



T.C.
ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ

TIP TARİHİ ve ETİK
ANABİLİM DALI

HİZMET SUNMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ SINIRLARININ
TIP ETİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ

FİLİZ BULUT

YÜKSEK LİSANS

BURSA-2017

FİLİZ BULUT

TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

2017



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ ve ETİK ANABİLİM
DALI

HİZMET SUNMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ SINIRLARININ
TIP ETİĞİ AÇISINDAN ANALİZİ

FİLİZ BULUT

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Prof.Dr. M. Murat CİVANER

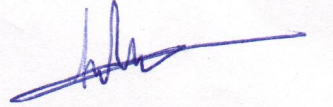
BURSA-2017

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum

“Hizmet Sunma Yükümlülüğü Sınırlarının Tıp Etiği Açısından Analizi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.



Filiz BULUT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Filiz BULUT tarafından hazırlanan Hizmet Sunma Yükümlülüğü Sınırlarının Tıp Etiği Açısından Analizi konulu Yüksek Lisans tezi 25. Tezdanışmanı 2017.günü, 10:30-12:30 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

İmza

Tez Danışmanı

Üye Prof. Dr. M. Murat Civaner Murat Civaner

Üye Prof. Dr. F. Arın Namal F. Arın Namal

Üye Doç. Dr. Elif Atıcı Elif Atıcı

Üye

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER

Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

19.06.2017

Adı Soyadı: Filiz BULUT

Anabilim Dalı: Tıp Tarihi ve Etik

Tez Konusu: Hizmet Sunma Yükümlülüğü Sınırlarının Tıp Etiği Açısından Analizi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUN</u>		<u>AÇIKLAMA</u>
	<u>UYGUNDUR</u>	<u>DEĞİLDİR</u>	
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof.Dr. M. Murat Civaner

İmza:

Murat Civaner

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
TÜRKÇE ÖZET.....	IX
İNGİLİZCE ÖZET.....	X

1. GİRİŞ.....	1
1.1. Hizmet Sunma Yükümlülüğünü Ortadan Kaldırabilecek Koşullar	2
1.2. Hizmet Sunma Yükümlülüğü ile İlgili Düzenlemeler	4
1.3. Yükümlülüğü Ortadan Kaldırabilecek Koşulların Piyasalaşma ile İlişkisi	7
1.4. Tezin Amacı.....	10
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Hizmet Sunma Yükümlülüğü nedir?.....	11
2.2. Hizmet Sunma Yükümlülüğünün Gerekçeleri.....	12
2.2.1. Geleneksel Erdemler.....	13
2.2.2. Toplumsal Sözleşme	13
2.2.3. ‘En İyi Bilen Olma’ Özelliği	14
2.2.4. Hasta Hakları	15
2.2.5. Mesleği Seçme.....	16
2.2.6. Ayrımcılık yapmama	16
2.3. Piyasalaşmış Sağlık Hizmetleri.....	17
2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	20
2.3.2. Genel Sağlık Sigortası (GSS)	22
2.3.3. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT).....	23
2.3.4. Sağlık Ocaklarının Aile Hekimliklerine Dönüşümü.....	24
2.3.5. Hastanelerin Özelleştirilmesi.....	26
2.3.6. Performansa Dayalı Ödeme	27
2.3.7. Tanıyla İlişkili Gruplar (TİG).....	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Genel Değerlendirme ve Literatürdeki Argümanların Analizi	29
3.2. Hekim Adaylarının Düşünce ve Tutumları.....	30
3.2.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	30
3.2.2. Veri Toplama Aracı	30
3.2.3. Tanım ve Ölçütler	34
3.2.4. Veri Analizi	35
3.2.5. Zamanlama	35
3.2.6. İzin ve Onaylar	35
3.3. Yeniden Değerlendirme	36

4. BULGULAR	37
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	37
4.2. Katılımcıların Senaryolara Verdiği Yanıtlar.....	40
4.2.1. Olumsuz Çalışma Koşulları Senaryolarına Verilen Yanıtlar.....	40
4.2.1.1. ‘Korunma Malzemelerinin Eksik/Yetersiz Olması Senaryosu’da Hizmet Sunma/Sunmama.....	41
4.2.1.2. ‘Aşırı Yorgunluk Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	42
4.2.1.3. ‘Kalitesiz Malzeme Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	44
4.2.1.4. ‘Zaman ve Sayı Baskısı Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	45
4.2.2. Şiddet Senaryolarına Verilen Yanıtlar.....	47
4.2.2.1. ‘Sözlü Şiddet Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	48
4.2.2.2. ‘Fiziksel Şiddet Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	49
4.2.3. Olağandışı Durumlar Senaryolarına Verilen Yanıtlar.....	51
4.2.3.1. ‘Silahlı Çatışma Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	52
4.2.3.2. ‘Bulaşıcı Hastalıklar Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	53
4.2.4. Kişisel Değerler Senaryolarına Verilen Yanıtlar.....	54
4.2.4.1. ‘Transseksüel Hasta Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	55
4.2.4.2. ‘Gebeliğin Sonlandırılması Senaryosu’nda Hizmet Sunma/Sunmama.....	56
4.3. Senaryolara Verilen Yanıtların Dağılımının Grafik İle Gösterimi.....	58
4.4. Bağımsız Değişkenler İle Bağımlı Değişkenlerin Çapraz Tabloları.....	60
4.4.1. Olumsuz Çalışma Koşulları ve Hizmet Sunma Yükümlülüğü.....	60
4.4.1.1. Korunma Malzemelerinin Eksik ya da Yetersiz Olması.....	60
4.4.1.2. Aşırı Yorgunluk.....	63
4.4.1.3. Kalitesiz Malzeme.....	65
4.4.1.4. Zaman ve Sayı Baskısı.....	68
4.4.2. Şiddet Senaryoları ve Hizmet Sunma Yükümlülüğü.....	70
4.4.2.1. Sözlü Şiddet.....	70
4.4.2.2. Fiziksel Şiddet.....	73
4.4.3. Olağandışı Durumlar Senaryoları ve Hizmet Sunma Yükümlülüğü.....	75
4.4.3.1. Silahlı Çatışmalar.....	75
4.4.3.2. Bulaşıcı Hastalık Salgınları.....	78
4.4.4. Kişisel Değerler Senaryoları ve Hizmet Sunma Yükümlülüğü.....	80
4.4.4.1. Transseksüel Hasta.....	80
4.4.4.2. Gebeliğin İsteğe Bağlı Sonlandırılması.....	83
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	86
5.1. Olumsuz Çalışma Koşullarında Hizmet Sunma Yükümlülüğü.....	87
5.1.1. Korunma Malzemelerinin Eksikliği ya da Yetersizliği Durumunda.....	88
5.1.1.1. Genel Tartışma.....	88
5.1.1.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi.....	89
5.1.2. Malzemelerin Kalitesizliği Durumunda.....	92
5.1.2.1. Genel Tartışma.....	92
5.1.2.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi.....	93

5.1.3. Zaman ve Sayı Baskısı Altında Çalışılan Performans Sisteminde	96
5.1.3.1. Genel Tartışma	96
5.1.3.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	99
5.1.4. Hekimin Aşırı Yorgun Olduğu Durumlarda	101
5.1.4.1. Genel Tartışma	101
5.1.4.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	102
5.2. Şiddet	104
5.2.1. Sözlü Şiddette Uğrama Durumunda	106
5.2.1.1. Genel Tartışma	106
5.2.1.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	108
5.2.2. Fiziksel Şiddete Uğrama Durumunda	110
5.2.2.1. Genel Tartışma	110
5.2.2.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	112
5.3. Olağandışı Durumlarda Hizmet Sunma Yükümlülüğü	114
5.3.1. Silahlı Çatışma Durumunda	115
5.3.1.1. Genel Tartışma	115
5.3.1.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	119
5.3.2. Bulaşıcı Hastalık Salgınlarında	120
5.3.2.1. Genel Tartışma	121
5.3.2.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	127
5.4. Kişisel Değerler ve Mesleki Değerlerin Çatıştığı Durumlar	128
5.4.1. Transeksüel Hastaya Hizmet Sunma	129
5.4.1.1. Genel Tartışma	129
5.4.1.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	131
5.4.2. Gebeliğin İsteğe Bağlı Sonlandırılması	132
5.4.2.1. Genel Tartışma	132
5.4.2.2. Hekim Adaylarının Argümanlarının Değerlendirilmesi	136
5.5. Yeniden Değerlendirme	140
5.5.1. Olumsuz Çalışma Koşulları	140
5.5.2. Şiddet	142
5.5.3. Olağandışı Durumlar	143
5.5.4. Kişisel Değer Çatışması	144
5.6. Sonuç	145
5.6.1. Hizmet Sunma Yükümlülüğünün Sınırları ve Gerekçelerin Sağlamlığı	145
5.6.2. Olumsuz Çalışma Koşulları	146
5.6.3. Şiddet	149
5.6.4. Olağandışı Durumlar	149
5.6.5. Kişisel Değer Çatışması	150
5.6.6. Öneriler	151
5.6.6.1. Eğitim	151
5.6.6.2. Sağlık Politikalarına Yönelik Öneriler	153
5.6.6.3. Düzenlemelere Yönelik Öneriler	155

6. KAYNAKLAR.....	158
7. EKLER.....	163
8. TEŞEKKÜR.....	198
9. ÖZGEÇMİŞ.....	200
10. TEZ ÇOĞALTMA ve ELEKTRONİK YAYIMLAMA İZİN FORMU.....	201



ÖZET

Giriş: Olumsuz çalışma koşulları, şiddet, bulaşıcı hastalık salgınları gibi bazı koşullarda sağlık hizmeti sunma yükümlülüğü olup olmadığı Tıp Etiği açısından önemli bir tartışma konusudur. Tezin amacı hizmet sunma yükümlülüğüne dair ileri sürülen argümanları etik açısından sorgulamak, bu savların hangilerinin haklı çıkarılabileceğini analiz etmektir. **Gereç ve Yöntem:** Tezin amacına yönelik olarak; literatürdeki argümanlar analiz edilmiş, ayrıca son 30 yıldır piyasalaştırılan sağlık hizmetlerinin içine doğan hekim adaylarının düşünce ve tutumlarını öğrenmeye yönelik kesitsel bir araştırma yapılmıştır. Araştırmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenimini sürdüren 266 intern hekimin tamamı dahil edilmiş, veriler 'Olumsuz Çalışma Koşulları', 'Şiddet', 'Bulaşıcı Hastalık Salgınları' ve 'Kişisel Değerler' başlıklarında toplam 10 senaryodan oluşan bir anket ile toplanmıştır. Literatürde bulunan ve ayrıca hekim adaylarının ileri sürülen argümanlar yaşama hakkı, kişilik hakları, sağlık hakkı, hasta hakları, üreme hakları ve meslek ahlakına göre değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 222 kişi, 10 senaryo içinde sırasıyla en çok transseksüel hastaya bakma ve gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması senaryolarında yükümlülüğün devam ettiğini belirtmiştir. “Hasta hakları” ve “ayırım yapmama” gerekçeleri ise en fazla sayıda benimsenen gerekçelerdir. **Tartışma ve Sonuç:** Hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları, hastanın hizmete erişimini engellemeyen, sağlık hakkını koruyan ve meslek ahlakı yükümlülükleri ile uyumlu bir şekilde çizilmelidir. Tıbbi girişimde rutin korunmayı sağlayacak malzemelerin eksikliği, bulaşıcı hastalıklar, silahlı çatışma, transseksüel hastaya bakma ve gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması olgularında hekimlerin hizmet sunma yükümlülüğü devam etmektedir. Şiddet ve yanı sıra performans-dayalı ödeme ve tıbbi girişim için kullanılacak malzemelerin kalitesiz olması gibi ödeme gücüne göre sunulan ve gereksinime karşılık gelmeyen sağlık hizmetlerinde hekimin yükümlülüğü bulunmamaktadır.

Anahtar sözcükler: Tıp Etiği, Hizmet sunma yükümlülüğü, Hizmet sunma gerekçeleri, Sağlık çalışanlarına yönelen şiddet, Olumsuz çalışma koşulları, Olağandışı durumlar, Bulaşıcı hastalık salgınları

İNGİLİZCE ÖZET

An Analysis of the Limits of Duty to Care from a Medical Ethics Perspective

Introduction: The existence and the limits of duty to care in some certain conditions such as inappropriate working conditions, violence towards healthcare workers, outbreaks is an important contraversial topic in Medical Ethics. The aim of this thesis is examining the arguments in this regards and determine the ones that are justifiable. **Methods:** To that aim, the arguments in the literature were explored, and a research was conducted among 266 sixth-year medical students in Uludag University School of Medicine, who were born into commercialized healthcare and market rhetorics. Data was gathered by a survey form which includes ten vignettes about 'Inappropriate working conditions', 'Violence towards healthcare workers', 'Outbreaks', and 'Personal values'. The arguments compiled both from the literature and the research was analysed considering the right to live, right to health, personhood rights, patient rights and professional morality. **Results:** Of all students, 222 of them were participated to the study, and the most supported duty to care was against the transsexual patients and the women seeking abortus for non-medical reasons. 'Patient rights' and 'Non-discrimination' were the most adopted rationales. **Discussion and conclusion:** The limits of duty to care should be drawn by considering right to health, right to access to healthcare needed and responsibilities derived from professional morality. The duty to care is still valid in the scenarios of lack of protection equipment for providing healthcare, outbreaks, armed conflicts, transsexual patients and women demanding abortus for non-therapeutic reasons. Physicians does not have a moral obligation to care in violence towards healthcare workers, and also in the cases of performance-based payment and low-quality medical supplies which are the results of commercialized healthcare policies.

Keywords: Medical Ethics, Duty to care, Rationales for providing care, Violence towards healthcare workers, Inappropriate working conditions, Disasters, Outbreaks

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin temel amacı olan sağlığı koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin üretilmesi ve sürdürülmesi sürecinde sağlık çalışanlarına önemli yükümlülükler düşmektedir. Hekimler insanların acılarını dindirmek ve hastalıklarını tedavi etmek amacıyla belli birtakım mesleki değerleri koruyarak hizmet sunma yükümlülüklerini yerine getirmektedirler. ‘Hizmet Sunma Yükümlülüğü’ kısaca “Hastaya gereksinimi olan hizmeti, gereksindiği zaman sunma yükümlülüğü” şeklinde tanımlanabilir. Bu yükümlülüğün, tarih boyu hekimlik mesleğinin yardım etmeyi gerektiren geleneksel erdemleri, sağlıkla ilgili konularda “en iyi bilen” olma özelliği, almış oldukları eğitim gereği bilgi ve becerilerini toplum yararına kullanmaya söz vermeleri, mesleği seçme ve hasta hakları gibi gerekçelere dayandırıldığı ifade edilmektedir (Civaner, 2007).

Toplumda özel bir konuma sahip olan hekim, kendisinin, yakınlarının ve hastalarının sağlığı ve yaşamını tehdit edebilecek şiddet, bulaşıcı hastalık salgınları vb. gibi birçok mesleki riskle karşı karşıya gelebilmektedir. Söz konusu risklerde hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının olup olmadığı ve bu sınırların nasıl çizilmesi gerektiği konusu gündeme gelmektedir. Birçok açıdan tartışma konusu olan bu konu hakkında uzlaşa sağlanamamış pek çok nokta bulunmaktadır. Literatürde, Sokol, Yakubu ve Folayan’ın da belirttiği üzere, birçok tehlikeyi içinde barındıran tıp mesleğinde hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarına dair sağlık çalışanlarını koruyan, hükümetler tarafından zorunlu tutulan bir sistem olması gerektiği ifade edilmektedir (Sokol, 2006; Yakubu ve ark., 2016).

Şiddet, olumsuz çalışma koşulları, olağandışı durumlar, bulaşıcı hastalık salgınları gibi koşullar hekimlerin hizmet sunmalarına engel oluşturabilmektedir. Bu koşullar hizmet sunma yükümlülüğünü yerine getirmeyi güçleştirdiği gibi, hekimlerin sağlıkları ve yaşamlarını da tehlikeye atabilmektedir. Diğer yandan bu tür koşullarda hastaların sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz yönde etkilenmekte,

gereksinim duyulan sağlık hizmetlerine erişim azalabilmektedir. Bu türden durumlar Tıp Etiği alanında oldukça tartişılan sorun alanları yaratmakta, “Hekimin bazı koşullarda hizmet sunma yükümlülüğü ortadan kalkar mı?” sorusu ya da “Hizmet sunma yükümlülüğünün meslek ahlakı açısından bir sınırı var mıdır, varsa bu sınır hangi ölçütlere göre çizilebilir?” soruları alanda önemli bir tartişma konusu oluşturmaktadır (Civaner, 2007; Civaner, 2013a; Malm ve ark., 2008; Rolfsen, 2008; Ruderman ve ark., 2006; Yakubu ve ark., 2016).

1.1.Hizmet Sunma Yükümlülüğünü Ortadan Kaldırabilecek Koşullar

Mesleğin gereklerini olabildiğince en iyi şekilde yerine getirmesi beklenen hekim, çok sayıda ve karmaşık etik ikileleriyle karşı karşıya kalabilmektedir. Günümüzde giderek artan şiddet olayları, olumsuz çalışma koşulları, olağandışı durumlarda önceliklerin belirlenmesi, sağlık politikalarının yarattığı sorunlar ve kendi yaşamını tehlikeye atabilecek ölümcül bulaşıcı hastalık salgınları gibi koşullarda hekimlerden hizmet sunmaları beklendiği gibi gerçekteşmeyebilir.

Yukarıda belirtilen koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği durumların olabileceği çeşitli başlıklarda etik açısından tartişılmaktadır (Chauvin ve ark., 2016; Civaner, 2007; Civaner, 2013a; Ersoy, 1994; Gillon, 1987; Greig, 1987; Griffith, 2014; Hannah, 1985; McCullough, 2013; Rolfsen, 2008; Yakubu ve ark., 2016). Örneğin hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün tartişmalı hale geldiği koşullardan sağlık çalışanına yönelen şiddet dikkate alındığında; sözlü ve fiziksel yönde gerçekteşen şiddet, en çok hastanelerin acil servislerinde yaşanmakta olup, şiddetin sağlık hizmetlerinde diğer hizmet sektörlerine göre 16 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kaya ve ark., 2014; Özcan ve ark., 2011; Ünüvar, 2013). şiddet karşısında sağlık çalışanının hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği önemli bir tartişma konusudur. şiddetin çeşitli türleri bulunmakla birlikte esas olarak sağlık çalışanına yönelen fiziksel şiddet durumunda hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği savına karşılık sözel şiddette ne olacağı sorusu da gündeme gelebilmektedir. Fiziksel şiddet durumunda hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği konusunda ileri sürülen argümanlardan

biri, şiddetin her türü hekimler üzerinde stres, mental bozukluklar, sosyal ilişkilerden çekilme gibi olumsuz etkilere sahip olduğundan hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği gerekçesine dayanmaktadır (Aslan ve ark., 2005; Çalık ve ark., 2015).

Yükümlülüğün ortadan kalkabileceğinin ileri sürüldüğü bir diğer durum olumsuz çalışma koşullarıdır. Buna göre tıbbi girişim için gerekli malzemelerin bulunmadığı veya yetersiz olduğu ya da ortalama dört dakikada bir hastaya bakmak ve dolayısıyla zaman ve sayı baskısı altında çalışmak durumunda kalınabilen performansa dayalı ödeme sisteminde hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün nereye kadar olabileceği tartışmalı bir diğer konudur (Civaner, 2007; Parlar, 2008; Tanrıverdi ve ark., 2010). Bu tür koşullarda hekim malpraktis suçlamasıyla karşı karşıya kalabileceğinden ve hastaya gereği gibi hizmet sunulamayacağından hizmet sunma yükümlülüğünün bulunmadığı argümanı ileri sürülmektedir (Kalemoğlu, 2005). Ayrıca bu koşulların hekimler üzerinde olumsuz etkileri olduğu ve yaşamları üzerinde önemli derece belirleyici etkilerini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Peker, 2014; Türk ve ark., 2012). Bu neden; hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını savunan argümanların temel öncüllerinden birini oluşturmaktadır.

Kendi çıkarlarını geride tutarak topluma belli hizmetler sağlamak için söz veren hekimin karşı karşıya kaldığı bir diğer zorlayıcı durum, bulaşıcı hastalık salgınlarıdır. Hekimlerin, sürekli karşılaşılabilecekleri Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, Hepatit C, AIDS gibi etiketleyici, ölümcül sonuçlara yol açabilecek hastalıkların yanı sıra, enfeksiyon zinciri henüz tanımlanmamış veya Ebola gibi koruyucu önlemlerin yetersiz kaldığı mortalitesi yüksek hastalıklarda kendi sağlığını korumak veya yakın çevresine olan sorumluluk bilinci gibi birtakım gerekçelerle hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığı sorgulanmakta ve farklı argümanlar ileri sürülmektedir (Chauvin ve ark., 2016; Civaner, 2007). Bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin çoğunun sağlık çalışanı olması, yeni ortaya çıkan ve tedavisi henüz bulunamayan, Ebola ve SARS gibi öldürücü, AIDS gibi etiketleyici hastalık salgınlarında hekimin hizmet sunma ödevi ile hastanın hizmet alma hakkı arasındaki çatışma çeşitli açılardan tartışılıyor olması dikkate alınarak, hekimlere yönelik hem destekleyici hem de karşı görüş belirten birçok argüman ileri sürülmektedir (Chauvin ve ark., 2016; Civaner,

2007; Coppola ve ark., 2016; Ersoy, 1994; Gillon, 1987; Greig, 1987; Plumeri, 1984; Rolfsen, 2008; Ruderman ve ark., 2006; Smolkin, 1997; Sokol, 2006; Yakubu ve ark., 2016).

Hizmet sunma yükümlülüğünün tartışıldığı konular arasında, gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ile son zamanlarda sıklıkla gündeme gelen “vicdani ret” kavramı oldukça önemli bir yere sahiptir (Civaner, 2012; Lawrence ve ark., 2009; Nordstrand ve ark., 2014; Strickland, 2012). Bu tartışmada; inanç, politik görüş, kültürel değerler gibi kişisel değerlerin mesleki değerlerin üzerinde olabileceği gerekçesiyle hekimin hizmet sunmayı reddedebileceği argümanına karşılık, bu durumun sağlık hakkını ve gereksinilen sağlık hizmetlerine erişimi engelleyebileceği ve ayrımcılık gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceği gerekçesiyle haklı çıkarılamayan bir argüman olduğu sıklıkla dile getirilmektedir (Brudney, 2014; Civaner, 2012; Davis, 2004).

Bu tartışmalara ek olarak; sağlık hizmetlerinin piyasalaştığı, ödeme gücüne göre hizmet sunulan, hastaya müşteri gözüyle bakılan ve iş dünyasına ait kavramların temel alındığı bir sistemde, günümüz tıbbıyla birlikte değişen hastalık ve sağlık algısıyla da birlikte düşünüldüğünde, hizmet sunma yükümlülüğünün artık “normal şartlarda” da ortadan kalkabileceği bir durum da söz konusu olabilir.

1.2.Hizmet Sunma Yükümlülüğü ile İlgili Düzenlemeler

Hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği bazı koşullar ülkemizdeki belli başlı düzenlemelerde bir dereceye kadar yer almaktadır. Bunlardan en önemlileri hekimlik meslek ahlakı kurallarını düzenleyen Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’dır.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği durumlar;

“Hastaya bakmak üzere bir aile nezdinde veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip hastalara ve onlarla

birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. Tabib icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder.” (Madde 15).

“Tabip ve diş tabibibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.” (Madde 18)

biçiminde ifade edilmektedir.

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda ise tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakmanın koşulları,

“Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastanın başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya ve yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.” (Madde 25)

biçiminde belirtilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Çalışan Sağlığı Güvenliği Genelgesi’nde özellikle artan şiddet olaylarından dolayı 2012 yılı itibariyle sağlık çalışanlarına hizmetten çekilme hakkı tanımlanmıştır. Buna göre;

“Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir.” (Madde 6).

TTB Hekim Hakları Bildirgesi’nde hekimin belli koşulların oluşması durumunda sağlık hizmeti sunmayı reddedebileceği ifade edilmektedir. Bu hakkın kullanılabilmesi için de belli koşulların sağlanması gerekmektedir. Aksi

takdirde hekimin ‘ayrım yapmama’ ilkesini çiğneyeceği ifade edilmektedir. Buna göre hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabilmesi için gerekli koşullar ve buna ilişkin ilkeler aşağıdaki biçimde ifade edilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2010):

- Hastanın tıbbi durumu acil bir girişim gerektirmiyor olmalıdır.
- Hasta bir başka hekime yönlendirilebiliyor olmalı ve yönlendirme bu kişinin sağlığını tehlikeye atmıyor olmalıdır.
- Hekim hizmet sunmayı reddetme nedeni ve diğer hizmet olanakları konusunda hasta ve yakınlarını bilgilendirmelidir.

Bu koşullar gerçekleştiğinde hekimin hizmet sunma yükümlülüğü ortadan kalkabilmektedir. Burada önemli olan, hekimin haklı çıkarılabilen bir gerekçesi olmasıdır. Bildirge’de ayrıca;

“Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda; çalışma ortamında rutin korunma araçları bulunmuyor ve o hastalığın bulaş riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyor ise, hekim kendisini ve başkalarını korumak gerekçesiyle hastayı uygun olanakların bulunduğu yerlere yönlendirebilir.

Rutin korunmanın yetersiz kaldığı, enfeksiyon riski henüz tam olarak tanımlanmamış bulaşıcı hastalıklarda, böyle bir durumda kurallar getirmek güç olmakla birlikte, TTB hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek kişi olduğunu, ayrıca tıp mesleği ile toplum arasında bulunan geleneksel sözleşme gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü anımsatır.”

ifadeleriyle bulaşıcı hastalık salgınlarında hizmet sunma yükümlülüğüne ilişkin belli bir çerçeve çizilmektedir.

1.3.Yükümlülüğü Ortadan Kaldırabilecek Koşulların Piyasalaşma ile İlişkisi

Günümüz tıbbıyla birlikte hastalık ve sağlık algısının değiştiği, iş dünyasına ait kavramların tıba yansımaya başladığı, tıba ve bunun sonucunda hekimlere olan güvenin giderek azaldığı ifade edilmektedir (Adaş, 2013; Kart, 2013). Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasına bağlı olarak örneğin hasta haklarının tüketici hakkı olarak tanımlandığı ve hasta haklarının bir baskı ve denetim aracına dönüşebildiği bir sistem oluşturulduğu belirtilmektedir (Ataay, 2006; Göl, 2012; Pala, 2005; Taner ve ark., 2011; Yavuz, 2013). Tanımlanan bu dönüşümde, örneğin sağlık çalışanına olan şiddetin artmasının sağlıkta özelleştirmenin yansımalarından biri olduğu ifade edilmektedir (Elbek ve ark., 2012; Erdolu, 2012; Özbudun, 2008; Yıldırım, 2013). Hastanelerdeki bekleme kuyrukları, dört dakikaya sığdırılmaya çalışılan muayene sürelerine karşı hastaların hekimleri suçlayabildiği ve hastalar için olumsuz olabilecek tüm durumların faturasının hekimlere kesilebildiği vurgulanmaktadır (Adaş, 2013; Ağalar, 2012).

Sağlıkta piyasalaşma kapsamındaki bir diğer konu, sağlık hizmetlerinin gereksinime göre değil, ödeme gücüne göre sunulmaya başlanmasıdır (Er, 2011; Ezgi, 2007; Yanık, 2009). “Paran kadar sağlık!” söylemi sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüme getirilen bir eleştiri olarak ifade edilmektedir (Sönmez, 2011). Buna göre SGK’nın sağlık harcamalarının sınırlandırılmasına yönelik politikaları sonucu tıbbi malzemede daha ucuz ve kalitesiz malzemelerin bedeli karşılanmaktadır (Belek, 2012). Operasyon sonrası kullanılan ucuz malzemeye bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlarda ise hekimin malpraktis ile yargılanması söz konusu olabildiği gibi bu durum şiddet ile de sonuçlanabilmektedir.

Bulaşıcı hastalık salgınlarında da piyasalaşmanın etkisi olduğu belirtilmektedir (Eskiocak, 2015). Pala’nın belirttiğine göre, IMF’nin önerdiği Yapısal Uyum Programı’nı gerçekleştiren ülkelerde (ki bu program özelleştirmeye vurgu yapmaktadır), sağlık hizmetlerinden yararlanma azalmış, örneğin Mozambik’te poliklinik hizmetleri %24 civarında azalmış ve Polio aşılama düzeyleri ciddi oranda düşmüştür (Pala, 2005). İstanbul Tabip Odası, sağlık hizmetleri piyasalaştıkça koruyucu sağlık hizmetlerine erişimin azaldığına ve domuz gribi gibi hastalıkların

ortaya çıktığına dikkat çekmiştir. Yanı sıra, ticarileşen sağlık ile birlikte hayvanlardan ve hayvansal kaynaklı ürünlerden bulaşan hastalıkların arttığı ve piyasalaşma sürecinin gıda, kalitesiz malzeme, hayvan sahiplerinin koruyucu aşılardan kaçınması gibi etkenlerle enfeksiyonların artması üzerine önemli etkilerinin olduğu medyaya da yansımıştır (İstanbul Tabip Odası, 2009).

Sağlıkta piyasalaşmanın etkili olabileceği bir diğer konu ise ‘vicdani ret’ olarak adlandırılan kişisel değerlerin kullanıldığı alandır. En çok gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasında ortaya çıkan bu sorun kapsamında, bir hekimin kişisel değerlerine aykırı olduğu gerekçesiyle belli bir hizmeti sunmayı reddetme hakkının olup olmadığı tartışmaları bulunmaktadır (Brudney, 2014; Civaner, 2012; Davis, 2004; Munthe ve ark., 2017). Burada tartışılan konu daha çok kamuda görev yapan bir Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanının yasal koşulları sağlayan bir hastanın gebeliğini sonlandırmayı reddedip edemeyeceği sorusudur (Hakeri, 2012). Hukuki açıdan hastayı reddetme hakkı bulunmamasına karşın hekimin başka bir hekime yönlendirebileceği durumlar etik açısından tartışma yaratmaktadır (Hakeri, 2012). Konu piyasalaşma ile ilişkisi bağlamında ele alındığında ise; özel sektörde çalışan bir hekimin belli bir hizmetin bedeli ödendiğinde o hizmeti sunmaya zorlanıp zorlanamayacağı önemli bir tartışma sorusu oluşturmaktadır. Kamuda çalışan bir hekim ile özelde çalışan bir hekim tutumunun birbirinden farklı olup olamayacağı tartışmanın bir başka boyutudur.

Şiddet, olumsuz çalışma koşulları, bulaşıcı hastalık salgınları, olağandışı durumlar gibi koşullarda hekimlerin hizmet sunma yükümlülüğünün bir sınırı olup olmadığı etik açısından oldukça önemli tartışma konularıdır. Bu konuda Ruderman ve arkadaşları ile Rolfsen, özellikle bulaşıcı hastalık konusunda sağlık çalışanlarına yol gösterici bir kılavuzun olmadığını belirtmektedirler (Rolfsen, 2008; Ruderman ve ark., 2006). “Hizmet sunma yükümlülüğünün bir sınırı var mıdır?” sorusuna yanıt olarak; yukarıda belirtilen koşullar söz konusu olduğunda hekimin sağlık hizmeti sunmaması meslek ahlakına aykırı bulunabildiği gibi, birtakım gerekçelerle haklı da çıkarılabilmektedir.

Bu konulara ek olarak günümüzde özellikle sağlığın piyasalaşmasına bağlı olarak normal koşullarda da hekimin hizmet sunmayabileceği gündeme getirilmeye

başlanmıştır. Ata Soyer sağlık hizmetlerinin piyasalaşma sürecini şu şekilde ifade etmektedir;

“Sağlık hizmetlerinin ‘sosyal devlet’ eliyle değil de, piyasa mekanizması aracılığı ile özel şirketlerce düzenlenmesi, toplumun sağlığı yönünden olumsuz sonuçlar yaratıyor. Piyasa mekanizmasının acımasızlığı ve insani değerleri dışlaması, bir yandan doğal ve toplumsal çevrede büyük tahribatlar yaparken, diğer yandan geniş halk kesimlerini, temel sağlık hizmetlerinden yoksun bırakıyor. Sonuç olarak, sağlık hizmeti açığı gereksiz ilaç tüketimi ile kapatılmaya çalışılıyor. Bu bağlamda, aslında halkın sağlığının esas koruyucuları olması gereken hekimler, -belki zorunlu olarak- ilaç ve teknoloji tekellerinin ‘pazarlamacıları’ haline geliyorlar.”(Soyer, 1995).

Soyer’in de belirtmiş olduğu gibi, piyasalaşma ile hekimin mesleki değerleri karşı karşıya gelebilmekte, sağlıkta yaşanan piyasalaşma olgusu ile hizmet sunmayı zorlaştıran koşullar arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Piyasa koşulları hasta-hekim ilişkisinde belirleyici bir role bürünmeye başlamaktadır. Özellikle piyasa koşullarında sağlık çalışanlarının hastalara ve mesleklerine yabancılaşmasına neden olduğu ifade edilmektedir (Adaş, 2013; Ağalar, 2012; Çalık ve ark., 2015; Kart, 2013). Piyasalaşma içinde dönüşüm geçiren sağlık sistemi içinde hekimler, Hasta Hakları Yönetmeliği’nde yer alan “Hastaların Uyması Gereken Kurallar”ı da dikkate alarak, kendilerinin de hastalara karşı hakları olduğunu ileri sürebilmektedirler (İzgi, 2013). Bu durum tarih boyu süregelen hasta-hekim ilişkisinde bir dönüşüm yaşanmakta olduğunun göstergesi olarak düşünülebilir.

Sağlıkta piyasalaşmanın bir diğer etkisi hizmetlere erişimi azaltıyor oluşudur. Hizmetin niteliğinin değiştiği ve niteliğin birincil olarak önemsenmediği bir ortamda hizmet sunumu olumsuz etkilenebilmektedir. Bu sorun hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları tartışmasında önemli bir yer kaplamaktadır.

1.4. Tezin Amacı

Yukarıda belirtildiği gibi; bulaşıcı hastalık salgınları, olağandışı durumlar, şiddete uğrama ve kişisel değerler ile mesleki değerlerin çatıştığı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları olup olmadığı ve varsa bu sınırların nasıl çizilebileceği Tıp Etiği açısından tartışılan önemli sorular olmaya devam etmektedir. Tezin amacı, bu soruları yanıtlayabilmek için hizmet sunma yükümlülüğünün dayandığı mesleğin geleneksel erdemleri, mesleği seçme, hasta hakları, en iyi bilen olma ve toplumsal sözleşmenin varlığı gerekçelerinin söz konusu koşullarda ne kadar sağlam olduğunu etik açısından sorgulamak, ileri sürülen argümanların hangilerinin meslek ahlakı açısından haklı çıkarılabileceğini analiz etmektir.

Yükümlülüğün gerekçelerinin temellerini tartışmalı hale getirebilen etmenlerden biri de, yukarıda açıklandığı gibi, günümüzde sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılıyor olmasıdır. Hizmet sunma yükümlülüğünün dayandığı gerekçelerin sağlamlığını analiz ederken hasta-hekim ilişkisini derinden etkileyen bu sürecin etkileri de dikkate alınacaktır.

Sözü edilen koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerinin sağlamlığını koruyup korumadığı sorusunu yanıtlamak, tartışmalara yön verebilecek, hizmet sunumunu iyileştirilebilecek ve hizmete erişimi artırabilecek önemli bir girişim olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Hizmet Sunma Yükümlülüğü nedir?

“Hastaya gereksinimi olan hizmeti sunma yükümlülüğü” olarak tanımlanan hizmet sunma yükümlülüğü çeşitli düzenlemelerde yer almaktadır. Buna göre hizmet sunma yükümlülüğü, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde (EK3.2),

“Tabip ve diş tabinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.” (Madde 2)

biçiminde yer almaktadır.

Hizmet sunma yükümlülüğü TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda (EK3.3) ise,

“Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.” (Madde 5)

şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca,

“Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve

ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.” (Madde 7)

maddesi ile hekim hizmet sunumunu yansız bir şekilde yerine getirmekle yükümlü kılınmıştır.

Hizmet sunma yükümlülüğü Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi’nde (Hekimlik Andı) “Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma”, “Önceliği her zaman hastamın sağlığına vereceğime” satırları ile ifade edilmektedir (EK1).

Diğer yandan hizmet sunma yükümlülüğüne göre bir sağlık çalışanı olarak hekimin “özen yükümlülüğü” en önemli yükümlülükleri arasında değerlendirilmektedir (Hakeri, 2012). Bu yükümlülük Borçlar Kanunu’nun 506/2. maddesinde, vekilin üstlendiği iş ve hizmetleri, vekalet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, şahsen ifa, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlü olduğu vurgusuyla ifade edilmektedir (Hakeri, 2012). Buna göre müvekkil olan hasta, hekim olan vekilden gerekli özen ve sadakati bekleme hakkına sahiptir (Hakeri, 2012).

2.2.Hizmet Sunma Yükümlülüğünün Gerekçeleri

Tıbbi bilimlerin olanakları çerçevesinde hekim, hastalığın tanısını koyma, doğru tedaviyi belirleme, hasta ve yakınlarını bilgilendirme ve aydınlatma gibi birtakım mesleki gereklilikleri yerine getirerek uygun tıbbi girişimde bulunmaktadır. Hekimin sahip olduğu bu gibi yükümlülükler; tarih boyu süregelen hekimlik mesleğinin yardım etmeyi gerektiren geleneksel erdemleri, almış oldukları eğitim gereği sağlıkla ilgili konuları en iyi bilen olma özelliği, bilgi ve becerilerini toplum yararına kullanmaya ve gereksinimi olana daima sunmaya söz vermeleri, mesleği seçme ve hasta hakları gerekçelerine dayandırılmaktadır (Civaner, 2007).

2.2.1. Geleneksel Erdemler

Hekimlik mesleği çok uzun bir geçmişe sahip, insanı iyileştirme amacına dayalı ve bir anlamda insanlığa kendini adanmış bir meslek olarak tanımlanmaktadır (Çelik, 2013). Bayat'ın 'Tıp Tarihi' isimli kitabının önsözünde kullandığı “Yeryüzünde vücut acısının kopardığı ilk çığlık, hekim çağıran ilk ses olmuştur. Ancak bu sese ne zaman cevap verildiğini bilememekteyiz” sözü, hekimliğin ‘yardım etme’ erdemi üzerine kurulu olduğunu ifade etmektedir (Bayat, 2003). Hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerinden ilki olarak ele alınan geleneksel erdemlerin, tıbbın insanlık tarihi kadar eski olmasına ve hekimliğin ‘yardım etme’ erdemi üzerine kurulu olmasına dayandığı belirtilmektedir (Civaner, 2007; Güven ve ark., 2000; Kale, 2014). Hekimlerin özel yaşamlarından fedakarlıkta bulunmaları, her zaman hasta yararını koruma ve gözetmeleri gerektiği, bilgi ve becerilerini daima toplum sağlığını koruyacak şekilde kullanmaları gerektiği hekimlikten genel olarak beklenen yükümlülüklerdir. Hekimler bu gerekçe ile, insanların acılarını dindirmek ve hastalıklarını tedavi etmek amacıyla belli birtakım mesleki değerleri koruyarak hizmet sunma yükümlülüklerini yerine getirmektedirler.

2.2.2. Toplumsal Sözleşme

Dünya Tabipler Birliği, Tıp Etiği Elkitabı'nda hekimlik mesleğinin sadece hasta-hekim ilişkisi ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerinden oluşmadığını, aynı zamanda toplumla da ilişkileri içerdiğini belirtmektedir (Williams, 2017). Bu ilişki kaynakta; *“toplumun hekimlik mesleğine belli hizmetler sağlaması ve mesleğin büyük oranda kendi kendisini denetlemesi gibi ayrıcalıklar tanınması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak başkalarının yararına ve sadece ikincil olarak kendi yararına kullanmayı kabul etmesini içeren bir çeşit ‘toplumsal sözleşme’”* şeklinde ifade edilmektedir.

Toplumsal sözleşme ile hekim - toplum ilişkisinin ‘karşılıklılık’ içerdiği ve hizmet sunma yükümlülüğünün en güçlü ikinci gerekçesinin sağlandığı belirtilmektedir (Malm ve ark., 2008). Buna göre hekimin aldığı özel eğitimin

toplumdaki yurttaşlar tarafından karşılanması, halkın ödediği vergiler ile eğitim alması karşılığında bilgi ve becerisini toplum yararına kullanacağına dair bir sözleşme kurulduğu ifade edilmektedir (Malm ve ark., 2008). 'Hekimlik Andı'ndan toplumsal sözleşmenin bir diğer ifade şekli olarak söz edilmektedir (Pelin, 1994). And'ın, hekimlerin toplumla aralarındaki sınırları belirlemek ve topluma güven verme amacı üzerine kurulu olduğu, ayrıca toplumdan gelebilecek tehlikelere karşı da kendilerini koruyabileceği bir metin olduğu ifade edilmektedir (Pelin, 1994). Hekimlik Andı ile hekimler mesleğe kabul edildikleri andan itibaren toplumla aralarında bir sözleşme kurulmaktadır. Ayrıca, hekimlerin hastaların sağlığı, sağlık eğitimi, çevrenin korunması gibi toplumun iyiliği ve sağlığını ilgilendirecek konularda yükümlülükleri oldukları da belirtilmektedir (Civaner, 2007).

2.2.3. 'En İyi Bilen Olma' Özelliği

Hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden bir diğeri hekimlerin özel bir konuda "en iyi bilen" özelliğine sahip olmalarıdır. Buna göre Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı'nda hekimlerin mesleki yeterliliklerinin en üst düzeyde olması gerektiği ve bunu tıbbi bilginin hızlı gelişimi nedeniyle sürekli olarak korumaları gerektiği ifade edilmektedir (Williams, 2017).

Hekimlerin öğrenciliklerinin ilk gününden itibaren özel bir eğitime tabii tutulmaları ve toplumun tıp alanında en bilgili ve yetkin üyeleri olmaları nedeniyle mesleğin getirebileceği riskleri bildikleri ve bu riskleri kabul ettikleri varsayılmaktadır (Ruderman ve ark., 2006).

Sağlıkla ilgili her konuda en iyi bilen oldukları düşüncesi, hekimlere olan güvenin de göstergesi olarak hastaların bedenine dokunmalarına ve en mahrem sırları bilmelerine izin vermektedirler (Williams, 2017).

2.2.4. Hasta Hakları

Hasta hakları kavramı Ülgen'in belirttiğine göre, bireyin eski sağlığına kavuşabilmesi hakkı olarak, tedavi edilemiyorsa bile en azından hastalığın maddi ve manevi bütünlüğüne getirmiş olduğu kısıtlamaları minimum düzeye indirmek ve olabildiğince bireyin yaşam kalitesini artırmaya olanak tanınması hakkını ifade etmektedir (Ülgen, 2014). Bu hakkı Hatun, Hippokrates'ten beri hasta-hekim ilişkisinde hekimliğin kutsal olarak görülmesinden dolayı, hekimler tarafından hastaların korunması gerekliliğinin doğması ile tanımlamaktadır (Hatun, 1999).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ise hasta hakları, “temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansması” şeklinde ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Buna göre hasta haklarının temel insan hakları ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade ettiği belirtilmektedir (Hancı, 1995).

Hasta Hakları Yönetmeliği kapsamında; gereksinime uygun sağlık hizmeti alma, adalet ve hakkaniyete uygun faydalanma, sağlık kuruluşunu ve hekimi seçebilme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım isteme, bilgilendirilme, belirlenen tedavi hakkında aydınlatılma ve sonrasında onam veya reddetme, gizlilik ve mahremiyetin korunması ve insan onuruna yakışan muamele görme gibi haklar tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998). Hekimin hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden biri olan hasta hakları, Yönetmelik'te, her bireyin insanca muamele görme hakkının olduğu ve hastaların dezavantajlı durumunu gidermeyi amaçladığı biçiminde belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1998). Çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bu dezavantajlı durumlardan birinin hasta-hekim arasındaki bilgi eşitsizliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Hatun, 1999). Hasta hakları, hekimlerin ister istemez sahip olduğu hekimlik rollerinden, almış oldukları eğitim ve hekimlik mesleğindeki aşırı uzmanlaşmaya bağlı farklılaşan dilleri ve kimliklerinin hastalara olumsuz yansımalarını önlemek amacı taşımaktadır (Hatun, 1999).

2.2.5. Mesleği Seçme

Hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden bir diğeri de ‘razı olma’ olarak da adlandırılan mesleği seçmedir (Malm ve ark., 2008). Hekim tıp mesleğini seçerek kendi değerlerini, kişisel çıkarlarını ikincil planda tutacağına, daima hasta yararını önceleyeceğine, insan yaşamına ve onuruna her zaman özen göstereceğine, hastalarının sırlarını koruyacağına dair söz vermiş bulunur.

Hekimin mesleği seçmesinin mesleğin risklerini kabul ettiği anlamını içerdiğini belirten bu ifadeye göre, tıp mesleğini seçmiş olma gerekçesi, hekimin mesleğin gereklerini yerine getirme yükümlülüğünü doğurmaktadır (Malm ve ark., 2008). Hekim mesleki değerleri gözeterek gereksinime göre hizmet sunacağına ve daima hasta yararını önceleyeceğine, önce tıp mesleğini seçerek ardından da Hekimlik Andı ile ederek söz vermektedir (Malm ve ark., 2008). Ayrıca almış olduğu özel eğitimin mesleğin olası risklerini anlamayı mümkün kıldığı ifade edilmektedir (Malm ve ark., 2008).

2.2.6. Ayrımcılık yapmama

Her insanın eşit olduğu düşüncesine doğru süregiden dönüşümün 17. ve 18. yüzyıllarda başladığı, 20. yüzyılda ‘insanların eşitliği’ kavramının ayrıntılı bir şekilde tanımlandığı ifade edilmektedir (Williams, 2017). Bu bağlamda İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin ilk maddesinde “Her insan özgür; onur ve haklar bakımından eşit doğar...”(Madde 1) ifadesine yer verilerek her insanın özgür ve eşit doğduğu vurgusu yapılmaktadır. Buna karşılık birçok ülkede yaşa, cinsiyete, engelliliğe ve cinsel yönelime yönelik ayrımcılığın yaygın olduğu belirtilmektedir (Williams, 2017). Ayrımcılığın sağlık hizmetlerine yansımını önlemek amacıyla ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 5. maddesinde bu konuya yer verilmektedir (EK.3.4):

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

Ayrıca; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde;

“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.” (Madde 2).

maddesine yer verilmiş, ayırım yapmama yükümlülüğü TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda ise (EK3.3);

“Madde 7-Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet,(Ek ibare:4.7.2015) "cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim”, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.” (Madde 7).

biçiminde belirtilmiştir. Bu maddeler uyarınca bir hekimin hastalarına karşı ayırım yapmama yükümlülükleri bulunmaktadır. 'Cinsiyeti, dili, dini, ırkı' gibi ifadeler ile ayrımcılığın her türünün önüne geçilmesi amaçlanmış ve hekimlerin tıbbi ölçütlerin dışında hiçbir gerekçe ile ayırım yapmama yükümlülüklerinin bulunduğu özellikle vurgulanmıştır.

2.3.Piyasalaşmış Sağlık Hizmetleri

1970’li yıllarda yaşanan dünya çapındaki ekonomik krizden Neoliberalizm akımı ile bir çıkış sağlanmaya çalışıldığı ifade edilmektedir (Ataay, 2006; Göl, 2012).

Neoliberalizm'in her alanda kendini gösterdiği gibi sağlık alanındaki yansımalarını da birçok yazar eleştirel bir şekilde ele almaktadır (Ataay, 2006; Belek, 2012; Elbek ve ark., 2009; Göl, 2012; Sönmez, 2011; Yavuz, 2008).

'Sağlığın neoliberal dönüşümü' olarak da adlandırılan sağlığın piyasalaştırılmasının, neoliberalizmin etkisini göstermeye başlamasıyla birlikte 30 yılı aşkın süredir sağlık hizmetleri sunumunda oldukça etkin bir rol oynadığı belirtilmektedir (Ataay, 2006). Yavuz'un ifadesine göre sağlıktaki neoliberal dönüşüm; "17. yüzyıl sonlarından başlayarak sanayi devrimi sonrası emek gücünün 'işe yarar' vaziyette tutulması, tıbbın özellikle 18. yüzyıldan itibaren kurumsallaşarak merkezileşmeye başlaması, 19. yüzyılda sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin tohumlarının atılmaya başlaması ve tıptaki bilimsel gelişmeleri 'tıbbın piyasalaşmasına' kapıları aralaması" ile gerçekleşmeye başlamıştır (Yavuz, 2013).

Sağlık alanındaki yapılanma sürecinin kendini özel sektör kaynaklı olarak gösterdiği ifade edilmektedir (Ataay, 2006). Birçok yazarın da ifade ettiği gibi bu anlayış çerçevesinde devletin hizmet sunumunu kısıtlaması, özel sektörü teşvik edici uygulamalarda bulunması ve sosyal refahın özel sektör eliyle yürütülmesi krizden kurtulmanın temel bileşenleri olarak görülmüştür (Elbek ve ark., 2009). Bu süreçte hizmetlerin bir piyasa türü olarak tanımlanması, hizmetin niteliğinden çok kârlılığa daha fazla önem verilmesi, devletin hizmet sunumundan çekilerek denetleyici bir yapıya bürünmesi gibi örnekler sağlığın bir piyasa içinde var olduğunu gösteren örnekler olarak verilmektedir (Belek, 2012; Ergun ve ark., 2010). Bu noktaya nasıl geldiğini ise Göl, 1970'lerden itibaren dünyayı etkisi altına alan kapitalizmin krizi, neoliberalizmin sağlığı bir meta haline getirmesi ve bu kapsamda tıbbın bağımsızlığını yitiren en önemli unsur oluşu ile ifade etmektedir (Göl, 2012). Belek'in ifadesine göre ise devlet, 'verimliliği sağlayamayacağından dolayı hizmet sektöründeki konumunu özel sektöre terk etmesi' gerektiği söylemi üzerine Dünya Bankası'nın özelleştirme eğilimini özellikle 'gelişmekte olan' ülkelerde projelendirme yoluyla gerçekleştirmektedir (Belek, 1995). Ayrıca Belek bu süreci Batı Avrupa ülkelerindeki sağlık hizmetlerinde kamu payının azaltılması politikalarını iki bileşenli bir sürecin sonucu olarak ele almıştır. Bunlardan ilkinin İkinci Dünya Savaşı sonrasında sağlık alanına yapılan devlet yatırımlarının toplumda

yaygın tüketim kalıpları yarattığı, bu kalıpların yaratılmasında ise sağlık sigortası uygulamasının oldukça önemli bir etken olduğudur (Belek, 1995). İkincinin de 1970’li yıllardaki krizinden sağlık hizmetlerine kamu payı ayırmanın olanağının kalmadığı nedeniyle gerçekleştiği ifade edilmektedir (Belek, 1995).

Bütün dünyada etkili olan bu dönüşüm sürecinde, Türkiye açısından piyasalaşmanın sağlık alanındaki yansımalarına ilk kez 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde yer verilmiştir. Bu maddeye göre “...Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ibaresi ile devlet bir kamu hizmeti olan sağlık alanında denetleyici bir role bürüneceğini ve sağlık alanında da özelleştirmeye destek vereceğini belirtmektedir.

Sağlık alanında piyasalaşmanın örneklerini Adaş’ın Lupton, Newman ve Leavey’den aktardığı “Hekim seçme hakkı, hasta hakları, şikayet bildirme hatları vs. gibi düzenlemeler hasta/müşteri-odaklı yeni bir işletmecilik anlayışıyla sağlık hizmetlerinin yapılandırılması” ifadelerinde görmek mümkündür (Adaş, 2013). Ayrıca, Adaş’ın Beardwood’dan alıntılıdığına göre, “hasta sadece hastalığı için tedavi hizmeti alan kimse olarak değil, aynı zamanda hizmet üretim sürecinde ‘denetimci’ olarak aktif katılımı istenen bir kişidir. Bu bakış açısı nedeniyle hasta, sermaye/işletme yöntemi için çalışanları denetlemeye ve ‘bilinçli bir tüketici’ olarak sorunları bildirmeye/ şikayet etmeye teşvik edilmektedir.” (Adaş, 2013).

Özellikle günümüzde her alanda etkisini gösteren piyasa dinamiklerinin sağlık alanında da oldukça yoğun bir şekilde etkili olduğu görülmektedir. İş dünyası anlayışı ve ölçütlerinin tıpta kullanılması, hastalara müşteri gözüyle bakılması, hasta haklarının müşteri hakkı olarak tanımlanması, hasta tedavisinin mali boyutunun tıbbi boyutun önüne geçmesi, SGK’nın ödeme tercihlerinde seçimlerini ucuz ilaçlar ve kalitesiz malzemelerden yana kullanması gibi örnekler sağlıkta piyasalaşma sürecinin bileşenleri olarak birçok kaynakta dile getirilmektedir (Ataay, 2006; Belek, 2012; Ezgi, 2007; Gül ve ark., 2010; Soyer, 1995; Yanık, 2009; Yavuz, 2013). Ayrıca bu kaynaklara göre, sağlık hizmetinin niteliğinden çok kârlılığın belirleyici olması ve piyasa koşullarında verilen sağlık hizmetlerinin tüketilen bir hizmet alanı olarak değerlendirilmesi söz konusudur.

Bir tüketim ifadesi olarak sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağına dair dönüşümün, Dünya Bankası projesi olarak önerilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirilmek istendiği ve piyasalaşmış sağlık hizmetlerinin merkezinde bu programın yer aldığına dair yazında birçok kaynak bulunmaktadır (Elbek ve ark., 2009; Er, 2011; Erdolu, 2012; Ergun ve ark., 2010; Kart, 2013; Taner ve ark., 2011; Üstündağ ve ark., 2007; Yanık, 2009).

2.3.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlıkta piyasalaşma sürecinin ana bileşenlerinden olduğu belirtilen ve ülkemizde 1980'lerden itibaren oluşturulmaya çalışılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında sağlık harcamalarında yaşanan artışı azaltmaya yönelik bir dizi düzenlemeye gidilmiştir. Bu amaçla projenin; Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Bankası (WB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) işbirliği ile özellikle gelişmekte olan ülkelere bir tür kriz yönetimi olarak sağlık alanındaki harcamaları azaltma ve verimliliği artırma güvencesiyle sunulduğu ifade edilmektedir (Elbek ve ark., 2009).

Sağlık Bakanlığı projenin ilkelerini “İnsan Merkezilik, Sürdürülebilirlik, Sürekli Kalite Gelişimi, Katılımcılık, Uzlaşmacılık, Gönüllülük, Güçler Ayrılığı, Desantralizasyon Ve Hizmette Rekabet” olarak belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Projenin temel bileşenleri şu şekilde açıklanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003):

- 1- Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- 2- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- 3- Yaygın, Erişimi Kolay Ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
 - b) Etkili, Kademeli Sevk Zinciri,
 - c) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri,
- 4- Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,
- 5- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları,

- 6- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon,
- 7- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma,
 - a) Ulusal İlaç Kurumu
 - b) Tıbbi Cihaz Kurumu
- 8- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Buradaki sekiz madde incelendiğinde, ilk maddenin Sağlık Bakanlığı'nın denetleyici bir mekanizmaya dönüşeceğini açık bir şekilde belirttiği görülmektedir. Denetleyici bir role bürünen Sağlık Bakanlığı sağlığın finansmanının nasıl sağlanacağını ise ikinci maddede “Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası” ile ifade etmektedir. Yedinci madde ile de akılcı ilaç kullanım ölçütü olarak ucuz ilaç ve malzemenin kullanılarak sağlık harcamalarında kısıtlamalara gidileceğini belirtmektedir. Birçok yazarın eleştirdiği Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına bağlı olarak sağlığı hak olmaktan çıkardığı ifade edilmektedir (Yanık, 2009). Bu programın sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan piyasa odaklı sistemin temel bileşeni olduğu ve sağlıkta bir dönüşümü değil, piyasalaştırmayı hedefleyen bir sistem olduğu belirtilmektedir (Ergun ve ark., 2010).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında uygulamaya koyulan yeni yöntemler ile sağlıkta piyasalaşma sürecini hızlandıran, sağlıkta maliyet etkinliği sağlamaya yönelik olduğu belirtilen uygulamaların, hekimlik uygulamaları üzerinde oldukça büyük bir rol oynadığı birçok yazar tarafından belirtilmektedir (Adaş, 2013; Ağalar, 2012; Belek, 2012; Çalık ve ark., 2015; Elbek ve ark., 2009; Elife, 2013; Erdolu, 2012; Kart, 2013; Yıldırım, 2013). Buna göre Genel Sağlık Sigortası ve beraberinde Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT), Sağlık Ocaklarının Aile Hekimliklerine Dönüşümü, Hastanelerin Özelleştirilmesi, Performansa Dayalı Ödeme ve son olarak da uygulamaya konulması planlanan Tanı İlişkili Gruplar (TİG) uygulamaları, sağlıkta piyasalaşma mekanizmalarının temel bileşenleri olarak ifade edilmektedir (Ataay, 2006; Er, 2011; Ezgi, 2007; Gül ve ark., 2010; Kart, 2013; Tanık, 2012; Yanık, 2009; Yavuz, 2008).

2.3.2. Genel Sağlık Sigortası (GSS)

Sağlıkta Dönüşüm Programı ilk hedefi olan “Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı” ibaresini hayata geçirebilmek için Bakanlık'a bağlı olarak hizmet veren kuruluşların özerk bir yapıya dönüştürülmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca yönelik olarak Sosyal Sigortalar Kurumu, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi kurumlar bir araya getirilerek Genel Sağlık Sigortası Kurumu oluşturulmuştur. GSS, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel aracı olarak değerlendirilmekte ve piyasalaşmanın temel bileşenlerinden biri olarak görülmektedir (Er, 2011). Ayrıca bu sistem ile finansman ve sağlık hizmeti üretimi birbirinden ayrılarak, sistemin ‘sağlık hizmeti satın alınması’ düşüncesiyle kurulduğu ve bu sistem ile özel sağlık kuruluşlarına pazar yaratılması amacı taşıdığı belirtilmektedir (Ataay, 2006). Genel Sağlık Sigortası'nın ikinci özelliği ise temel teminat paketinin dar tutulması nedeniyle katkı payı gibi ek ödeme yapmak ya da ikinci bir tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası kapsamına girme gerekliliği yaratılması olarak ifade edilmektedir (Ataay, 2006). Bu özelliğin özel sigortacılığa ‘müşteri’ kitlesi yaratılması amacı taşıdığı, böylece sağlık hizmetini kâr amaçlı ve bedeli ödenmesi gereken bir hizmete dönüştürme çabasının hakim olduğu eleştirel bir yaklaşımla ifade edilmektedir (Ataay, 2006). Bu bedeli ödeyemeyecek durumdakilerin yani asgari ücretten az kazancı olanların ise sosyal güvenceden yoksun bırakıldığı, sosyal güvenceyi ödeyemeyen ‘muhtaç’ kişilerin primlerinin devlet tarafından ödenmesi uygulanmasına gidilmesiyle sağlığın kamu tarafından finanse edilerek herkese ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi yerine, sosyal boyutu ‘muhtaçlara yardım’ dan ibaret olan bir faaliyet statüsüne indirildiği belirtilmektedir (Ataay, 2006; Utkualp, 2015).

Genel Sağlık Sigortası sisteminde hekimlerin de sağlık hizmeti sunarken karşı karşıya kaldığı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların başında sistemin eşitsizlik yaratması gündeme getirilmektedir. Buna göre Genel Sağlık Sigortası'nın sağlık yerine hastalıkla ilgilendiği ve hasta haklarının ilk maddesi olan ‘adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma’ maddesini ihlal ettiğine dair görüşler mevcuttur (Ezgi, 2007). Sağlığın bireyin ekonomik gücüne bırakılması ve ilaç ve tıbbi malzeme alımında yaşanan sıkıntıların hekimin tıbbi tedavi uygulamaları

üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Ezgi, 2007). Bu sistemde kişiler prim ödeyemedikleri durumlarda sağlık hizmetlerinden yararlanamamakta, prim borcu olup olmadığını denetlemek durumunda kalan kişinin ise hekim olması önemli bir sorun alanı yaratmaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2009).

Bu durum, hizmet sunma yükümlülüğü bulunan sağlık çalışanları ve özellikle hekimler için mesleğin gereklerini yerine getirmeyi zorlaştırdığı ve hekimi güç durumda bıraktığı için eleştirilmektedir (Adaş, 2013; Civaner, 2013b).

2.3.3. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve “Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir. Amacı ise şu şekilde ifade edilmektedir (2017);

“Sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla, Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.”

Buna göre Sağlık Uygulama Tebliği, genel olarak, devletin sağlık politikalarının uygulanması, fiyatlandırılması ve düzenlenmesini içeren tebliğ olarak ifade edilebilir. Sağlık merkezlerinde yapılan işlemlerin bedelleri bu düzenleme ile belirlenmiş, özel kodlarla hastalıklar, ilaçlar, ameliyatlar ve yapılacak işlemlerin puanları ve fiyatlandırılması ayrıntılı olarak belirtilmektedir. Buna göre SUT, hangi girişimlerin ödeneceğini tanımlarken hangi girişim için devlet tarafından ne kadar para ödeneceğini de tanımlamaktadır (Tanık, 2012). Bu anlamda SUT'un, sağlığın piyasa mekanizmasına göre değerlendirildiği ve hastanın iyileşmesinden önce

maliyetinin dikkate alındığının yasal bir ifadesi olduğu, ayrıca GSS kapsamında hangi hizmetlerin ödeneceği ve ödenmeyeceğini belirttiği ileri sürülebilir.

2.3.4. Sağlık Ocaklarının Aile Hekimliklerine Dönüşümü

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelen bir diğer piyasalaşma uygulaması, birinci basamak sağlık hizmetlerin verildiği Sağlık Ocaklarının Aile Hekimliklerine dönüşümüdür. Sağlık Bakanlığı'nın Aralık 2004'te yayımladığı 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un amacı;

“Pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması ve birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi”

biçiminde ifade edilmektedir. Birinci basamakta sağlık ocaklarının üstlendiği sağlık hizmeti anlayışından uzaklaşarak aile hekimliği çatısı altında yeni bir boyut kazandırılmaktadır. Burada ortaya çıkan tartışma, sağlık ocakları kalktığında koruyucu sağlık hizmetlerinin bütüncül olarak nasıl ve kim tarafından yürütüleceği sorusu üzerinde yoğunlaşmaktadır (Üstündağ ve ark., 2007).

Bu sistemde hekimlerin işveren konumuna getirildiği ve yanlarına ebe ve hemşire gibi iki tane aile sağlığı elemanı çalıştırılmasının şart koşulduğu ve hekimler dahil hiçbir sağlık çalışanının iş güvencesinin olmadığı, sözleşmeli statüde çalışıldığı, sağlık ocaklarının işletme mantığına göre yapılandırıldığı belirtilmektedir (Gül ve ark., 2010).

Ayrıca Aile Hekimliği sisteminde prim ödemedikleri için sistem dışında kalanların, bir yandan ödemedikleri prim borçları artarken bir yanda da hiçbir hizmet alamayacakları, ayrıca bu sistemde 2000'den az sayıda kayıtlı hastası bulunan hekimlerin lisansları iptal edileceği, fazla hastası olan hekimlere ise kişi başı ek ücretler verileceği ifade edilmektedir (Üstündağ ve ark., 2007). Buna göre sağlık

ocaklarının aile hekimliklerine dönüşmesi ile birlikte yeni bir ödeme sistemi olan kişi başı ödeme getirildiği ve hekimlerin kaydettikleri hasta başına para ödendiği, yanı sıra giderleri için bir miktar da bütçe verildiği ifade edilmektedir (Yavuz, 2008). Aile hekimlerinin listesinde bulunmayan kişilere ya da listede olup da primini ödeyemeyenlere ise sağlık hizmeti verilmediğinden ve piyasa mantığının hüküm sürdüğü bu sistemde birinci basamak sağlık hizmetlerinin bütüncül ve kapsayıcı olmadığı ileri sürülmektedir (Taner ve ark., 2011).

Ataay ise bu sistemi “sağlık ocağı temelli, kamu finansmanı çerçevesinde, topluma dönük ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti anlayışını ortadan kaldırarak, muayenehane temelli, fiyatlandırmaya dayalı, kâr amaçlı ve bireyi temele alan bir yaklaşımı egemen kılmayı öngörmektedir” biçiminde değerlendirmektedir (Ataay, 2006). Ayrıca bu sistemde hekimlerin kamu görevlisi olmaktan çıkıp ücretini piyasa koşullarında kazanan bir girişimciye dönüştürülmek istendiği belirtilmektedir (Ataay, 2006).

Aile hekimliği sisteminde eleştirilen bir diğer konu da birinci basamak sevk sisteminin kaldırılmasıdır. Sevk sisteminin kaldırılma gerekçesi olarak, bir aile hekimine verilen nüfusun 3500’den en fazla 2000’e indirilmesi gerektiği, çünkü birinci basamakta hekim sayısının artırılmasının devlet açısından bir maliyet unsuru olduğu ileri sürülmektedir (Belek, 2012). Ayrıca Belek’in belirttiğine göre sevk sisteminin uygulanabilirliğini etkileyen başka etmenler de bulunmaktadır. Buna göre hem özel hem de kamu hastaneleri kendi döner sermaye gelirlerinin azalması açısından sevk sistemine karşı çıkmaktadırlar (Belek, 2012). Belek bu durumun bütün birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin birbirleri ile rekabete girdiği, sevk sisteminin piyasacı sağlık sistemine karşıt olduğu vurgusunu yapmaktadır (Belek, 2012). Yanı sıra Türk Tabipleri Birliği, sevk sisteminin uygulanmıyor olmasının hastanelerde gereksiz yığılmalara, teknolojinin gereksiz yere kullanılarak sağlık harcamalarının artmasına neden olduğunu vurgulamaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2009).

2.3.5. Hastanelerin Özelleştirilmesi

Sağlık ocaklarının aile hekimliklerine dönüştürülmesiyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hayata geçirilen sağlıktaki özelleştirme modelinin diğer ayağını, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde hastanelerin özelleştirilmesi oluşturmaktadır (Kılıç, 2009).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilmek istenen piyasacı anlayışın en önemli bileşenlerinden birinin, kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi olduğu ifade edilmektedir (Belek, 2012). Devletin sağlık hizmetinden tamamen çekilmesi olarak değerlendirilen bu politika Pala'nın belirttiğine göre ilk planda Çalışma Bakanlığı SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesiyle gerçekleşmektedir (Pala, 2006). 'Hastanelerin verimliliğini iyileştirmek' gerekçesiyle kamu hizmetlerinin tek elden yürütülmesi amaçlanmış ve ikinci aşamada ise sağlık çalışanları ilgili kurumun sözleşmeli personeli olarak tanımlanmıştır (Pala, 2006). Belek, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın içeriğinde yer alan hastanelerin sınıflandırılmasını; 'eşitsiz sağlık hizmeti', yönetim kurulunun görev, yetki ve sorumluluklarını 'hastaneyi isterse satar, isterse kiraya verir', genel sekreterin görev, yetki ve sorumluluklarını 'hastane şirketinin patronu' ve Bakanlık personelinin birliklere devri, kadroların kullanımı ve ek ödemeyi ise 'norm kadro, sözleşmeli istihdam, performansa göre ücret' şeklinde özetlemektedir (Belek, 2012).

Sağlık hizmetlerinin bir meta olarak değerlendirildiği bu sistemde hizmeti satan kurum özel-kamu hastanesi, hizmeti satın alan ise müşteri olarak görülen hastalar olarak değerlendirilmektedir (Ercan, 2013). Piyasalaşmış sağlık hizmetlerinin temel bileşenlerinden biri olarak ele alınan hastanelerin özelleştirilmesi ile sağlık hizmetlerine erişime, verimliliğe, eşitlik ve hakkaniyete dair birçok sorun oluştuğu yazında yer almaktadır. Özellikle hekimlerin yukarıdan piyasa ve bürokrasinin, aşağıdan ise toplumun baskısı altında kaldığı ifade edilmektedir (Adaş, 2013). Burada sadece sağlık hizmetlerinin değil, hastanelerin bilgi işlem birimlerinin taşeronlaşması ile kişisel sağlık bilgilerinin de alınıp satılabilen bir metaya dönüşümünden söz edilebilir. Özellikle sigorta şirketlerine satılan bu bilgiler, sigorta şirketlerince istenirse başka şirketlere de satılabilmektedir. Buna örnek olarak

medyada yer alan bir habere göre, Sağlık Bakanlığı'nın isim vermeden SGK'nın Datamed adlı şirkete kişisel sağlık bilgilerini sattığını doğruladığı belirtilmektedir (Birgün, 2014).

2.3.6. Performansa Dayalı Ödeme

Performansa dayalı ödeme şekli hizmet başı ödeme olarak, 'bir hekimin ürettiği hizmet karşılığında ücretlendirilmesi' olarak tanımlanmaktadır (Ağalar, 2012). Performans sisteminin amacının sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve kaynak kullanımını daha etkin kullanmak olduğu ifade edilmektedir (Esatoğlu, 2012).

Ağalar, birçok açıdan eleştirilen performansa dayalı ödeme sisteminde hekimin bu sisteme göre hem tıp hem de işletme penceresinden bakmak durumunda kaldığını, piyasa güçlerinin etkisi altında olduğunu ve bu durumun da tıp mesleği ilkeleri ile uyuşmadığını ifade etmektedir (Ağalar, 2012). Diğer yandan bu sistemin hekimler arasında rekabete dayalı bir anlayışı hakim kılan bir davranış değişikliğine neden olduğu da belirtilmektedir (Ağalar, 2012). Ayrıca Tanık'ın Plested'tan aktardığına göre bu sistem, hekimlerin genel durumu kötü hastaların tedavisinden kaçınmalarına da neden olmaktadır (Tanık, 2012).

Piyasa mantığı ile şekillenen hasta-hekim ilişkisindeki temel mekanizmalardan biri olarak değerlendirilen performansa dayalı ödeme sistemi; hizmetin niteliğini yitirmesine neden olduğu, daha insancıl koşullarda hasta bakımı yerine hızlı hasta bakımının öncelikli olmasına neden olduğu gerekçeleriyle eleştirilmektedir (Ağalar, 2012). Çünkü bu sistem daha fazla ameliyat, daha fazla hasta muayenesi ve daha fazla tetkik yapılarak daha çok kâr elde etmeyi amaçlamaktadır (Tanık, 2012). Sistem ayrıca hekimlik uygulamalarındaki defansif yaklaşımın da artmasına neden olmaktadır (Ağalar, 2012). Bu sistemin hekim mesleki özerkliğini çiğnediği, çıkar çatışmalarına neden olduğu, meslek içi barışı, hiyerarşiyi ve akademik uğraşları bozduğu ve terkedilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (Ağalar, 2012; Tanık, 2012).

2.3.7. Tanıyla İlişkili Gruplar (TİG)

Piyasalaşmış sağlık hizmetlerinin geldiği son nokta, hastalıkları sınıflayarak sağlık hizmetlerini maliyet etkinliğe uygun olarak sunmayı amaçlayan ve ülkemizde uygulanması planlanan bir geri ödeme yöntemi olarak Sağlık Bakanlığı Tanı İlişkili Gruplar (TİG) yöntemidir (Narlı ve ark., 2011; Ünal ve ark., 2014).

TİG Uygulama Rehberi'nde TİG'in tarihçesi 1970'li yıllarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin kalite denetimi amacıyla geliştirildiği ve hastalık sınıflamalarının 1980'den beri geri ödeme yöntemi olarak kullanılmaya başlandığı biçiminde aktarılmaktadır (Narlı ve ark., 2011).

TİG'in temel amacı aynı rehberde “benzer çıktıları olan veya benzer hizmetleri alması beklenen vaka tiplerinin bir tanımının yapılması ve böylece kıyaslanabilir bilgi üretilmesi” şeklinde ifade edilirken, hemen ardından “ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeyi” sağladığı ifade edilmektedir (Narlı ve ark., 2011).

Hastalık nedeninden önce hastalığın hangi ödeme grubuna girdiği ile ilgilenen bu politika, sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre yapılandırılması uygulamalarına bir örnek olarak verilmektedir. Bu yöntem ile hastalığın gruplandırılan hastalıklardan hangisine girdiğine göre geri ödemede bulunulacağı belirlenmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Tezin amacının; bulaşıcı hastalık salgınları, olağandışı durumlar, şiddete uğrama ve kişisel değerler ile mesleki değerlerin çatıştığı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları olup olmadığı ve varsa bu sınırların nasıl çizilebileceği sorularına ilişkin olarak, hizmet sunma yükümlülüğünün dayandığı mesleğin geleneksel erdemleri, mesleği seçme, hasta hakları, en iyi bilen olma ve toplumsal sözleşmenin varlığı gerekçelerinin söz konusu koşullarda ne kadar sağlam olduğunu Tıp Etiği açısından sorgulayarak söz konusu sorulara dair normatif yargılar üretmek olduğu, 'Giriş' bölümünde belirtilmişti. Bu amaca yönelik üç aşamalı bir yöntem izlenmiştir:

3.1.Genel değerlendirme ve literatürdeki argümanların analizi

Öncelikle, tartışmalı alanlarda hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı üzerine konuyla ilgili haklar ve yükümlülükleri temel alan değerlendirmeler yapılmış, bu bağlamda literatürdeki hizmet sunma yükümlülüğüne dair ileri sürülen argümanlar da analiz edilmiştir. Argüman analizi için;

1) Argümanın iç tutarlı olup olmadığı,

2) Sağlam olup olmadığı;

- Bilgisel öncüllerinin bilimsel bilgi ile uyumlu olup olmadığı,
- Değersel öncüllerinin; insanın kişiliğini ve onurunu gözetmesi, kişisel değerleri referans almaması, sağlık hakkını dikkate alması, yaşama hakkı, kişilik hakkı, üreme hakları ve hasta haklarını ve meslek ahlakı değerlerini koruyup korumadığı

ölçütleri kullanılmıştır.

3.2.Hekim adaylarının düşünce ve tutumları

İzlenen yöntemin ikinci aşaması, hasta-hekim ilişkisini derinden etkileyen ve hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerini tartışmalı hale getirebilen sağlık hizmetlerinin piyasalaşması süreci ile bağlantılıdır. Piyasalaşma sürecinin hizmet sunma yükümlülüğünün temellerine etkisini inceleyebilmek için, yaklaşık olarak son 30 yıla tarihlenebilecek olan bu sürecin içine doğmuş olan hekim adaylarının düşünce ve tutumlarını öğrenmeye yönelik olarak kesitsel bir araştırma planlanmıştır.

Araştırmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenimini sürdüren 266 hekim adaylarının tamamı dahil edilmiştir. Örneklem alınmamış olup, öğrencilerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, toplam 222 hekim adayı araştırmaya katılmış olup, katılım oranı %83,5'tir. Geri kalan 44 hekim adayına çeşitli nedenlerle ulaşılamamış, bazıları da araştırmaya katılmayı reddetmiştir.

3.2.1. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkeni intern hekimlerin hizmet sunma yükümlülüğü ve gerekçelerine ilişkin düşünceleri, bağımsız değişkenleri ise cinsiyet, tıp fakültesini neden seçtiği, mesleki riskleri yeterince bilip bilmediği üzerine düşüncesi, tıp eğitimi süresince hasta veya yakınlarından şiddet görüp görmediği veya tanık olup olmadığı ve sağlık hakkına dair düşünceleri biçiminde belirlenmiştir.

3.2.2. Veri Toplama Aracı

Veri, araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu aracılığı ile, gözetim altında toplanmıştır (EK9).

Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların demografik özellikleri ve bağımsız değişkenlere ilişkin düşünce ve tutumları sorgulanmıştır.

Formun ikinci bölümünde ise hekim adaylarının çeşitli senaryolarla karşılaştıklarında hizmet sunma yükümlülüklerinin olup olmadığı, eğer yükümlülüğü bulunuyorsa hangi gerekçe ile hizmet sunma yükümlülüğünü yerine getirecekleri sorgulanmıştır. Senaryolar için seçilen konu başlıkları, 'Olumsuz Çalışma Koşulları', 'Şiddet', 'Bulaşıcı Hastalık Salgınları' ve 'Kişisel Değerler'dir. Bu dört başlığın seçilme gerekçesi, Giriş'te ayrıntısıyla belirtildiği üzere, bu başlıkların hizmet sunma yükümlülüğünün en çok tartışıldığı ve etik sorunlarının daha çok görünür olduğu alanlar olmasıdır.

'Olumsuz Çalışma Koşulları' başlığında dört senaryo, 'Şiddet' başlığında üç senaryo, 'Bulaşıcı Hastalık Salgınları'nda bir senaryo ve 'Kişisel Değerler' başlığında iki olmak üzere toplam on senaryo kurgulanmıştır. Olumsuz çalışma koşulları için kurgulanmış senaryolar, Yetersiz tıbbi malzeme, Aşırı yorgunluk, Kalitesiz malzeme ile Zaman ve sayı baskısı senaryolarıdır. Şiddet başlığında hazırlanan senaryolar, Sözlü şiddet ve Fiziksel şiddete maruz kalmaya ilişkindir. Olağandışı durumlar başlığında, Silahlı çatışma ve Bulaşıcı hastalık salgınına dair senaryoları bulunmaktadır. Kişisel değerler ile mesleki değerlerin çatışmasını sorgulayan senaryolar ise transseksüel hastaya hizmet sunma ve gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ile ilgilidir.

Kurgulanan senaryolar;

1. Olumsuz çalışma koşulları:

Senaryo 1 – Yetersiz tıbbi malzeme

Bulduğunuz poliklinikte eldiven, maske gibi bazı tıbbi malzemeler yetersiz, bazıları ise hiç bulunmuyor. Rutin hizmet sırasında korunmanızı sağlayan bu malzemelerin yokluğunda sizce hizmet sunma yükümlülüğü (HSY);

Senaryo 2 – Aşırı yorgunluk

Bir hastanenin kliniğinde araştırma görevlisi olarak iki günde bir nöbet tutuyorsunuz. 24 saatlik yoğun bir nöbetin arkasından poliklinik hizmeti vermeniz

bekleniyor. Kendinizi oldukça yorgun hissediyor, konsantre olmakta güçlük çekiyorsunuz. Bu şekilde hastalara zararlı olma riski taşıdığınızı düşünüyorsunuz.

Senaryo 3 – Kalitesiz malzeme

Hastanızın kalbine stent takılması gerekiyor. Piyasada çeşitli marka ve türlerde stent mevcut. SGK sizin hekim olarak uygun gördüğünüz 4,000 TL’lik türü karşılamıyor. Bununla birlikte eğer SGK’nın karşıladığı 500 TL’lik kalitesi düşük stenti takarsanız hastanın yarar görmeme ve hatta komplikasyon gelişme riski yüksek; bu nedenle malpraktisle de suçlanabilirsiniz.

Senaryo 4 – Zaman ve sayı baskısı

Hastalara nitelikli bir hizmet sunulması için ayrılması gereken sürenin ortalama 15-20 dk olması gerektiğini biliyorsunuz. Ancak çalıştığınız hastanede performansa dayalı ödeme sistemi var ve randevu sistemi her hastaya 5 dakika aralıklarla randevu vermekte. Eğer hastanıza daha uzun süre ayırırsanız sizi bekleyen diğer hastalar kapıyı çalmaya, şikayet etmeye başlıyor. Her hastaya sadece 5 dakika ayırırsanız bu kez hastanın yeterli hizmet alamayacağını ve sizin de hata yapma riskinizin artacağını biliyorsunuz.

2. Şiddet

Senaryo 5 – Sözlü şiddet

Bulduğunuz hastanenin acil servisinde pratisyen hekim olarak çalışmaktasınız. Bir hasta yakını tarafından, kendi hastası acil olduğu halde ilgilenilmediği iddiasıyla size sözlü şiddette bulunuluyor.

Senaryo 6 – Fiziksel şiddet

Acil servis çok yoğun ve size sözlü şiddette bulunan hasta yakını bu defa fiziksel şiddette bulunuyor. Bu sırada güvenlik görevlisi olaya müdahale ediyor.

3. Olağandışı durumlar

Senaryo 7 – Silahlı çatışma

Yaklaşık iki aydır görev yaptığımız bölgede silahlı çatışmalar yaşanmakta. Olay yerine giden ambulanslara da saldırı gerçekleştiğini biliyorsunuz. Akşamüstü silahlı bir çatışma yaşandığı, doğum için hastaneye gelmekte olan bir kadının çatışmanın ortasında kalarak yaralandığı haberi iletiliyor ve acil olarak ambulansla hekim çağrılıyor.

Senaryo 8 – Bulaşıcı hastalık salgını

Bulduğunuz bölgede, enfeksiyon zinciri tanımlanmamış, koruyucu önlemlerin ve klasik tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı, mortalitesi oldukça yüksek yeni bir bulaşıcı hastalık salgını ortaya çıkıyor.

4. Kişisel değerler

Senaryo 9 – Transseksüel hasta

Darp nedeniyle acil servise başvuran bir hasta için acil servise çağrılıyorsunuz. Hastanın klavikulasında kırık saptıyorsunuz ve operasyon endikasyonu koyuyorsunuz. Hastanızın dış görünümünden transseksüel olduğunu anlıyorsunuz. Hasta seks işçisi olarak çalışırken darp edildiğini söylüyor. Kişisel olarak eşcinsellerden hoşlanmıyor, onların toplum için zararlı olduğunu düşünüyorsunuz.

Senaryo 10 – Gebeliğin sonlandırılması

Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olarak bir hastanede çalışmaya başladınız. Sekiz haftalık gebe bir kadın gebeliğinin isteğe bağlı sonlandırılması talebiyle hastaneye geliyor. Herhangi bir tıbbi endikasyon bulunmuyor. Ülkemizde 10 haftaya kadar gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasının yasal olduğunu biliyorsunuz. Siz ise yaşamın kutsallığına inanıyor, böyle bir isteği cinayetle eşdeğer görüyorsunuz.

Araştırma için hazırlanmış olan 16 soruluk anket formunun birinci pilot çalışması 5. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinden 11 kişiye yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Yapılan pilot çalışmanın ardından gerekli görülen değişiklikler yapıldıktan sonra ikinci bir pilot yine 5. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinden 11 kişiye uygulanmıştır. İkinci pilot çalışma da değerlendirildikten sonra anketin uygulanabilir olduğu görülmüştür.

3.2.3. Tanım ve Ölçütler

Hizmet sunma yükümlülüğü; kısaca, ‘hastaya gereksinimi olan hizmeti sunma yükümlülüğü’ olarak tanımlanabilir. Bu yükümlülük Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, TTB Hekimlik Meslek Etiği kuralları gibi çeşitli düzenlemelerde “Hekimin öncelikli görevi, insanın yaşamını ve sağlığını korumak, hastaları iyileştirmeye çalışmak, insan onurunu gözetmek” biçiminde tanımlanmaktadır. Hizmet sunma yükümlülüğü “Hekimlik Andı” nda ise “Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma tüm benliğimle söz veriyorum.” ve “Önceliğim her zaman hastamın sağlığı olacak.” satırlarıyla ifade edilmektedir.

Hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerini; ‘mesleğin geleneksel erdemleri’, ‘mesleği seçmiş olma’, ‘toplumsal sözleşme’, ‘en iyi bilen olma’ ve ‘hasta hakları’ oluşturmaktadır. Bu gerekçeler kısaca;

- **Geleneksel erdemler**, hekimlik mesleğinin tarih boyunca geleneksel olarak yardım etme erdemi üzerine kurulu olması,
- **En iyi bilen olma**, hekimlerin aldıkları eğitim nedeniyle toplumun diğer üyelerine göre sağlıkla ilgili konuları en iyi bilen kişiler olması,
- **Toplumsal sözleşme**, toplumun hekimlik mesleğine belli bir konum ve ayrıcalıklar tanıması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak hastaların yararına kullanmayı kabul etmesi, (*Tıp kurumu ile toplum arasında Hekimlik Andı’nda verilen sözlerle somutlaşır*)
- **Mesleği seçme**, tıp mesleğini seçerek tıp eğitimi alma,
- **Hasta hakları**, hastaların gereksinimlerine göre hizmet alma hakkı

biçiminde tanımlanabilir. Hekim bu gerekçelerle hastasına hizmet sunmakla yükümlüdür.

Katılımcılara uygulanan anket formunda bu tanımlara yer verilmiştir.

3.2.4. Veri Analizi

Araştırmanın verisi, araştırmacılar tarafından geliştirilen 16 soruluk anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Verinin istatistiksel analizi için PASW Statistics 18 programında non-parametrik Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkeni olan tıp fakültesini seçme nedenleri birden çok seçenek işaretlenebildiği için dört gruba ayrılmıştır. Buna göre gruplar 'çevre etkisi', 'sınav puanı', 'ideali olması' ve 'yüksek gelir' şeklinde belirlenmiştir.

3.2.5. Zamanlama

	Temmuz 2016	Ağustos 2016	Eylül 2016	Ekim 2016	Ekim 2016	Kasım 2016	Aralık 2017	Ocak 2017	Şubat 2017	Mart 2017	Nisan 2017	Mayıs 2017	Haziran 2017
Yazın tarama/okuma													
Planlama ve Tez önerisinin hazırlanması													
Tez önerisinin sunumu													
Öneriler doğrultusunda çalışmanın düzeltilmesi													
Verilerin toplanması ve analizi													
Tezin yazımı													
Tezin sunulması													

3.2.6. İzin ve onaylar

Araştırmanın yürütülebilmesi için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan 29.08.2016 tarih ve 63688658-000/21969 sayılı kararı ile izin alınmış, araştırmanın etik açısından uygun olduğu Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Klinik Araştırmalar Kurulu'nun 19 Eylöl 2016 tarih ve 2016-16/24 nolu kararıyla onaylanmıştır.

3.3.Yeniden değerlendirme

Tez alışması için uygulanan yöntemin üçüncü aşamasında, genel değerlendirme aşamasında hizmet sunma yükümlölüğünün olup olmadığına ilişkin üretilen argümanlar, araştırma bulguları dikkate alınarak yeniden değerlendirilmiştir. Burada özellikle genel değerlendirmede üretilen savlar ile hekim adaylarının görüşleri arasındaki çelişkilere odaklanılmış, hekim adaylarının farklı görüşleri piyasalaşmanın olası etkileri çerçevesinde değerlendirilerek, hizmet sunma yükümlölüğüne ilişkin genel değerlendirmeler gözden geçirilmiştir. Sonuç olarak, piyasalaşmanın hizmet sunma yükümlölüğünün gerekçelerine olası etkileri de dikkate alınarak teze konu edilen farklı koşullarda yükümlölük olduğu ya da olmadığı Tıp Etiği açısından temellendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

Araştırmaya katılan 222 kişinin %46,8'i erkek, %50,5'i kadın olup %2,7'si cinsiyet belirtmemiştir. Katılım oranı %83,5'tir.

Tablo 1. Katılımcıların tıp fakültesini tercih etme nedenleri dağılımı (n=222)

Tıp Fakültesini tercih etme nedeniniz*	Yüzde (%)
Çocukluktan beri idealdeki meslek	34,7
Hekimliğin toplumda saygı gören bir meslek olması	34,2
Sınav puanına en uygun seçenek olması	31,5
Aile ısrarı	28,4
Yüksek gelir getireceğini düşünme	27,0
Başkalarının dertlerine çare bulmak	22,1
Biyoloji bilimlerine ilgi	18,0
Doktor olan yakınları örnek alma	9,5
Dersane önerisi	7,7
Öğretmen önerisi	7,2
Diğer	4,1

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir.

Katılımcıların tıp fakültesini tercih etme nedeni olarak %34,7'si “Çocukluktan beri idealdeki meslek”, %34,2'si “Hekimliğin toplumda saygı gören bir meslek olması”, %31,5'i “Sınav puanına en uygun seçenek olması” ifadelerini en fazla oranda işaretledikleri saptanmıştır. Öğrencilerin %4,1'i ise diğer nedenlerden dolayı tıp fakültesini tercih etmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların tıp fakültesini tercih nedenlerini; iki kişi “iş garantisi” nedeniyle tercih ettiğini, bir kişi “Hayattaki en önemli şey sağlıktır” gerekçesi ile bir kişi “Halka hizmet Hakka hizmet olduğundan” biçiminde ifade etmiş ve bir kişi de “İnsanları mutlu etmekten mutlu olduğum için” gerekçesi ile tıp fakültesini seçtiğini ifade etmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların mesleki riskler hakkındaki düşüncelerinin dağılımı
(n=222)

Mesleki riskler hakkındaki düşünceler*	%
Mesleki riskleri tam olarak bildiğimi söyleyemem	50,0
Mesleği seçerken mesleki riskleri biliyordum	27,5
Sadece bugün bilinen riskleri kabullenerek seçim yaptım, ileride ortaya çıkabilecek riskleri kabullendiğim anlamına gelmez.	16,7
Şu anda bilmiyorum; mesleği seçtiğim için risklerini de kabullendim.	14,0
Mesleki riskleri bilsem seçmeyebilirdim	11,3

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Katılımcıların mesleki riskler hakkındaki düşünceleri sorgulandığında %50,0'ı “Mesleki riskleri tam olarak bildiğimi söyleyemem” ifadesine katılırken, “Mesleği seçerken mesleki riskleri biliyordum” ifadesine %27,5'inin katıldığı saptanmıştır. En az işaretlenen seçenek ise, “Mesleki riskleri bilsem seçmeyebilirdim” ifadesidir (%11,3) (Tablo 2).

Katılımcıların mesleki riskler hakkındaki düşüncelerini bir kişi “Seçerken çok bilmiyordum, öğrendikçe alıştım” şeklinde ifade etmiş, bir kişi de “Halkın bu noktaya geleceğini kestiremedim” demiştir.

Katılımcıların şiddet olgusuyla ilgili özellikleri

Katılımcıların öğrencilikleri sırasında %45,9'u sözlü, %2,3'ü fiziksel şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların %48,6'sı ise şiddet görmediğini, ancak buna tanık olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılardan şiddet görüp görmediklerine dair yazdığı ifadelerde; bir kişi, “Sağlıkta şiddete karşı, sağlık personelinin hakları korunmalı, beyaz kod yerine daha kalıcı çözümler getirilmeli, yapılan yayınlarla insanlar şiddete özendirilmemeli” biçiminde şiddet olgusuna dair önerilerde bulunmuştur. Bir kişi ise “Karşılıklı şiddet” ifadesini yazarak şiddete karşılık verildiğini ifade etmiştir.

Katılımcıların sağlık hakkına dair düşünceleri

Katılımcıların sağlık hakkına dair düşünceleri sorgulandığında “Herkesin sağlık hakkı vardır; bu hak gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar” (%91,4) ifadesi en fazla sayıda işaretlenmiştir. “Herkesin sağlık hakkı vardır; bu hak ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanlar ikinci sırada (%3,6), “Herkesin sağlık hakkı yoktur” ifadesine katılanlar ise üçüncü sırada gelmektedir (%2,7).

Katılımcıların sağlık hakkına dair düşüncelerini belirttikleri ifadelerden bazıları şu şekildedir. Bir katılımcı, “Makul gerekçe olmadan sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan bireylerin sağlık hakkı kısıtlanmalıdır” ifadesi ile herkesin sağlık hakkı olmadığını belirtmiştir. Bir kişi “Kendi kazancımı düşündüğüm için. Devlet bana sabit ücret verse bedava işlemlerde bulunurdum. Buna sebep olan ben değil devlet politikası. Yenidünya politikamız liberalizm” ifadesi ile sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını belirtmiştir. Bir kişi “İNSAN olmayana sağlık hakkı tanınmamalı. Mesleği-gelir düzeyi ne olursa olsun ama önce insan olsun!” ve bir kişi “Doktorları kendisinin bir emir kuluymuşçasına hiçbir kurum ya da kuruluşta davranamayacağı küstahça ve saygısızca yaklaşımlar içinde olan ve hekimlerin her istediklerini yapması gerektiği zihniyetine sahip insanlıktan nasibini almamış terbiyesizlerin hakkı vardır diyemem” gerekçeleriyle herkesin sağlık hakkının olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca iki kişinin de “Sağlığını korumak kişinin kendi görevidir. Devlet bu konuda imkanlar sunmakla yükümlüdür” ve “Herkesin temel sağlık hakkı vardır ancak belirlenecek bir sınırdan sonrası herkesi kapsamaz” ifadeleri ile sağlık hakkının gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını belirtmiştir.

4.2.Katılımcıların Senaryolara Verdiği Yanıtlar

4.2.1. Olumsuz çalışma koşulları senaryolarına verilen yanıtlar

Tablo 3. Olumsuz çalışma koşulları senaryosu dağılımı

		OLUMSUZ ÇALIŞMA KOŞULLARI SENARYOLARI			
		Korunma Malzemeleri % (n=211)	Aşırı Yorgunluk % (n=208)	Kalitesiz Malzeme % (n=199)	Zaman ve Sayı Baskısı % (n=206)
VARDIR*	Geleneksel Erdemler	24,8	14,9	13,1	13,1
	Toplumsal Sözleşme	18,9	14,0	13,1	21,2
	En İyi Bilen Olma	8,1	9,9	11,7	11,3
	Hasta Hakları	29,7	24,8	24,3	29,7
	Mesleği Seçme	8,1	12,2	2,7	17,1
EMİN DEĞİLİM		14,0	13,5	13,5	13,5
YOKTUR		19,4	26,1	24,3	13,5

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

‘Olumsuz çalışma koşulları’ başlığında katılımcılara dört senaryo ile hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığı ve gerekçeleri sorulmuştur. ‘Korunma malzemelerinin eksikliği ya da yetersizliği’ senaryosu için; hasta hakları (%29,7), geleneksel erdemler (%24,8), toplumsal sözleşme (%18,9) gerekçeleri ile hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların yaklaşık beşte biri ‘hizmet sunma yükümlülüğü yoktur’ demiştir (%19,4).

‘Aşırı yorgunluk’ senaryosu için katılımcıların %26,1’i ‘hizmet sunma yükümlülüğü yoktur’ dediği saptanmıştır. ‘Hizmet sunma yükümlülüğüne vardır’ diyenlerin içinde ilk sırada hasta hakları gerekçesi (%24,8) gelmektedir.

‘Kalitesiz malzeme’ senaryosunda; hasta hakları gerekçesi ile %24,3 oranında ‘hizmet sunma yükümlülüğü vardır’ denildiği saptanırken, katılımcıların %24,3’ü hizmet sunma yükümlülüğü olmadığını düşünmektedir.

‘Zaman ve sayı baskısı’ senaryosunda; hasta hakları (%29,7), toplumsal sözleşme (%21,2) ve mesleği seçme (%17,1) gerekçeleri hizmet sunma yükümlülüğüne gerekçe olarak gösterilmiştir.

‘Olumsuz çalışma koşulları’ başlığında toplanan senaryolar hizmet sunma yükümlülüğü açısından topluca değerlendirildiğinde; ‘hizmet sunma yükümlülüğüne yoktur’ diyenlerin ‘aşırı yorgunluk’ senaryosunda en yüksek oranda olduğu oranı (%26,1) saptanmıştır (Tablo 3).

4.2.1.1. ‘Korunma malzemelerinin eksik/yetersiz olması senaryosu’da hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Araştırmaya katılan öğrencilerden bir kişi; “Var olan tıbbi malzemeye kendi sağlığımı riske atmayacak durumlarda sağlık hizmeti vermeye devam edilmeli” biçimindeki ifadesiyle hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini belirtmiştir.

Emin değilim; çünkü..

Bazı katılımcılar ‘korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması’ senaryosuna hizmet sunma yükümlülükleri konusunda emin olamadıklarını ve ne yapacaklarını bilemediklerini ifade etmişlerdir. Buna göre; “Bir yandan hasta hakları bir yandan da kendimi korumamı sağlayacak malzemelerin yokluğu”, “Hekimin topluma faydalı olabilmesi için öncelikle kendisini koruyabilmeli, acil durumlar dışında tıbbi malzemelerin bulunmadığı ortamda hizmet vermeyi doğru bulmuyorum. Ancak günümüz ekonomik koşullarında her malzemenin tam olması da mümkün olmuyor” şeklinde kaygılarını, “Hastaların bu hizmete erişmesi gerekiyor fakat hizmeti sunmamız için elimizde sunulacak şeyler olması lazım” ifadeleri ile hizmet

sunabilmek için gerekli malzemenin olması gerekliliğini belirtmişler ve malzemenin yokluğu durumunda kaygı duyduklarını dile getirmişlerdir.

Yoktur; çünkü..

‘Korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması’ senaryosuna hizmet sunma yükümlülüğü “yoktur” diyenlerden bir kişi; “Hem kendime hem de farklı hastalara hastalık bulaş riskini çok artırmış olurum” gerekçesi ile hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını, başka bir öğrenci “‘Primum non nocere’ ilkesinde zarar vermeme ilkesi sadece hasta için değil kendimiz (sağlık hizmet sunucuları) için de geçerlidir” gerekçesi ile hekimin sağlığının da öncelikli olduğunu vurgulamıştır. Katılımcılardan bir kişi “Benim de sağlık hakkım var. Kendi sağlığım için malzemelerin gelmesini beklerim” diyerek sağlık hakkına dair bir gerekçe ileri sürmüştür. Bir başka katılımcı ise “Ne kadar mesleği seçme, hasta hakları, toplumsal sözleşme olsa da hekimin kendi sağlığını riske ederek hizmet vermesi istenemez” diyerek hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinin geçersiz olduğunu dile getirmiştir. Bir başka kişi de hizmet sunma yükümlülüğünün olabilmesi için “Benden hizmet sunmamı bekleyen kişiler de bana bu temel malzemeleri temin etmekle yükümlüdür” ifadesi ile devletin yükümlülüğüne dikkat çekmiştir.

4.2.1.2. ‘Aşırı yorgunluk senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘aşırı yorgunluk’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

‘Aşırı yorgunluk’ senaryosuna dair bir kişi “Yasal zorunluluk” gerekçesi ile, bir kişi de “Hasta zarar görebilir!” ifadesi ile yükümlülüğünün devam ettiğini ifade etmiştir.

Emin değilim; çünkü..

Senaryo konusunda emin olamayan ifadeler incelendiğinde; bir kişinin “Yaşadığımız ülkenin sağlık sistemiyle ilintili şekilde bunu yapmak durumunda bırakılan birçok hekim var ancak hekimin bunu yapmaya zorunlu bırakılması ne kadar doğru tartışılır” şeklinde kaygısını, bir başka kişinin de “Hasta hayatını riske atan bir durum. Ama mevcut koşullar bundan fazla imkan tanımıyorsa fedakarlık yapıp çalışılabilir” ifadesi ile hizmet sunma yükümlülüğünün fedakarlık kapsamında devam ettiğini vurguladığı görülmüştür. Aşırı yorgun hekimlerin kendi sağlıklarını da koruyarak sağlıklı hizmet sunabileceğini belirten ifadeler ise şu şekildedir; “Olmamalı, çünkü sağlık hizmetini sağlıklı bir hekim sunabilir”, bir başka kişi “*Önce zarar verme*, ilkesine uymadığı kanaatindeyim. Zarar verme potansiyelim o durumda daha yüksek”, başka bir öğrenci “Sağlık hizmeti önemli bir hizmet. Bu şekilde bir durumda doğru ve sağlıklı olacağını düşünmüyorum (24 saatlik nöbetten sonra yazılmıştır. Cümle bile kuramadığıma dikkat çekmek isterim)”. Bir başka kişi “Hayati durumlarda ne şartlarda olursa olsun hizmet vermeliyiz. Konsantrasyonumuz önemli değil ancak buna bağlı doğacak sonuçlarda doktorlara bağlı değildir.” ifadesi ile hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini ancak doğabilecek olumsuz sonucun sorumlusunun hekim olmaması gerektiğine vurgu yapmıştır. Bir başka öğrenci ise bu senaryoya çözüm önerisi olarak “Bunun esas çözümü doktor sayısının artması fakat bunu karşılayabilecek ekonominin yokluğu çıkmaza sokmaktadır” ifadelerini kullanarak ülke ekonomisinin yetersizliği nedeniyle mümkün olamayacağı yönündeki kaygısını dile getirmiştir.

Yoktur; çünkü..

Senaryoya verilen yanıtlardan hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ifade edenlerin açık uçlu olarak verdikleri yanıtlar incelendiğinde bir kişi, “Bir konuyu bir işi bir icraatı bilmek onu hayata geçirebilmek anlamına gelmez. Hizmeti veren kişinin sağlığı kondisyonu zihinsel ve fiziksel açıdan bilgisini kullanabilir durumda olup olmaması hizmeti alan kişiler için daha büyük riskler taşır” ifadesi ile sağlıksız bir hekimin zarar verme ihtimalinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bir başka gerekçe ise “İnsan hakları diye bir şey vardır” ve “İnsanlık dışıdır” söylemleri insan haklarına aykırı olduğunu ifade etmişlerdir. Başka bir öğrenci “Bizlerde insan olarak

hizmet sunma yükümlülüğünün bu gerekçelerine, o koşullarda getiremeyiz veya çok zorlanırsanız, hata yapabiliriz, dolayısıyla ortam sağlanmadan gerekçelerin yerine getirilmesini beklemek saçma olur” ifadesi ile yorgun olma durumunda uygun koşullarda bir hizmetin sağlanamayacağını dile getirirken bir başka öğrenci de bu durum için “Zaten yaptığım için aslında bir anlamı olmuyor. Yapmak için yapıyorum” ifadelerini kullanmıştır.

4.2.1.3.‘Kalitesiz malzeme senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘kalitesiz malzeme’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Kullanılan tıbbi malzemenin kalitesiz olması durumunda hekim adaylarının hizmet sunma yükümlülükleri sorgulandığında; hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğine dair gerekçelerini bir kişi “Bu durumda tüm riskler ve SGK koşulları hastaya anlatılmalı onam alınmalı ve karar hastaya bırakılmalı” ifadesi ile hastanın onamına bırakılması gerekliliğine dayandırmış, bir başka öğrenci ise sonradan gelişebilecek komplikasyona karşılık sorumluluğun kendisinde olmadığını “Hastaya durumu açıklarım, kabul ederse ve prosedüre (böyle hastalara bu stent takılıyorsa) uygunsa takarım. Sorumluluk denetimdedir (Hem stenti denetleyen hem bunun hastaya takılmasını uygun gören denetimde)” ifadeleri ile belirtmiştir. Bir başka öğrenci “SGK'nın kararını değiştiremedik diye hastanın tedavi olma şansını da elinden alamayız” ifadelerini kullanarak hastanın tedavisinin daha öncelikli olduğunu vurgulamıştır.

Emin değilim; çünkü..

Kullanılan malzemenin kalitesizliği konusunda hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediğine dair emin olamayan katılımcılar arasında bir kişi, “Hastaya doğru hizmeti vermemiş olurum vicdanım rahat etmez ama imkan yok” ifadesini kullanarak hastaya doğru hizmeti veremediğinden duyduğu kaygıyı dile getirirken,

bir başka öğrenci “Sağlıkta para engel olmamalı!” ifadesi ile sağlık hakkının önceliğine vurgu yapmıştır. Bir öğrenci ise hizmet sunma yükümlülüğü konusundaki düşüncesini “Neden beni korumayan kanunlar varken kendimi riske atayım” ifadesi kullanarak hizmet sunma yükümlülüğü konusunda yine de emin olamadığını ifade etmiştir.

Yoktur; çünkü..

Kalitesiz malzeme kullanımı senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını katılımcıların “O kadar vergi veriyoruz. SGK karşılamalı”, “Tedaviyi doktor planlar ve SGK buna uyum göstermelidir”, “Hasta haklarına aykırı olduğunu düşünüyorum. Devlet hasta için en yararlı olanı sunmak zorunda”, “Hasta hakkı tanımına eğer bilgisi var kabul ettiğimiz hekimin uygun gördüğü kaliteli malzeme ya da işlemi görme hakkı girmiyorsa zaten o tam anlamıyla hak değil, bununla idare et demek olur” ifadeleri ile uygun ve olması gereken bir tedavi gerçekleşmeyeceğine vurgu yaparak belirtmişlerdir. Diğer ifadeler arasında bulunan, “SGK malpraktiste yanımda olmayacak”, “Benden kaynaklanmayan sebeplerle suçlanmayı kabul edemem”, “Hekimi koruyan bir yasa yok” ifadeleri ile hekimi korumaya yönelik gerekçeler dile getirilmiştir.

4.2.1.4.‘Zaman ve sayı baskısı senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘zaman ve sayı baskısı’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Zaman ve sayı baskısının hekimi zor durumda bıraktığı senaryosu ile hizmet sunma yükümlülüğü sorgulandığında katılımcılardan bir kişi, “Bunun sorumluluğu bende değil sistemi bu şekilde oluşturanlardadır”, “Yönetim zorunlu bırakıyor”, “Diğer hastalara açıklama yaparım. Herkese yeterli vakit ayıracağımı gerekirse daha fazla çalışacağımı söylerim” ifadeleri ile yönetimin zorunlu kılması gerekçesiyle mesleki olarak yükümlülüğün devam ettiğini belirtmiştir.

Emin değilim; çünkü..

Hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği konusunda emin olamayanların görüşleri incelendiğinde katılımcılardan bir kişi, “Geleneksel erdemler dolayısıyla hizmet vermekle yükümlüyüz ancak bu durumda hasta haklarının çiğnendiğini, iyi hizmet alma haklarının ellerinden alındığını düşünüyorum” ifadesi ile hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinin çiğnendiğini belirtmiştir. Başka bir katılımcı ise “Hizmet vermeliyim ama en iyisini veremeyeceğim” diyerek uygun nitelikte bir hizmet veremeyeceği yönündeki kaygısını dile getirirken, benzer şekilde bir katılımcı da “Sistem bizi kısa süreçte bakmaya zorluyor ancak vicdanımda o kadar kısa sürede hastadan anamnez bile alınamayacağını biliyor” şeklindeki sistemden kaynaklanan zorunluluğun doğru olmadığını vurgulamıştır. Bir başka katılımcı ise sisteme yönelik olarak “Bölümünüze göre değişen bir durum. Örneğin dermatoloji, KBB gibi branşlarda 2 dk. bile bakmadan yüksek olasılıkla tanıya giderken, dahili branşlarda uzun anamnez süreleri gerekmekte. Bölümlere göre adil performans düzenlemesi getirilmeli” şeklinde öneride bulunmuştur.

Yoktur; çünkü..

Zaman ve sayı baskısı senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri süren görüşler incelendiğinde katılımcılardan bir kişi, “‘Hasta hakları’ gerekçesine aykırı, çünkü hastanın gereksinimi karşılanmayacak” ifadesi ile gereksinim olan sağlık hizmetinin sağlanamayacağını belirtmiş, bir katılımcı da “‘Hekime ulaşmak kolay ama tedaviye ulaşmak zor olur” ifadesi ile performans sisteminin genel mantığını eleştirmiştir. Bir katılımcı, “Yarım yamalak tedavi etmektense daha az sayıda hasta doğru ve tam bir şekilde tedavi edilmelidir” ifadesi ile niceliğe bağlı hizmet ile uygun tedavinin sağlanamayacağını belirtirken, bir diğer katılımcı da “Birçok tanıyı atlayıp hastaya yarardan çok zarar verebilirim (yanlış ilaç vs.)” ifadesi ile baskı sonucu oluşabilecek olumsuzluğa vurgu yapmıştır. Katılımcılardan bir kişi sağlıkta şiddetin nedenlerinden biri olarak gördüğü bu durumu, “Hastalardan fiziksel ve sözlü şiddet görmemizin en önemli sebeplerinden biri” şeklinde ifade etmiştir. Performans sistemini eleştirel değerlendiren katılımcılardan bir kişi “Sistemde hata olduğunu bile bile 5 dk da hasta bakmak için kendimi sınırlayamam” ifadesini kullanırken başka bir katılımcı hastaların aleyhine

olan bu sistemi “Hasta hakları dediğimiz şeyi hastalar bilmesede doktor bilir ve hastanın hakkını savunur” ifadesi ile eleştirmiştir. Ayrıca katılımcılardan biri “Zaman baskısı altında çalışıp hata yapma olasılığı çok yüksek ayrıca bu iş stresi benim özel hayatıma yansıyor beni mutsuz da edecektir” ifadesi ile özel yaşamı konusundaki endişesini dile getirmiştir.

4.2.2. Şiddet Senaryolarına Verilen Yanıtlar

Tablo 4. Şiddet senaryosu dağılımı

		ŞİDDET SENARYOSU	
		Sözlü Şiddet % (n=207)	Fiziksel Şiddet % (n=205)
VARDIR*	Geleneksel Erdemler	18,9	7,2
	Toplumsal Sözleşme	12,6	6,8
	En İyi Bilen Olma	11,7	6,3
	Hasta Hakları	28,8	16,7
	Mesleği Seçme	12,6	6,3
EMİN DEĞİLİM		7,2	12,2
YOKTUR		24,3	42,8

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Katılımcılara şiddet senaryosu başlığında sözel ve fiziksel şiddete dair iki senaryo ile hizmet sunma gerekçeleri sorgulanmıştır. Sözel şiddet durumunda hasta hakları (%28,8), geleneksel erdemler (%18,9) gerekçeleri ile hizmet sunulacağı ifade edilmiş, katılımcıların %24,3’ü ise sözel şiddete maruz kaldığında hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını belirtmiştir.

Fiziksel şiddet durumunda ise katılımcıların %42,8’inin hizmet sunmayacağı saptanırken, %16,7’si hasta hakları gerekçesi ile hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiği belirtmiştir. Her iki senaryo için de hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçesi olarak hasta hakları ilk sırada gelmektedir (Tablo 4).

4.2.2.1. 'Sözlü şiddet senaryosu'nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların 'Sözlü şiddet' senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Sözlü şiddet senaryosu ile ilgili olarak katılımcılardan bir kişi "Hasta ayrı, hasta yakını ayrı. Hasta yakınının yapması hastaya hizmeti engelleyemez. Eğer hasta şiddette bulunursa ve durumu acilse, ancak doktora zarar verecek bir şiddet değilse tedavisini yapmalı. Hasta yakını veya hasta doktora zarar veriyorsa o zaman tedaviyi kesmeli" ifadesini kullanarak fiziksel şiddet olmadığı durumlarda hizmet sunmaya devam edeceğini belirtmiştir. Bir başka katılımcı ise "Sağlık hizmetini sunarım, sözlü şiddete devam ederim" sözlü şiddete karşılık vererek hizmet sunacağını, bir katılımcı da "Utandırmak için yardım edebilirim" ifadesi ile sözlü şiddet karşılığında hizmet sunma amacını kişiyi utandırma biçiminde ifade etmiştir. Bir katılımcı ise sözlü şiddeti hasta yakınının bulunduğu düşüncesini "Hasta yakınına rağmen hastaya yardım etmek bizim sorumluluğumuzda" ifadesi ile hastanın sorumluluğunun hekime ait olduğunu, bir kişi de "ACİL durum olduğu için acil müdahale gerçekleştirmek zorundayım" ifadesini kullanarak durumun acil olması durumunda hizmet sunma zorunluluğu olduğunu ifade etmiştir.

Emin değilim; çünkü..

Sözlü şiddet senaryosunda emin olamayanların ifadeleri incelendiğinde bir kişi, "Düzeni bozmaya kimsenin hakkı yoktur" ifadesini, bir kişi "Hastalar veya yakınları (otorite) olabildikleri için objektif değerlendirme yapamayabilirler. Bu da hekimi zor durumda bırakabilir" ifadelerini kullanarak hasta ve yakınına yönelik düşüncelerini belirtmişlerdir. Bir kişi sözlü şiddet ile ilgili olarak "Sözlü şiddet fiziksel şiddeti getirir" öngörüsünde bulunmuş, bir kişi ise "Hastanın durumu acil ona tedavi vermek görevimiz fakat saygı görmek de hekimlerin hakkı" ifadesi ile hasta aciliyeti ve hekimlerin saygı görmesi hakkı olduğu düşünceleri arasında kaldığı gerekçesiyle emin olmadığını dile getirmiştir. Bir katılımcı da "Hastanın gerçekten acil bir durumu varsa tedavi edilmelidir. Acil değilse hakarete uğranılırsa tedavi edip

etmemek hekimin insiyatifina bağıdır” ifadeleri ile hizmet sunumunun hekim inisiyatifinde olduğunu ileri sürmüştür.

Yoktur; çünkü..

Sözlü şiddete uğrama durumunda hekimin hizmet sunma yükümlülüğü olmadığını ileri sürenlerin görüşleri incelendiğinde, bir kişi “Hekimin hastasını seçme hakkı vardır” ifadesi ile hekimin hasta seçme hakkı olduğu gerekçesine bağlı olarak hizmet sunma yükümlülüğü olmadığını ifade ederken, bir katılımcı ise “Hastayla ilgilenebilecek başka bir hekim varsa, hastaya hizmet sunma yükümlülüğü yoktur” ifadeleri hasta ile ilgilenebilecek başka bir hekim olduğu durumda hastaya hizmet sunma yükümlülüğü olmadığını ifade etmiştir. Bir öğrenci ise “Şiddetin hiçbir türüsü kabul edilemez. Zaten hastalara aciliyetlerine göre bakılıyor. Travma hastasını kapıda bekletmiyoruz. Beğenmiyorsa alternatif hastaneler var, gidebilir” ifadeleri ile şiddetin asla kabul edilemeyeceği gerekçesi ile yükümlülüğün olmadığını, buna benzer şekilde bir kişi de “Sözel veya fiziksel şiddet normalleştirilemez, hekim şiddet altında çalıştırılmaz” ifadelerini kullanmıştır. İleri sürülen diğer gerekçelerden bir kişi “Diğer hastaların hakları” ve bir kişi de “İnsan onuruna saygısızlık” gerekçesiyle hizmet sunmayacağını belirtmiştir. Katılımcılardan bir öğrenci ise “Hastanın yanlış davranışı cezasız kalmış olur” ifadesi ile şiddet uygulayan kişiye hizmet sunmayacağını ifade ederek hastanın cezalandırılması gerektiğini ileri sürmüştür.

4.2.2.2.‘Fiziksel şiddet senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘Fiziksel şiddet’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Fiziksel şiddete uğrama durumunda, bir öğrenci şiddetin hasta yakını tarafından uygulandığı düşüncesi ile “Hasta yakını hastaneden uzaklaştırılabilirse müdahale ederim” ifadesini kullanarak hizmet sunacağını ifade etmiştir.

Emin değilim; çünkü..

Fiziksel şiddet senaryosuna hizmet sunup sunamayacağı konusunda emin olamayanların ifadeleri ise incelendiğinde bir öğrenci “Hastanın aciliyetine göre değişir” ifadesini kullanarak acil olup olmama durumuna göre hizmet sunma yükümlülüğünün değişebileceğini, bir öğrenci “Kendi sağlığım tehlikedeysen nasıl faydalı olabilirim bilmiyorum” ifadesi ile kendi sağlığına yönelik kaygısını dile getirmiştir. Bir öğrenci “Konsantre olabilirsem yardımcı olmaya çalışırım. Ama olabileceğimi sanmıyorum” ifadesini kullanırken bir öğrenci de “Hasta ölmeyecekse hizmet verilmeyebilir” ifadelerini kullanmıştır. Bir kişi de “Hasta yakınına hatalı davranışı, hastanın hizmet görme hakkını önlememelidir. Şartlar tekrar sağlandığı takdirde hizmete devam edilebilir” ifadeleri ile hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığına dair yine de emin olamadığını belirtmiştir.

Yoktur; çünkü..

Fiziksel şiddet senaryosuna göre hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri sürerlerin ifadeleri incelendiğinde bir kişi, “Benim hizmetimi hak etmiyor” ifadesi ile hastanın hizmeti hak etmediği görüşünü ileri sürerken bir öğrenci “Acil değilse başka hastaneye, acilse başka hekime devredilebilir” gerekçesini ifade etmiştir. Sözlü şiddet senaryosunda da ileri sürülen benzer ifadelerden “İnsan onuruna saygısızlık”, “Sözel veya fiziksel şiddet normalleştirilemez, hekim şiddet altında çalıştırılmaz”, “Şiddet hiçbir gerekçeyle kabul edilemez”, doktorun can güvenliğinin olmadığı bir ortamda hizmet vermesinden söz edilemez”, “Önce kendi güvenliğim. Bir hasta için birçok hastayı tedavi edebilecekken kendimi riske atmak istemem” ifadeleri burada da dile getirilmiştir. Bir kişi “Çünkü hasta doktor ilişkisi ortadan kalkmıştır. Şiddet olayından sonra zanlı mağdur ilişkisi baslar” ifadesi ile hasta hekim ilişkisinin bittiğini, bir kişi de “Fiziksel şiddet varsa toplumsal sözleşme yoktur” ifadesi ile fiziksel şiddetin toplumsal sözleşme gerekçesini ortadan kaldırdığını ileri sürmüştür.

4.2.3. Olağandışı Durumlar Senaryolarına Verilen Yanıtlar

Tablo 5. Olağandışı durumlar senaryosu dağılımı

		OLAĞANDIŞI DURUMLAR SENARYOLARI	
		Silahlı Çatışma % (n=205)	Bulaşıcı Hastalık Salgınları % (n=201)
VARDIR*	Geleneksel Erdemler	24,3	22,1
	Toplumsal Sözleşme	18,0	27,9
	En İyi Bilen Olma	15,8	26,1
	Hasta Hakları	32,0	28,4
	Mesleği Seçme	20,7	20,3
EMİN DEĞİLİM		8,6	6,8
YOKTUR		15,8	13,1

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Olağandışı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği ‘silahlı çatışma’ ve ‘bulaşıcı hastalık salgınları’ başlıklarında iki senaryo ile sorgulanmıştır.

Silahlı çatışma senaryosu için hizmet sunma yükümlülüğü sorgulandığında; katılımcıların hasta hakları (%32,0), geleneksel erdemler (%24,3), üçüncü sırada ise mesleği seçmiş olma (%20,7) gerekçeleri ile hizmet sunma yükümlülüğünün olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %15,8’i bu koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ifade etmiştir.

Bulaşıcı hastalık senaryosu için hizmet sunma yükümlülüğü sorgulandığında; ilk üç sırada hasta hakları (%28,4), toplumsal sözleşme (%27,9) ve en iyi bilen olma (%26,1) gerekçelerinin hizmet sunma yükümlülüğünü devam ettirdiği belirtilmiştir. Mesleği seçmiş olma gerekçesi ise en az seçilen gerekçe olmuştur.

Olağandışı durumlar için hazırlanan her iki senaryoda da hizmet sunma yükümlülüğü gerekçeleri arasında ilk sırayı hasta hakları almıştır (Tablo 5).

4.2.3.1.‘Silahlı çatışma senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘Silahlı çatışma’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Silahlı çatışma senaryosu için katılımcılardan bir kişi “Toplumun ferdi, milletin evladı olarak gitmek, o anda yapılabilecek en önemli vatandaşlık görevidir” ifadesi ile hizmet sunma gerekçesini vatandaşlık görevi olarak belirtirken, bir kişi de “Vicdani sorumluluk” ifadesini kullanarak hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden biri olarak vicdani bir görev bulunuyor olmasını ileri sürmüştür.

Emin değilim; çünkü..

Silahlı çatışma senaryosu için bazı gerekçelerle emin olamayanların ifadeleri incelendiğinde bir kişi, “Hastanın aciliyeti var. Ancak bizimde can güvenliğimiz yok. Ayrıca ambulanda sadece ben yokum. Acil personeli ve şoför de var. Tek başıma verebileceğim bir karar değil” ifadeleriyle yükümlülüğün sadece hekimde olmadığını ileri sürmüştür. Bir kişi “Olayların kontrol altına alınıp alınmadığını bilmiyorum. Çatışmanın ortasında kalıp yaralanma ihtimalim varsa gitmem; aksi halde giderim” ifadesi ile çatışmanın seyrine göre hizmet sunup sunmayacağına karar vereceğini belirtmiştir. Bir katılımcı, “Can güvenliği ile hasta hakkı ilkesinin çatışması var” ifadesi ile iki nedenin birbiri ile çatıştığını belirterek emin olamadığını ifade ederken bir kişi ise “Hekim gitmeyebilir, ancak gitmesi erdemli bir kişi olduğunu gösterir” ifadesini kullanarak hekimin böyle bir yükümlülüğü olmadığını ancak hizmet sunarsa erdemli bir kişi olarak değerlendirileceğini belirtmiştir.

Yoktur; çünkü..

Silahlı çatışma durumunda hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediğini sorgulayan senaryoya ilişkin ifadeler arasında, iki kişi, “Güvenlik güçlerinden can güvenliğimi sağlamakla yükümlü güvence sağlanmadan görevimi yapamam”, “Can güvenliğim sağlanmazsa mesleği yapmak istemem” ifadeleri ile güvenlik güçlerinin yükümlülüklerine bağlı olarak yükümlülüğün devam ettiğini ileri

sürmüştür. Bir kişi senaryoya bağlı olarak, “2 aydır devlet çatışmayı çözemiyorsa ben de görevimi yapamam. Benim problemim değil” ifadesini kullanırken bir kişi de “Devletin görevi güvenliği sağlamaktır, hekimin görevi tehlikeye atlamak değil” diyerek önce devletin güvenliği sağlaması gerektiğini ileri sürerek hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ifade etmiştir. Bir kişi “Seferberlik şartları olmadığından bu koşullarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğü olmamalı. Güven sağlanmalı” ifadesi ile yükümlülüğün seferberlik durumunda devam ettiğini, bir çatışma durumunda ise yükümlülüğün olmadığını ileri sürmüştür. Bir başka kişi “Başkasının sağlığı için kendi hayatımı feda edemem” ifadesini kullanırken bir kişi de “Hekimin tercihine kalmıştır” ifadelerini kullanarak hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını belirtmişlerdir.

4.2.3.2. ‘Bulaşıcı hastalıklar senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘Bulaşıcı hastalıklar’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Bulaşıcı hastalık senaryosu ile ilgili olarak katılımcıların açık uçlu cevapları incelendiğinde bir kişi, “Sonuçta birilerinin hastalara yardım etmesi gerekiyor. O da bizim görevimiz. Ama salgın hakkında bilinen tüm korunma yöntemleri uygulandığı takdirde” ifadeleriyle hekimin olası tüm korunma yöntemlerini alarak hizmet sunması gerektiğini, bir kişi de “Hekim toplum için kendini feda ediyor, askerlik gibi bir meslek sanırım!” ifadesini kullanarak hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu ileri sürmüştür.

Emin değilim; çünkü..

Bulaşıcı hastalık salgını senaryosu için emin olamayanların ifadeleri incelendiğinde, bir kişi “Mortalitesi yüksek ve korunmasız bölgede güvende olmadığını ama hastalar içinde yapabileceklerim olduğunu düşünüyorum. Emin değilim” ifadesini kullanarak emin olmadığını, bir kişi “Hastayı korumak isterken hasta olursak sağlıklı hizmet veremeyiz” ifade ederek emin olmadığını ve bir kişi de

“Kendimi ve çevremdeki insanları korumalıyım” ifadesiyle emin olamadıklarını belirtmişlerdir.

Yoktur; çünkü..

Hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri sürülen ifadeler incelendiğinde, bir kişi “Hekim sağlığı daha ön planda olmalıdır”, bir kişi “Kendi sağlığını koruyacak önlemler alınmadan müdahaleye kalkışmanın ölen kişi sayısını artırmaktan başka bir şeye yaramaz”, iki katılımcı da “Ben sağlıklı olmazsam, sağlık hizmeti sunamam” ve “Hekim önce kendini korumalıdır. Teçhizat/malzeme yetersizliğinin olmaması, rutinde bir şey değiştirmeyebilir, ama enfeksiyon bulaş riski yüksek bir yere bile bile gitmek, bulaşa sebep olur” ifadelerini kullanarak hekimin sağlığının hizmet sunma yükümlülüğünden daha öncelikli olduğunu ve hekime bağlı bulaş riskinin de olabileceğini dikkate alarak hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri sürmüşlerdir. Bir katılımcı “Hekimin kendini koruma yükümlülüğü vardır” gerekçesini ileri sürerken, bir katılımcı da “Yüksek düzey laboratuvar da hastalık çalışılıp kur bulunmadan hekimin hizmet sunma yükümlülüğü yoktur” ifadesi ile hizmet sunmama gerekçesini belirtmiştir.

4.2.4. Kişisel Değerler Senaryolarına Verilen Yanıtlar

Tablo 6. Kişisel değerler senaryosu dağılımı

		KİŞİSEL DEĞERLER SENARYOLARI	
		Transseksüel Hasta % (n=203)	Gebeliğin Sonlandırılması % (n=203)
VARDIR*	Geleneksel Erdemler	23,9	14,4
	Toplumsal Sözleşme	25,7	14,4
	En İyi Bilen Olma	17,1	11,7
	Hasta Hakları	55,0	49,1
	Mesleği Seçme	24,3	13,1
	Ayrımcılık Yapmama Yükümlülüğü	47,3	17,1
EMİN DEĞİLİM		0,9	6,8

YOKTUR	0,5	15,3
--------	-----	------

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Kişisel değerler ve mesleki değerlerin çatıştığı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediğini sorgulamak için ‘Transseksüel hastaya bakma’ ve ‘Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması’ konularını içeren iki senaryo kullanılmıştır.

Transseksüel hastaya bakma senaryosunda; hasta hakları (%55,0) ve ayrımcılık yapmama yükümlülüğü (%47,3) gerekçeleri ile hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiği belirtilmiştir. Katılımcılardan bir kişi ise transseksüel hastaya hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ifade etmiştir.

Gebeliğin sonlandırılması senaryosunda; hasta hakları (%49,1) ve ayrımcılık yapmama yükümlülüğü (%17,1) gerekçeleri ile hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiği belirtilmiştir. Katılımcıların %15,3’ü ise hizmet sunma yükümlülüğü olmadığını belirtmiştir.

Kişisel değerler ve mesleki değerlerin birbiri ile çatıştığı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiği gerekçeler arasında hasta hakları, her iki senaryoda da ilk sırayı almıştır (Tablo 6).

4.2.4.1.‘Transseksüel hasta senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘Transseksüel hasta’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Transseksüel hastaya bakma senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu ileri süren görüşler incelendiğinde, bir kişi “Kişisel düşüncenin hasta tedavisiyle alakası yok!”, bir kişi “Transseksüel olmasından hoşlanmasam da, bunun sağlık hizmetine engel olduğunu düşünmüyorum” ifadelerini kullanarak mesleki değerler

ile kişisel değerleri birbirinden ayırmışlardır. Bir katılımcı “Hastanın cinsiyet seçimi hekimi ilgilendirmez” ifadesini kullanırken bir katılımcı “Onların toplum için zararlı olduklarını düşünmüyorum. Onlar da insan” gerekçeleri ile hizmet sunma yükümlülüklerinin olduğunu ifade etmiştir. Bir katılımcı “Her insanın yaşama hakkı vardır. Bir insanı (nasıl olursa olsun) yaşatan, tüm insanlığı yaşatmış gibidir” görüşü ile de dini boyutu da olabilecek bir gerekçe ileri sürmüştür.

Emin değilim; çünkü..

Katılımcılardan emin olamayanların ifadeleri ise şu şekildedir; bir kişi senaryoya bağlı olarak “Polisi çağırırım, kişi darp olduğunu söylüyor. Neden seks kölesi olduğunu sorarım (seks kölesiyim derse)” ifade ederken bir kişi de “Ama etkili bir hizmet verebilir miyim bilmiyorum” şeklinde hizmet sunacağını, ancak hizmet sunarken kişisel değerlerine göre de hareket edebileceğini ifade etmiştir.

4.2.4.2. ‘Gebeliğin sonlandırılması senaryosu’nda hizmet sunma/sunmama

Katılımcıların ‘Gebeliğin sonlandırılması’ senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair açık uçlu yanıtları aşağıda özetlenmektedir:

Hizmet sunma yükümlülüğü vardır; çünkü..

Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması senaryosu için verilen açık uçlu cevaplar incelendiğinde, hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu ileri süren görüşlerden bir kişi, “Hasta bizden yasal çerçeveler içindeki hakkı olan, gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasıyla başvurmuş. Eğer bu durumdan rahatsız isek en başından kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmamalıydık” şeklindeki ifadesinde mesleği seçmiş olma gerekçesini dile getirmiş, bir kişi de “Hakkı varsa yapılır, gerisini düşünmek bizim işimiz değil” ifadesi ile hekim olan kişinin hakkı olan sağlık hizmetini alması gerektiğini belirtmiştir. Bir kişi “Kişisel görüşlerim mesleğimi etkilememeli” ifade etmiş, bir kişi ise “Gebeliği sonlandırırım çünkü yasal yükümlülüğüm benim değerlerimi etkilemez” ifade ederek kişisel değerler ile mesleki değerleri birbirinden ayrı tutmuş ve hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu dile getirmiştir.

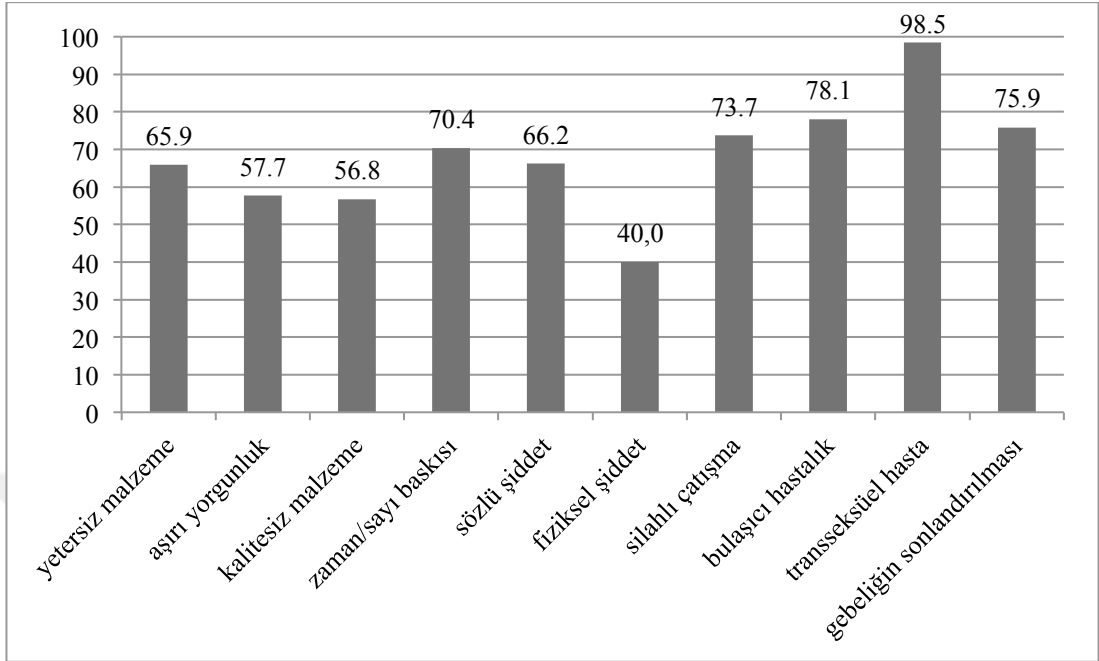
Emin değilim; çünkü..

Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması senaryosu için emin olamayanların ifadeleri incelendiğinde, bir kişi “Dini düşüncelerim ağır basıyor ama hastanın isteği de önemli” ifadesi ile dini bir gerekçe ileri sürerken bir kişi “Değerler çatışıyor” ifadesi ile iki değer çatıştığını ifade etmiştir. Bir katılımcı “Hekim hastayı reddedebilir, ancak talep edilen sağlık hizmeti ise bir haktır” ifadesi ile sağlık hakkına vurgu yapmıştır. Bir kişi de “Söz konusu olan da bir bireyin hayatı. Bu nedenle öncelikle annenin kararını sorgular, onu bu konuda yönlendirmeye çalışırım” şeklinde ifade ederek bir orta yol olarak hastayı aldığı karardan caydırmaya çalışacağını ifade etmiştir.

Yoktur; çünkü..

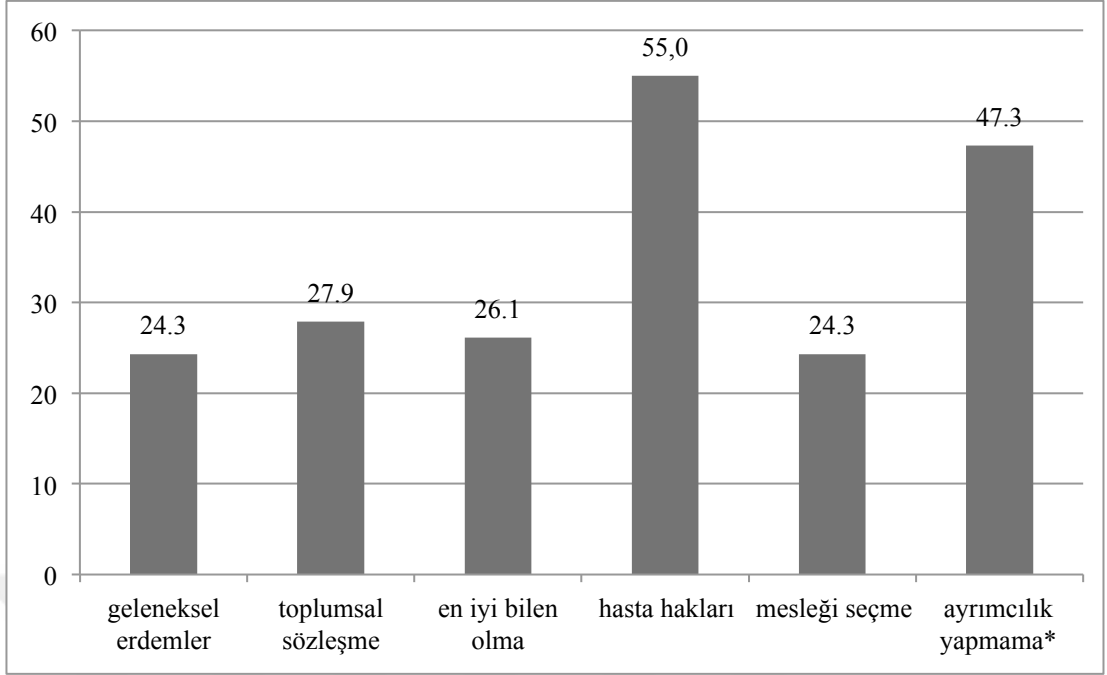
Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması senaryosunda hizmet sunmayı reddeden görüşler incelendiğinde, bir kişi “Acil bir tıbbi endikasyon yok ve o bebeğin de yaşama hakkı var!” ifade ederek anne karnındaki bebeğin yaşama hakkı olduğu gerekçesini ifade ederken, bir katılımcı “Endikasyon olmayan tedaviyi yapmak zorunda değilim. Cinayet işlemek zorunda hissetmiyorum, başka doktora gitsin” ifadesi ile tıbbi bir gerekçe olmadığı için hizmet sunmayacağını ve başka bir hekime yönlendireceğini belirtmiştir. Benzer bir ifade ise “Biz insanların sağlığını korumaya çalışıyoruz. Gebeliği sonlandırmak kişiyi sağlıklı yapmaz. Ayrıca gebe kalmanın kişiye zararı yoktur. Tıbbi terminasyon endikasyonlarına uyulmalı. Kişi ısrarla sonlandırmak istiyorsa, bu konuda vicdani sıkıntısı olmayan hekimler var. Onlara terminasyon yaptırabilir” ifadelerini kullanmıştır. Bir kişi hizmet sunmama gerekçesini “İnsanlar inandıkları için yaşar, değerlerime karşı gelemem” ifadesi ile kişisel değerlerin mesleki değerlerin üzerinde olduğunu ifade ederken bir kişi de “Kişisel inanışlar yasalardan üstündür ve saygı duyulmayı hak eder. Onun isteklerini yapmam kendi özsaygıma zarar verebilir. İncim açısından da sorumlu olmak istemem” ifadesi ile kişisel inançlara biçtiği değer mesleki değerlerden üstün olduğu gibi yasaların da üzerinde olduğunu ifade etmiştir.

4.3.Toplam 10 senaryoya verilen yanıtların dağılımının grafik ile gösterimi



Grafik 1. Senaryoların “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” görüşüne göre dağılımı (%)

Bütün senaryoların hizmet sunma yükümlülüğüne dağılımı incelendiğinde; en çok transseksüel hastaya bakma senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunun ifade edildiği, ardından gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması senaryosunun geldiği görülmektedir. “Hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenlerin oranı ise anlamlı derecede en az fiziksel şiddet senaryosunda görülmektedir (Grafik 1).



Grafik 2. Tüm senaryolarda en fazla işaretlenen gerekçelerin dağılımı (%)

* “Ayrımcılık yapmama yükümlülüğü” sadece ‘transseksüel hasta’ ve ‘gebeliğin sonlandırılması’ senaryolarında sorgulanmıştır.

Bütün senaryolarda en fazla işaretlenen gerekçenin dağılımı grafiğine göre; “hasta hakları” ve “ayrımcılık yapmama” gerekçesi en fazla işaretlenmiştir. En az işaretlenen gerekçeler ise “mesleği seçme” ve “geleneksel erdemler” gerekçeleri olmuştur (Grafik 2).

4.4.Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişkenlerin çapraz tabloları

4.4.1. Olumsuz çalışma koşulları ve hizmet sunma yükümlülüğü

4.4.1.1.Korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması

Tablo 7. Korunma malzemelerinin eksik/yetersiz senaryosu (Senaryo 1)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü		Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P
Cinsiyet (n=207)						
	Erkek	67,3	10,9	21,8	100,0	0,416
	Kadın	65,1	17,0	17,9	100,0	
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=211)*						
Çevre etkisi	Var	68,1	15,3	16,7	100,0	0,696
	Yok	64,7	13,7	21,6	100,0	
Sınav puanı	Var	52,2	17,4	30,4	100,0	0,009
	Yok	72,5	12,7	14,8	100,0	
İdealim	Var	65,6	14,6	19,9	100,0	0,974
	Yok	66,7	13,3	20,0	100,0	
Yüksek gelir	Var	64,9	10,5	24,6	100,0	0,473
	Yok	66,2	15,6	18,2	100,0	
Çevre etkisi		68,1	15,3	16,7	100,0	0,377
Sınav puanı		52,2	14,6	21,6	100,0	
İdealim		65,6	13,3	19,9	100,0	
Yüksek gelir		64,9	10,5	24,6	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=164)	Evettir	65,0	15,0	20,0	100,0	0,757
	Hayır	59,6	15,4	25,0	100,0	

Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme (n=63)	Evet	70,0	10,0	20,0	100,0	1,000
	Hayır	66,7	12,1	21,2	100,0	
“Bilsem Seçmeyebilirdim” (n=211)	Evet	58,3	20,8	20,8	100,0	0,592
	Hayır	66,8	13,4	19,8	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=211)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	67,0	12,5	20,5	100,0	0,785
	Yok	64,6	16,2	19,2	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,323
	Yok	65,0	14,6	20,4	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	68,9	10,7	20,4	100,0	0,374
	Yok	63,0	17,6	19,4	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	67,3	13,4	19,3	100,0	0,088
	Yok	33,3	33,3	33,3	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		67,3	13,1	19,6	100,0	0,076
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		41,7	33,3	25,0	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=209)						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		50,0	33,3	16,7	100,0	0,332
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		75,0	25,0	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		65,6	13,3	21,0	100,0	

*Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğünün cinsiyet açısından bir fark yoktur.

Tıp fakültesini “sınav puanı”na göre tercih etmeyenlerin, edenlere göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri

saptanmıştır ($p<0,05$). “Çevre etkisi”, “idealim” ve “yüksek gelir” nedenlerinde ise hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. Nedenlerin birbirine göre ilişkisi sorgulandığında yetersiz tıbbi malzeme senaryosunda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenlerin içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından bir farklılık yoktur.

Mesleki risklere ilişkin düşünceler ile hizmet sunma yükümlülüğü sorgulandığında “Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme”, “Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme” ve “Bilsem seçmezdim” ifadelerine göre yetersiz tıbbi malzeme senaryosunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcıların %70,0’ı mesleki riskleri kabullendiğini ifade ederek hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu, %65,0’ı ise riskleri bildiğini ifade ederek “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği saptanmıştır. “Bilsem seçmezdim” ifadesine katılmayanların (%66,8), katılanlara göre (%58,3) daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği bulunmuştur.

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri açısından anlamlı bir fark yoktur. Katılımcılardan fiziksel şiddete uğrayan kişilerin tamamı “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği bulunmuştur. Şiddete tanık olmayan/uğramayan katılımcılar içinde hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu ifade edenlerin oranı %67,3’tür.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark olmadığı saptanmıştır. Sağlık hakkına dair düşüncelerden “Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanların dörtte üçünün hizmet sunma yükümlülüğü var dediği saptanmıştır (%75,0). Katılımcıların “Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanların %65,6’sının “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği saptanmıştır (Tablo 7).

4.4.1.2.Aşırı yorgunluk

Tablo 8. Aşırı yorgunluk senaryosu (Senaryo 2)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü		Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P
Cinsiyet (n=204)						
Erkek		67,7	10,1	22,2	100,0	0,009
Kadın		46,7	19,0	34,3	100,0	
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=208)*						
Çevre etkisi	Var	64,8	9,9	25,4	100,0	0,253
	Yok	54,0	16,8	29,2	100,0	
Sınav puanı	Var	50,0	14,7	35,3	100,0	0,220
	Yok	61,4	14,3	24,3	100,0	
İdealim	Var	57,0	13,4	29,5	100,0	0,676
	Yok	59,3	16,9	23,7	100,0	
Yüksek gelir	Var	58,2	9,1	32,7	100,0	0,350
	Yok	57,5	16,3	26,1	100,0	
Çevre etkisi		64,8	9,9	25,4	100,0	0,692
Sınav puanı		50,0	14,7	35,3	100,0	
İdealim		57,0	13,4	29,5	100,0	
Yüksek gelir		58,2	9,1	32,7	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=161)	Evet	61,7	11,7	26,7	100,0	0,334
	Hayır	50,5	18,8	30,7	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme (n=62)	Evet	69,0	6,9	24,1	100,0	0,200
	Hayır	45,5	15,2	39,4	100,0	
“Bilsem seçmeyebilirdim” (n=208)	Evet	43,5	13,0	43,5	100,0	0,219
	Hayır	59,5	14,6	25,9	100,0	

Şiddet görme/tanık olma (n=208)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	58,8	17,5	23,7	100,0	0,320
	Yok	56,8	11,7	31,5	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,178
	Yok	56,7	14,8	28,6	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	57,8	9,8	32,4	100,0	0,113
	Yok	57,5	18,9	23,6	100,0	
Şiddete tanık olmayan /uğramayan	Var	59,3	13,6	27,1	100,0	0,057
	Yok	22,2	33,3	44,4	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		59,2	13,8	27,0	100,0	0,209
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		33,3	25,0	41,7	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=206)						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		50,0	0,0	50,0	100,0	0,218
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		87,5	12,5	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		56,3	15,1	28,6	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Aşırı yorgunluk senaryosunda erkeklerin kadınlara göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0.05$).

Tıp fakültesini tercih etme nedenleri sorgulandığında hizmet sunma yükümlülüğü üzerine düşünceler açısından bir fark yoktur. “Hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenler içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir ilişki yoktur.

Mesleki riskleri bilme, kabullenme ve “bilsem seçmezdim” ifadelerine göre Aşırı yorgunluk senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. Riskleri bilenlerin (%61,7) bilmeyenlere (%50,5) göre, riskleri

kabullenenlerin (%69,0) kabullenmeyenlere (%45,5) göre ve “Bilsem seçmezdim” ifadesine katılmayanlar (%59,5) katılanlara göre daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü vardır demişlerdir.

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri açısından “Şiddete tanık olmayan/uğramayan”ların tanık olanlara göre daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır. Fiziksel şiddete uğrayanların tamamı “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark yoktur. “Herkesin sağlık hakkı yoktur” diyenlerin yarısı hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu, yarısı ise hizmet sunma yükümlülüğünü olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır. “Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanların hiçbiri “hizmet sunma yükümlülüğü yoktur” dememiştir (Tablo 8).

4.4.1.3.Kalitesiz malzeme

Tablo 9. Kalitesiz malzeme senaryosu (Senaryo 3)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü	Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P	
Cinsiyet (n=195)						
Erkek	64,6	14,6	20,8	100,0	0,090	
Kadın	49,5	17,2	33,3	100,0		
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=199)*						
Çevre etkisi	Var	66,7	15,9	17,4	100,0	0,053
	Yok	51,5	15,4	33,1	100,0	
Sınav puanı	Var	51,6	15,6	32,8	100,0	0,510
	Yok	59,3	15,6	25,2	100,0	
İdealim	Var	58,7	14,0	27,3	100,0	0,548

	Yok	51,8	19,6	28,6	100,0	
Yüksek gelir	Var	56,6	13,2	30,2	100,0	0,814
	Yok	56,8	16,4	26,7	100,0	
Çevre etkisi		66,7	15,9	17,4	100,0	0,547
Sınav puanı		51,6	15,6	32,8	100,0	
İdealim		58,7	14,0	27,3	100,0	
Yüksek gelir		56,6	13,2	30,2	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=154)	Evet	62,5	12,5	25,0	100,0	0,269
	Hayır	49,0	18,4	32,7	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme (n=60)	Evet	72,4	10,3	17,2	100,0	0,110
	Hayır	45,2	22,6	32,3	100,0	
“Bilsen Seçmeyebilirdim” (n=199)	Evet	56,5	21,7	21,7	100,0	0,617
	Hayır	56,5	14,8	28,4	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=199)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	59,1	14,0	26,9	100,0	0,784
	Yok	54,7	17,0	28,3	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	56,2	16,0	27,8	100,0	0,580
	Yok	80,0	0,0	20,0	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	56,7	16,5	26,8	100,0	0,923
	Yok	56,9	14,7	28,4	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	57,9	15,3	26,8	100,0	0,402
	Yok	33,3	22,2	44,4	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		58,3	15,0	26,7	100,0	0,268
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		33,3	25,0	41,7	100,0	

Sağlık hakkına dair düşünceler (n=197)					
Herkesin sağlık hakkı yoktur	83,3	0,0	16,7	100,0	0,222
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar	87,5	0,0	12,5	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar	54,6	16,9	28,4	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Kalitesiz malzeme senaryosunda cinsiyet açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tıp fakültesini çevre etkisine göre tercih edenler, etmeyenlere göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$). “Sınav puanı”, “idealizm” ve “yüksek gelir” nedenlerinin kalitesiz malzeme senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Nedenlerin birbirine göre ilişkisi sorgulandığında “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenlerin içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Mesleki riskleri bilme, riskleri kabullenme ve “Bilsem seçmezdim” ifadelerine göre Senaryo 3 için hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark yoktur. Mesleki riskleri bilenler (%62,5) bilmeyenlere (49,0) göre, kabul edenler (%72,4) etmeyenlere (%45,2) göre daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri açısından bir fark yoktur. Fiziksel şiddete uğramayanlar (%80,0) uğrayanlara (56,2) göre daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Sağlık hakkına dair düşüncelerin bu senaryo için hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Katılımcılardan kararsız olanlar çıkarıldığında ise sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilen sağlık hizmetlerini kapsadığı düşüncesinde olanlar daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demişlerdir (%87,5). Sağlık hakkının gereksinime göre erişilmesi gereken

sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler ise hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu en az oranda belirtmişlerdir (%65,8) (Tablo 9).

4.4.1.4.Zaman ve sayı baskısı

Tablo 10. Zaman ve sayı baskısı senaryosu (Senaryo 4)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü		Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P
Cinsiyet (n=201)						
	Erkek	74,5	13,3	12,2	100,0	0,340
	Kadın	66,0	14,6	19,4	100,0	
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=206)*						
Çevre etkisi	Var	75,7	14,3	10,0	100,0	0,306
	Yok	67,6	14,0	18,4	100,0	
Sınav puanı	Var	67,2	13,4	19,4	100,0	0,589
	Yok	71,9	14,4	13,7	100,0	
İdealim	Var	68,0	15,6	16,3	100,0	0,474
	Yok	76,3	10,2	13,6	100,0	
Yüksek gelir	Var	74,5	9,1	16,4	100,0	0,456
	Yok	68,9	15,9	15,2	100,0	
Çevre etkisi		75,7	14,3	10,0	100,0	0,542
Sınav puanı		67,6	13,4	19,4	100,0	
İdealim		68,0	15,6	16,3	100,0	
Yüksek gelir		74,5	9,1	16,4	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=158)	Evet	81,0	8,6	10,3	100,0	0,062
	Hayır	63,0	17,0	20,0	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri	Evet	70,0	10,0	20,0	100,0	0,345

kabullenme (n=62)	Hayır	53,1	21,9	25,0	100,0	
“Bilsem seçmeyebilirdim” (n=206)	Evet	79,2	8,3	12,5	100,0	0,669
	Hayır	69,2	14,8	15,9	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=206)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	68,0	15,5	16,5	100,0	0,801
	Yok	72,5	12,8	14,7	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,477
	Yok	69,7	14,4	15,9	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	72,7	11,1	16,2	100,0	0,527
	Yok	68,2	16,8	15,0	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	71,6	13,2	15,2	100,0	0,152
	Yok	44,4	33,3	22,2	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		71,5	13,0	15,5	100,0	0,214
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		53,8	30,8	15,4	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=203)						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		83,3	0,0	16,7	100,0	0,562
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		75,0	25,0	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		69,3	14,3	16,4	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Zaman ve sayı baskısı senaryosunda cinsiyet açısından bir fark saptanmamıştır.

Tıp fakültesini tercih etme nedenleri sorgulandığında hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark yoktur. Hizmet sunma yükümlülüğü vardır diyenler içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir fark yoktur.

Mesleki riskleri bilme, riskleri kabullenme ve “Bilsem seçmezdim” ifadelerine göre zaman ve sayı baskısı senaryosunda için hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilenler (%81,0) bilmeyenlere (%63,0) göre, mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenenler (%70,0) kabullenmeyenler (%53,1) göre daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu belirtmiştir.

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri açısından da bir fark yoktur. Şiddete uğrayan ya da tanık olanlar (%71,5) şiddete uğramamış ya da tanık olmamışlara (%53,8) göre daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu belirtmiştir.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde de hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. “Herkesin sağlık hakkı yoktur” ifadesine katılanların %83,3’ü hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu, %16,7’si ise yükümlülüğün olmadığını ifade etmiştir. “Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanlar üçte ikisi hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini, üçte biri ise emin olamadığını belirtmiştir. “Herkesin sağlık hakkı vardır, bu hak gereksinime göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanların %69,3’ü hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu, %16,4’ü ise yükümlülüğün olmadığını belirtmiştir (Tablo 10).

4.4.2. Şiddet senaryoları ve hizmet sunma yükümlülüğü

4.4.2.1.Sözlü şiddet senaryosu

Tablo 11. Sözlü şiddet senaryosu (Senaryo 5)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü	Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P	
Cinsiyet (n=203)						
Erkek	70,3	5,0	25,0	100,0	0,332	
Kadın	64,1	10,7	25,2	100,0		
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=207)*						
Çevre etkisi	Var	71,0	7,2	21,7	100,0	0,557

	Yok	63,8	8,0	28,3	100,0	
Sınav puanı	Var	56,7	14,9	28,4	100,0	0,017
	Yok	70,7	4,3	25,0	100,0	
İdealim	Var	63,5	7,4	29,1	100,0	0,304
	Yok	72,9	8,5	18,6	100,0	
Yüksek gelir	Var	60,0	5,5	34,5	100,0	0,217
	Yok	68,4	8,6	23,0	100,0	
Çevre etkisi		71,0	7,2	21,7	100,0	0,303
Sınav puanı		56,7	14,9	28,4	100,0	
İdealim		63,5	7,4	29,1	100,0	
Yüksek gelir		60,0	5,5	34,5	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=161)	Evet	66,1	3,4	30,5	100,0	0,200
	Hayır	59,8	11,8	28,4	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme (n=63)	Evet	63,3	13,3	23,3	100,0	1,000
	Hayır	60,6	15,2	24,2	100,0	
“Bilsen Seçmeyebilirdim” (n=207)	Evet	43,5	4,3	52,2	100,0	0,012
	Hayır	69,0	8,2	22,8	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=207)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	61,9	12,4	25,8	100,0	0,064
	Yok	70,0	3,6	26,4	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	80,0	0,0	20,0	100,0	1,000
	Yok	65,8	7,9	26,2	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	70,3	3,0	26,7	100,0	0,040
	Yok	62,3	12,3	25,5	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğrama yan	Var	66,7	7,6	25,8	100,0	0,883
	Yok	55,6	11,1	33,3	100,0	

Şiddete uğrayan ya da tanık olan	67,2	7,7	25,1	100,0	0,494
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış	50,6	8,3	41,7	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=205)					
Herkesin sağlık hakkı yoktur	60,0	0,0	40,0	100,0	0,627
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar	87,5	0,0	12,5	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar	65,6	7,8	26,6	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Sözlü şiddet senaryosunda cinsiyet açısından bir fark yoktur.

Tıp fakültesini sınav puanına göre tercih etmeyenler, edenlere göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$). Hizmet sunma yükümlülüğü vardır diyenler içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından bir farklılık saptanmamıştır.

Mesleki riskleri bilme ve kabullenme ifadelerine göre sözlü şiddet senaryosunda için hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. “Bilsem seçmeyebilirdim” ifadesine katılmayanlar katılanlara göre anlamlı oranda daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$).

Şiddet görme ve tanık olma nedenlerinden “Şiddete tanık oldum” (%70,3) ifadesine katılanların katılmayanlara göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$).

Sağlık hakkına dair düşüncelerde hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır (Tablo 11).

4.4.2.2.Fiziksel şiddet

Tablo 12. Fiziksel şiddet senaryosu (Senaryo 6)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü		Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P
Cinsiyet (n=201)						
	Erkek	52,0	12,0	36,0	100,0	0,003
	Kadın	28,7	14,9	56,4	100,0	
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=205)*						
Çevre etkisi	Var	58,0	8,7	33,3	100,0	0,001
	Yok	30,9	15,4	53,7	100,0	
Sınav puanı	Var	30,9	20,6	48,5	100,0	0,041
	Yok	44,5	9,5	46,0	100,0	
İdealim	Var	37,0	13,0	50,0	100,0	0,325
	Yok	47,5	13,6	39,0	100,0	
Yüksek gelir	Var	44,6	7,1	48,2	100,0	0,292
	Yok	38,3	15,4	46,3	100,0	
Çevre etkisi		58,0	8,7	33,3	100,0	0,014
Sınav puanı		30,9	20,6	48,5	100,0	
İdealim		37,0	13,0	50,0	100,0	
Yüksek gelir		44,6	7,1	48,2	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=159)	Evet	37,3	8,5	54,2	100,0	0,280
	Hayır	33,0	18,0	49,0	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri Kabullenme (n=63)	Evet	50,0	10,0	40,0	100,0	0,826
	Hayır	42,4	12,1	45,5	100,0	
“Bilsem Seçmeyebilirdim”	Evet	34,8	4,3	60,9	100,0	0,251

(n=205)	Hayır	40,7	14,3	45,1	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=205)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	33,3	17,7	49,0	100,0	0,086
	Yok	45,9	9,2	45,0	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	60,0	20,0	20,0	100,0	0,442
	Yok	39,5	13,0	47,5	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	45,0	12,0	43,0	100,0	0,368
	Yok	35,2	14,3	50,5	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	41,3	13,8	44,9	100,0	0,036
	Yok	11,1	0,0	88,9	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		41,2	13,9	44,8	100,0	0,050
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		18,2	0,0	81,8	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=176)*						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		16,7	0,0	83,3	100,0	0,023
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		87,5	0,0	12,5	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		38,6	14,3	47,1	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Fiziksel şiddet senaryosunda erkeklerin kadınlara göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$).

Tıp fakültesini çevre etkisine göre tercih edenler, etmeyenlere göre, tıp fakültesini sınav puanına göre tercih etmeyenler ise edenlere göre anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir ($p<0,05$). “Hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenler içinde de, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Mesleki riskleri bilme, kabullenme ve “bilsem seçmezdim” ifadelerine göre fiziksel şiddet senaryosunda için hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır.

Şiddete bir biçimde maruz kalmayanların, şiddete tanık olanlar ya da şiddete uğrayanlardan anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü yoktur” dediği saptanmıştır (p<0,05).

Sağlık hakkına dair düşüncelerden “Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar” ifadesine katılanların (%87,5), anlamlı biçimde daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği saptanmıştır (p<0,05). Katılımcıların içinden kararsız olanlar çıkarılıp tekrar analiz yapıldığında ise “Herkesin sağlık hakkı yoktur” ifadesine katılanların, sağlık hakkının ödeme gücüne ve gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerden anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü yoktur” dediği bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 12).

4.4.3. Olağandışı durumlar senaryoları ve hizmet sunma yükümlülüğü

4.4.3.1.Silahlı çatışmalar

Tablo 13. Silahlı çatışma senaryosu (Senaryo 7)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü	Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P	
Cinsiyet (n=201)						
Erkek	76,8	9,1	14,1	100,0	0,562	
Kadın	70,6	9,8	19,6	100,0		
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=205)*						
Çevre etkisi	Var	76,8	7,2	15,9	100,0	0,730
	Yok	72,1	10,3	17,6	100,0	
Sınav puanı	Var	67,6	10,3	22,1	100,0	0,337

	Yok	76,6	8,8	14,6	100,0	
İdealim	Var	76,0	8,9	15,1	100,0	0,469
	Yok	67,8	10,2	22,0	100,0	
Yüksek gelir	Var	67,9	10,7	21,4	100,0	0,510
	Yok	75,8	8,7	15,4	100,0	
Çevre etkisi		76,8	7,2	15,9	100,0	0,786
Sınav puanı		67,6	10,3	22,1	100,0	
İdealim		76,0	8,9	15,1	100,0	
Yüksek gelir		67,9	10,7	21,4	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=159)	Evet	66,1	15,3	18,6	100,0	0,498
	Hayır	73,0	9,0	18,0	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme (n=63)	Evet	76,7	6,7	16,7	100,0	0,199
	Hayır	57,6	21,2	21,2	100,0	
“Bilsem Seçmeyebilirdim” (n=205)	Evet	73,9	8,7	17,4	100,0	1,000
	Hayır	73,6	9,3	17,0	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=205)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	77,1	8,3	14,6	100,0	0,568
	Yok	70,6	10,1	19,3	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,479
	Yok	73,0	9,5	17,5	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	71,0	11,0	18,0	100,0	0,635
	Yok	76,2	7,6	16,2	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	74,5	9,2	16,3	100,0	0,491
	Yok	55,6	11,1	33,3	100,0	

Şiddete uğrayan ya da tanık olan	74,2	9,3	16,5	100,0	0,763
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış	63,6	9,1	27,3	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=203)					
Herkesin sağlık hakkı yoktur	50,0	0,0	50,0	100,0	0,148
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar	87,5	12,5	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar	73,5	9,5	16,9	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Silahlı çatışmalar senaryosunda bağımsız değişkenler ve bağımlı değişkenlerin ilişkisi incelendiğinde, cinsiyet açısından bir fark saptanmamıştır.

Tıp fakültesini tercih etme nedenleri sorgulandığında hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tıp fakültesini çevre etkisi (%76,8) ve idealindeki meslek (%76,0) olduğu için tercih edenler ile tıp fakültesini sınav puanı yüksek olduğu için seçmeyenler (%76,6) ve yüksek gelir beklentisi ile tercih etmeyenler (%75,8) daha yüksek oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir. “Hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenler içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir fark yoktur.

Silahlı çatışmalarda mesleki riskleri bilme, kabullenme ve “bilsem seçmezdim” ifadelerine göre hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır.

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri açısından hizmet sunma yükümlülüğüne ilişkin düşünceler arasında bir fark yoktur. Fiziksel şiddete uğrayanların tamamı silahlı çatışma senaryosunda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir. Şiddete uğrayan ya da tanık olanlar (%74,2) şiddete uğramamış ya da tanık olmamış olanlara (%63,3) göre daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. “Herkesin sağlık hakkı yoktur” diyenlerin yarısı hizmet sunma

yükümlülüğünün devam ettiğini yarısı da hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını belirtmiştir. Herkesin sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin, “hizmet sunma yükümlülüğü yoktur” ifadesine katılmadıkları saptanmıştır. Sağlık hakkının gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin ise %73,5’i hizmet sunma yükümlülüklerinin devam ettiğini belirtmiştir (Tablo 13).

4.4.3.2.Bulaşıcı hastalık salgınları

Tablo 14. Bulaşıcı hastalık salgınları senaryosu (Senaryo 8)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü		Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P
Cinsiyet (n=197)						
	Erkek	76,3	8,2	15,5	100,0	0,841
	Kadın	80,0	7,0	13,0	100,0	
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=201)*						
Çevre etkisi	Var	80,9	5,9	13,2	100,0	0,799
	Yok	76,7	8,3	15,0	100,0	
Sınav puanı	Var	70,8	13,8	15,4	100,0	0,048
	Yok	81,6	4,4	14,0	100,0	
İdealim	Var	78,2	7,0	14,8	100,0	0,922
	Yok	78,0	8,5	13,6	100,0	
Yüksek gelir	Var	68,5	9,3	22,2	100,0	0,115
	Yok	81,6	6,8	11,6	100,0	
Çevre etkisi		80,9	5,9	13,2	100,0	0,440
Sınav puanı		70,8	13,8	15,4	100,0	
İdealim		78,2	7,0	14,8	100,0	
Yüksek gelir		68,5	9,3	22,2	100,0	
Mesleki riskler *						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri	Evet	81,0	3,4	15,5	100,0	0,248

Bilme (n=155)	Hayır	73,2	11,3	15,5	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri Kabullenme (n=60)	Evet	82,1	7,1	10,7	100,0	0,800
	Hayır	75,0	6,3	18,8	100,0	
“Bilsem Seçmeyebilirdim” (n=201)	Evet	68,2	0,0	31,8	100,0	0,030
	Hayır	79,3	8,4	12,3	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=201)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	73,9	8,7	17,4	100,0	0,424
	Yok	81,7	6,4	11,9	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,622
	Yok	77,6	7,7	14,8	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	79,0	6,0	15,0	100,0	0,764
	Yok	77,2	8,9	13,9	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğrama yan	Var	77,6	7,3	15,1	100,0	0,448
	Yok	88,9	11,1	0,0	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		77,4	7,4	15,3	100,0	0,441
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		90,9	9,1	0,0	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=199)						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		66,7	16,7	16,7	100,0	0,666
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		87,5	12,5	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		77,8	7,0	15,1	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Bulaşıcı hastalıklar senaryosunda cinsiyet açısından bir fark saptanmamıştır.

Tıp fakültesini “sınav puanı”na göre tercih etmeyenlerin (%81,6), tıp fakültesini sınav puanına göre tercih edenlere (%70,8) göre anlamlı biçimde daha fazla oranda

“hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$). “Hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenler içinde, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Mesleki riskleri bilme ve kabullenme açısından anlamlı bir fark bulunmazken, “Bilsem seçmezdim” ifadesine katılmayanların (%79,3) anlamlı biçimde daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dedikleri saptanmıştır ($p<0,05$). Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilenler (%81,0) bilmeyenlere (%73,2) göre, mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenenler (%82,1) kabullenmeyenlere (%75,0) göre daha fazla oranda “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde de hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Herkesin sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler, hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığına katılmamıştır. Sağlık hakkının gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin %77,8’i hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu, %15,1’i hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını belirtmiştir (Tablo 14).

4.4.4. Kişisel değerler senaryoları ve hizmet sunma yükümlülüğü

4.4.4.1. Transseksüel hasta

Tablo 15. Transseksüel hasta senaryosu (Senaryo 9)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü	Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P	
Cinsiyet (n=199)						
Erkek	99,0	1,0	0,0	100,0	1,000	
Kadın	98,0	1,0	1,0	100,0		
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=203)*						
Çevre etkisi	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,702

	Yok	97,8	1,5	0,7	100,0	
Sınav puanı	Var	98,5	1,5	0,0	100,0	1,000
	Yok	98,5	0,7	0,7	100,0	
İdealim	Var	97,9	1,4	0,7	100,0	0,705
	Yok	100,0	0,0	0,0	100,0	
Yüksek gelir	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,711
	Yok	98,0	1,3	0,7	100,0	
Çevre etkisi		100,0	0,0	0,0	100,0	1,000
Sınav puanı		98,5	1,5	0,0	100,0	
İdealim		97,9	1,4	0,7	100,0	
Yüksek gelir		100,0	0,0	0,0	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri Bilme (n=158)	Evet	96,6	1,7	1,7	100,0	0,453
	Hayır	99,0	1,0	0,0	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri kabullenme (n=61)	Evet	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
	Hayır	100,0	0,0	0,0	100,0	
“Bilsem Seçmeyebilirdim” (n=203)	Evet	100,0	0,0	0,0	100,0	1,000
	Hayır	98,3	1,1	0,0	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=203)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	97,8	1,1	1,1	100,0	0,729
	Yok	99,1	0,9	0,0	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	1,000
	Yok	98,5	1,0	0,5	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	99,0	1,0	0,0	100,0	1,000
	Yok	98,0	1,0	1,0	100,0	

Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	98,5	1,0	0,5	100,0	1,000
	Yok	100,0	0,0	0,0	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		98,4	1,0	0,5	100,0	1,000
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		100,0	0,0	0,0	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=201)						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		100,0	0,0	0,0	100,0	1,000
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		100,0	0,0	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		98,4	1,1	0,5	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Transseksüel hastaya bakma senaryosunda cinsiyet açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tıp fakültesini tercih etme nedenleri sorgulandığında hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tıp fakültesini çevre etkisi ve yüksek gelir getirmesi nedeniyle tercih edenlerin tamamı, transseksüel hastaya hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu belirtmiştir. “Hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenler içinde de, tıp fakültesini seçme nedenleri açısından bir anlamlılık saptanmamıştır.

Mesleki riskleri bilme, kabullenme ve “Bilsem seçmezdim” ifadelerine göre transseksüel hastaya bakma senaryosunda için hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. Mesleğin getireceği riskleri kabullenenler ve kabullenmeyenlerin tamamı “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Şiddet görme ve tanık olma ile hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir ilişki yoktur.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. “Herkesin sağlık hakkı yoktur” diyenler ile sağlık hakkının ödeme

gücüne göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını ifade edenlerin tamamı hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu belirtmiştir (Tablo 15).

4.4.4.2. Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması

Tablo 16. Gebeliğin sonlandırılması senaryosu (Senaryo 10)

Hizmet Sunma Yükümlülüğü		Vardır	Emin değilim	Yoktur	Toplam	P
Cinsiyet (n=199)						
Erkek		76,3	4,1	19,6	100,0	0,169
Kadın		74,5	1,8	14,7	100,0	
Tıp fakültesini tercih nedeni (n=203)*						
Çevre etkisi	Var	82,1	3,0	14,9	100,0	0,183
	Yok	72,8	9,6	17,6	100,0	
Sınav puanı	Var	73,5	7,4	19,1	100,0	0,781
	Yok	77,0	7,4	15,6	100,0	
İdealim	Var	73,8	8,3	17,9	100,0	0,562
	Yok	81,0	5,2	13,8	100,0	
Yüksek gelir	Var	81,5	1,9	16,7	100,0	0,211
	Yok	73,8	9,4	16,8	100,0	
Çevre etkisi		82,1	3,0	14,9	100,0	0,024
Sınav puanı		73,5	7,4	19,1	100,0	
İdealim		73,8	8,3	17,9	100,0	
Yüksek gelir		81,5	1,9	16,7	100,0	
Mesleki riskler*						
Mesleğin içerdiği tüm riskleri bilme (n=157)	Evet	72,4	5,2	22,4	100,0	0,398
	Hayır	73,7	10,1	16,2	100,0	
Mesleğin getireceği tüm riskleri	Evet	83,3	6,7	10,0	100,0	0,886

kabullenme (n=61)	Hayır	77,4	6,5	16,1	100,0	
“Bilsem Seçmeyebilirdim” (n=203)	Evet	77,3	4,5	18,2	100,0	0,866
	Hayır	75,7	7,7	16,6	100,0	
Şiddet görme/tanık olma (n=203)						
Sözlü şiddete uğradım	Var	67,7	12,9	19,4	100,0	0,009
	Yok	82,7	2,7	14,5	100,0	
Fiziksel şiddete uğradım	Var	100,0	0,0	0,0	100,0	0,608
	Yok	75,3	7,6	17,2	100,0	
Şiddete tanık oldum	Var	79,2	4,0	16,8	100,0	0,196
	Yok	72,5	10,8	16,7	100,0	
Şiddete tanık olmayan/uğramayan	Var	74,7	7,7	17,5	100,0	0,256
	Yok	100,0	0,0	0,0	100,0	
Şiddete uğrayan ya da tanık olan		74,5	7,8	17,7	100,0	0,170
Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış		100,0	0,0	0,0	100,0	
Sağlık hakkına dair düşünceler (n=202)						
Herkesin sağlık hakkı yoktur		83,3	0,0	16,7	100,0	0,466
Herkesin sağlık hakkı vardır, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar		100,0	0,0	0,0	100,0	
Herkesin sağlık hakkı vardır, gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar		74,5	8,0	17,6	100,0	

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemiştir

Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasında cinsiyet açısından anlamlı bir fark yoktur.

Tıp fakültesini tercih etme nedenleri sorgulandığında hizmet sunma yükümlülüğü açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasında “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” diyenler içinde tıp fakültesini seçme nedenleri açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Şiddet görme ve tanık olma nedenleri sorgulandığında sözlü şiddete uğramayanlar (%82,7) uğrayanlara göre anlamlı biçimde daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği saptanmıştır ($p<0,05$). Fiziksel şiddete uğrayanların tamamı hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu belirtmiştir. Şiddete uğramamış ya da tanık olmamış olanlar şiddete uğrayan ya da tanık olanlara göre daha fazla “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” demiştir.

Sağlık hakkına dair düşüncelerde de hizmet sunma yükümlülüğü açısından bir fark saptanmamıştır. Sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığı düşüncesinde olanların tamamı hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu belirtmiştir. Sağlık hakkının gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığı düşüncesinde olanların ise yaklaşık dörtte üçünün (%74,5) “hizmet sunma yükümlülüğü vardır” dediği saptanmıştır (Tablo 16).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Tezin amacı olan, belli bazı koşullarda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığı, varsa sınırlarının hangi ölçütlere göre çizilebileceği sorularına yanıt verebilmek için; üç başlıkta bir tartışma yürütülmüştür. Birinci başlıkta, günümüzde sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerine olası etkileri değerlendirilerek yükümlülüğün söz konusu koşullarda geçerli olup olmadığı tartışılmıştır. Giriş bölümünde piyasalaşmış sağlık hizmetlerine ve piyasalaşmanın hizmet sunma yükümlülüğünü ortadan kaldıracak koşullarla ilişkisine değinilmiştir. Hizmet sunma yükümlülüğü bulunan hekimler, günümüzde piyasa denetimi altında hizmet sunmak durumundadırlar. Bu süreçte hekim mesleki özerkliğini yitirmekte ve hasta-hekim ilişkisinde birtakım etik sorunları daha fazla ortaya çıkabilmektedir. Buna örnek olarak performans dayalı ödeme sisteminin hekimler ve sağlık hizmeti üzerine olumsuz etkileri gösterilirken, hasta-hekim etkileşimini de negatif yönde etkilediği birçok yazar tarafından belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırıldığı günümüz koşullarında hizmet sunumunun farklı bir boyut kazandığı ileri sürülebilir. Performansa dayalı ödeme sisteminin sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında önemli bir sac ayağı olduğu söylenebilir. Diğer sağlık politikalarının da hizmet sunumu üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilmeye çalışılan kamu-özel ortaklığı fikri ile hasta-hekim etkileşiminde önemli bir dönüşüm yaşandığı birçok kaynakta belirtilmektedir (Ataay, 2006; Elbek, 2013; Elbek ve ark., 2009; Elife, 2013). Daha önce de belirtildiği gibi hasta hakları kavramının piyasa koşullarında tüketici hakkına indirgenmesi bu dönüşüm/değişimin bir diğer örneği olarak verilebilir. Hasta-hekim ilişkisinin piyasalaştırılan sağlık hizmetlerindeki anlamının; hastanın müşteri, hekimin sağlık hizmeti satıcısı ve aydınlatılmış onamın ise alıcı-satıcı arasındaki bir iş sözleşmesinden ibaret olması olduğu söylenebilir. Hastanın ise hizmete erişimi ödeme gücü ölçüsündedir. Devlet hizmet alanından

çekilerek denetleyici bir pozisyona geçmektedir. Özetle piyasalaşmış sağlık hizmetlerinde sağlığın alınıp satılabilen bir metaya dönüştüğü ileri sürülmektedir (Ercan, 2013). Sağlık hizmetlerinin bir meta olarak tanımlanması sonucunda hasta-hekim ilişkisinde güvene dayalı ilişkinin büyümesi bozularak çıkarı dayalı ilişkiye dönüşeceği/dönüştüğü görülmektedir. Bu durum hekimlik mesleğinin var oluş amacını yeniden sorgulatırken mesleğin gereklerini yerine getirmeyi zorlaştırmakta, hastaların da gereksinim duydukları sağlık hizmeti alma hakkını kısıtlamaktadır. Bu nedenlerle, ileri sürülen argümanların analizini piyasalaşmanın hizmet sunma yükümlülüğü gerekçeleri üzerine etkilerini dikkate alarak yapmak önemlidir.

İkinci olarak hekim adaylarının görüşleri değerlendirilmiş, hizmet sunma yükümlülüğü gerekçeleri üzerine ileri sürülen argümanlar piyasalaşmanın etkisi de dikkate alınarak analiz edilmiştir.

Üçüncü bölümde ise her tartışmalı koşul özelinde birinci ve ikinci başlıktaki argümanlar tekrar gözden geçirilerek tıp etiği açısından yeniden bir değerlendirme yapılmıştır.

5.1.Olumsuz Çalışma Koşullarında Hizmet Sunma Yükümlülüğü

Yükümlülüğün ortadan kalkabileceğinin ileri sürüldüğü durumlardan biri olumsuz çalışma koşullarıdır. Hastane ya da herhangi bir sağlık kuruluşunda sağlık çalışanları özellikle biyolojik, fiziksel ve kimyasal vb. risklerle karşı karşıya gelebilmekte, uygun olmayan koşullarda çalışmak durumunda kalabilmektedirler (Parlar, 2008). Bunun yanı sıra hekimlerin hizmet sunumunu etkileyen bu koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı etik tartışmalarına yol açmaktadır. Bu çerçevede, 'korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması', 'kalitesiz malzeme', 'zaman ve sayı baskısı' ve 'aşırı yorgunluk' senaryolarında hizmet sunma yükümlülüğü gerekçeleri üzerine ileri sürülen argümanlar piyasalaşmanın da etkisi dikkate alınarak analiz edilmiştir.

5.1.1. Korunma malzemelerinin eksikliği ya da yetersizliği durumunda

5.1.1.1.Genel Tartışma

Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı'nda, hekimlik mesleğinin toplumla ilişkisinden söz edilmekte, hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerinden biri olarak 'toplumsal sözleşme' gerekçesine vurgu yapılmaktadır. Toplumsal sözleşme gereği 'hekimin toplumun sınırlı sağlık hizmeti kaynaklarının dağıtımında temel bir rol oynadığı' belirtilmektedir (Williams, 2017). Kaynakların dağıtımında mikro düzeyde yer alan hekimler hangi tahlili isteyeceğine, hastanın hastaneye yatırılıp yatırılmayacağına, mutlaka belli marka bir ilaç gerekip gerekmediğine karar vermektedirler (Williams, 2017). Hekimlerin sahip olduğu kaynak dağıtım rollerine ek olarak, kaynakların yetersiz olduğu durumlarda kaynakların artırılmasını savunma yükümlülüklerinin de olduğu ifade edilmektedir (Williams, 2017).

Eldiven, maske gibi hizmet sunumu sırasında korunma için gerekli malzemelerin eksik ya da yetersiz olduğu durumlarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün nereye kadar olabileceği önemli bir tartışma konusudur. Eldeki kaynakların dağıtımına yönelik birçok adalet yaklaşımı ifade edilirken kaynakların eksik ya da yetersiz olduğu durumlarda etik açısından hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı üzerine net bir yaklaşım bulunmamaktadır.

Korunma için gerekli olan eldiven, maske vs. gibi rutin korunmayı sağlayan malzemelerin yetersizliği durumunda hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri süren argümanlar; genellikle hekimin kendi yaşamını riske atıyor olması, hekimin de sağlık hakkının olması ya da malzeme eksikliği durumunda hekimin bulaş riskini artırarak toplum sağlığını tehdit edebileceği gerekçelerine dayanmaktadır. Bu görüşler farklı açılardan tartışılabilir. Öncelikle, rutin korunma yöntemlerini sağlayan bu malzemelerin eksik ya da yetersizliğini hastanın acil olup olmadığı durumlarda hekimin yükümlü olup olmadığı şeklinde tartışmak gerekmektedir. Eğer hastanın durumu acil bir girişim gerektirmiyor, yeterli korunma yöntemi yok ve hastalığın bulaş riski de bulunuyorsa hekim ancak hasta yararını gözeterek hizmet sunmayı bırakabilir. Böyle bir durumda hekim, hastaya ve topluma zarar verebileceğini düşünüyorsa, hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını hasta

hakları gerekçesine dayandırmak mümkün olur. Hekimin hizmet sunmayı bırakabilmesi için burada olduğu gibi hasta yararını korumaya yönelik bir gerekçesi olmalıdır.

Hastanın durumu acil olduğunda ise, hekimin var olan olanaklar ile korunmayı olabildiğince sağlayarak hizmet sunması beklenir. Böyle bir durumda hekim kendi sağlığını veya başkalarına bulaş riskini artırabileceğini düşünerek hizmet sunmayı bırakmamalıdır. Riskler hekimlerin meslek yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri bir olasılıktır. Önemli olan riskleri minimuma indirerek hizmet sunmaktır. Hastanın durumu acil girişim gerektirdiğinde hasta hakları, mesleğin geleneksel olarak yardım etmeyi gerektirmesi, en iyi bilen olması ve mesleği seçmiş olması gerekçelerinin hala geçerli olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Bu gerekçelerin varlığı acil girişim gerektiren bir hastaya hizmet sunma yükümlülüğü getirmektedir. Dolayısıyla korunma malzemelerinin eksik ya da yetersiz olması halinde hekimin hizmet sunmayı bırakabilmesi için hastanın durumu acil girişim gerektirmemeli ve hasta haklarına dayandırılan bir gerekçe bulunmalıdır.

5.1.1.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının söz konusu senaryoya ilişkin düşünceleri dikkate alındığında, katılımcıların yaklaşık olarak beşte birinin hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ifade ettiği saptanmıştır. Hekimlerin meslek ahlakı açısından yükümlülüklerinin hasta hakları, toplumsal sözleşme ve geleneksel erdemler gerekçelerine bağlı olarak devam ettiği ileri sürülmüş, bu gerekçelere göre hekimin var olan tıbbi malzeme ile elinden geleni yapmasının uygun olacağı belirtilmiştir. Acil girişim gerektirmeyen durumlarda hekimin hizmet sunmasının hasta yararı ile temellendirilen durumlarda haklı çıkarılabileceği ifade edilmiştir. Acil girişimlerde ise hekimin en iyi bilen olarak bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluk gereği hastanın hizmet alma hakkı gerekçesine bağlı olarak hekim hizmeti sunmakla yükümlüdür. Hekim adaylarının görüşleri incelendiğinde de hizmet sunma yükümlülüğünün hasta hakları gerekçesi ile var olduğunu ileri sürdükleri görülmüştür. Hekim adayları hasta hakları gerekçesini, gereksinime uygun sağlık

hizmetine erişim hakkı olarak değerlendirmiyor olabilirler. Çünkü hekim adaylarının sağlık hakkına dair düşüncelerinde, sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulguyu dikkate aldığımızda hekim adayları gerçekten hasta hakkı gerekçesini hastanın hizmet alma hakkı olarak mı yorumladığı yoksa piyasalaşmanın tanımına uygun olarak tüketiciyi memnun etme hakkı olarak mı değerlendirdiği noktasının sorgulanması gerektiği görülmektedir.

Katılımcıların ikinci sıradaki hizmet sunma gerekçesi geleneksel erdemler olmuştur. Bu gerekçe hekim adaylarının tıp fakültesini seçme nedenleri arasındaki anlamlı farklılık üzerinden değerlendirilebilir. Tıp fakültesini sınav puanı yüksek olduğu için tercih etmeyenler, edenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu ifade etmişlerdir. Sınav puanına göre değil de daha bilinçli olarak seçim yapanların geleneksel erdemleri koruduğu şeklinde bir yorum yapılabilir.

Hekim adayları arasında yükümlülüğün olmadığını ifade edenler ise, düşüncelerini, kendilerine ve başkalarına bulaş riskini artırabileceği, 'önce zarar vermeme' ilkesi gereği hem hastaları hem kendilerini korumaları gerektiği biçiminde temellendirmeye çalışmışlardır. Bir anlamda hasta yararını gözeterek hasta hakları gerekçesi ile yükümlülüğün olmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların 'önce zarar vermeme' ilkesi gereği hasta yararını gözeterek yükümlülüğün ortadan kalkabileceği savı, haklı çıkarılabilir bir argüman olarak değerlendirilebilir. Ancak açık uçlu cevaplardan 'önce zarar vermeme' ilkesini kendilerine de zarar vermeme şeklinde yorumlayabildikleri anlaşılmaktadır. Hekim adayları aynı ilkeyi iki farklı şekilde değerlendirmişlerdir. Burada belirleyici olarak, 'önce zarar vermeme' ilkesini hasta hakları ile temellendirmek, argümanı haklı çıkarmaktadır. Hekim adaylarından bir kişi *"Benim de sağlık hakkım var. Malzemelerin gelmesini beklerim"* ifadesini kullanarak yükümlü olmadığını belirtmiştir. Hekimin de sağlık hakkı bulunmaktadır. Ancak hekim olmanın amacı hizmet sunmaktır. Korunma için malzemelerin yetersizliği durumunda hekim acil girişim gerekmiyorsa hasta yararını gözeterek hizmet sunmayı hastayı bilgilendirerek bırakabilir. Çünkü hekim aynı zamanda toplum sağlığını da korumalıdır. Bu nedenle hekimin sadece kendi sağlık hakkının

olduğunu ileri sürmesi meslek ahlakı açısından haklı çıkarılabilecek bir sav değildir. Hekimin, toplumsal sözleşme, geleneksel erdemler, en iyi bilen olma ve mesleği seçme gibi gerekçelerle yükümlülüğü hala devam etmektedir.

Başka bir katılımcı ise “*Benden hizmet sunmamı bekleyen kişiler de bana bu temel malzemeleri temin etmekle yükümlüdür*” ifadesini kullanarak sağlık hizmetini arz-talep mantığı ile değerlendirmektedir. Hekim adayının daha mesleğe başlamamışken bu tür piyasa mantığı ile düşünmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu açısından oldukça kaygı vericidir. Hekimin hizmet sunma gerekçeleri olan toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçelerinin bu düşünce bağlamında sarsıntıya uğradığı ifade edilebilir. Bu düşünceye göre özellikle hasta hakları gerekçesinin tüketici hakkına indirgendiği, toplumsal sözleşmenin de çıkar ilişkisine dayandırıldığı yorumu yapılabilir. Hastanın gereksindiği hizmeti alabilmesi için gerekli altyapıyı kamu hastaneleri için devletin özel hastaneler için hastane yönetiminin karşılaması gerekir. Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi’nde de ifade edildiği gibi hekimin sağlık hizmetini örgütleyen ve finanse eden kurumlara karşı hizmetin uygun nitelikte sağlanabilmesi için çalışma ortamındaki eksik veya yetersiz malzemeleri talep etme haklarının bulunmaktadır (EK7). Dolayısıyla hizmet sunumu için gerekli malzemeleri sağlaması gereken hastalar değil kurumlar olduğundan, hastalardan bu tür beklenti içinde olmak hatalı bir düşüncedir. Ayrıca hekim böyle bir tutum olarak sağlık hakkını korumamakta, hastanın gereksindiği sağlık hizmetini alabilmesini koşula bağlamaktadır. Bu gerekçelerle, ileri sürülen argüman sağlam olmayıp söz konusu koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün bulunmadığı savını haklı çıkarmamaktadır.

Hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu ileri süren katılımcılardan bir kişinin “*Var olan tıbbi malzemeyle kendi sağlığımı riske atmayacak durumlarda sağlık hizmeti vermeye devam edilmeli*” biçimindeki ifadesi genel yaklaşımın nasıl olması gerektiğini belirtmektedir. Buna göre hekim kendi sağlığını da riske atmayacak şekilde var olan malzemelerle hizmet sunma yükümlülüğünü en başta hasta hakları gerekçesi ile yerine getirmek durumundadır.

5.1.2. Malzemelerin kalitesizliği durumunda

5.1.2.1.Genel Tartışma

Olumsuz alışma koşulları başlığında değerlendirecek ikinci örnek, tıbbi girişimde kullanılacak gerekli malzemelerin kalitesiz olması ya da SGK'nın gerekli tıbbi malzeme için ucuz olan malzemeyi karşıladığı durumlarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığıdır.

Bir hekimin SGK'nın karşıladığı ucuz malzemeyi kullanması durumunda komplikasyon gelişebileceğini bildiği halde hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığı sorusu bağlamında dikkate alınması gereken bir nokta, hekimin mesleki bağımsızlığını kullanarak tedaviye karar vermesini engelleyen bu durum karşısında malpraktis suçlamasıyla yargılanma olasılığının bulunmasıdır. Hekimin malpraktis ile yargılanmamak için geliştirebileceği yöntemlerden biri hastanın onamını alarak hizmet sunmaktır. Hekim burada piyasa denetimine bağlı hareket etmekte, ticarileştirilmiş bir sağlık sektöründe sözleşmeli işçi olarak herhangi bir çalışan konumuna indirgenmektedir. Hekim hastanın onamı alarak hizmeti sunduğu takdirde, malpraktisten kendini koruyacak ancak hastanın yaşamını veya yaşam kalitesini geçici olarak artırabilmiş olacaktır. Hastanın deme gücüne göre hizmet verilen bu sistemde, hastanın sağlık hakkının engellendiği ve gereksinimine uygun bir hizmeti alamadığı ileri sürülebilir. Bu koşulların hekimlik yapmak ile örtüşmediğini savunan ve bunun günü kurtarmak olduğunu belirterek karşı çıkan bir Nöroşirurji uzmanının istifa mektubunda, *“Kusura bakmayın artık dayanamıyorum... Gz göre göre, sadece SGK demesi yok diye, hastanın hayatını kaybetmesini ya da engelli kalmasını önleyecek tıbbi cihazların ya da malzemelerin kullanılmamasını kabul edemiyorum. Bir hekim olarak artık, ne poliklinikte yaptığım muayeneden, ne yaptığım ameliyattan, ne de verdiğim sağlık hizmetinden memnunum... aldığımız eğitimle, Kamu Hastaneler Birliği (KHB) uygulamaları arasında ciddi çelişki olması, ben ve hekim arkadaşlarımın hastayı kurtarmaya çalışırken bir yandan da KHB'nin yarattığı bürokrasi ve evrak oyunlarının üstesinden gelmeye çalışması artık hekimlik mesleğinin ülkemizde yapılabilirliğini sorgulanmaya başlanmasını gerektirmektedir.”* ifadelerini kullanmıştır (Bilaloğlu, 2017).

Diğer yandan hekimler SGK'nın ya da sağlık politikalarının yarattığı olumsuzlukları ortadan kaldıramamakta, hastayı durum hakkında aydınlatıp onamını alarak ucuz olan malzeme ile tedavi etmek durumunda kalmaktadır. Bir yandan hasta hakları gerekçesi ile hizmet sunması gerekirken diğer yandan aynı gerekçe ile de hizmet sunmayı bırakması gerekmektedir. Hasta hakları sağlık hizmetlerine erişim hakkını kapsadığı kadar hizmetin nitelikli olmasını da gerektirmektedir. Hekimi bir etik ikilemi ile karşı karşıya bırakan bu koşullar altında hizmet sunumu zorlaşmakta ve hekimi hastanın ödeme gücünün yeterliliği, tedaviyi gerçekleştirirse malpraktisten yargılanıp yargılanmayacağı gibi kaygı verici düşüncelere sevk edebileceği ileri sürülebilir.

Burada Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ana argümanlarından biri olan 'hasta haklarının tam olarak uygulanması' amacı ile çelişen bir durum söz konusudur. Temel haklardan biri olan sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, ödeme gücüne göre tanımlandığı takdirde sağlık bir hak olmaktan çıkmaktadır. Hekimin hizmet sunma yükümlülüğü buna göre değerlendirildiğinde hizmeti sunmaması gerekmektedir. Ancak diğer yanda sağlık politikalarından kaynaklanan bir sorun alanı bulunmaktadır. Bu durumda hekimin iki değer arasında seçim yapması gerekmektedir. Bu seçim her ne kadar sağlık hakkı ve hasta hakları ile tam anlamıyla uyuşmasa bile, hasta yaşamını sürdürebilmesi için tedaviden mahrum bırakılmamalıdır. Burada hastanın acil olup olmama durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Eğer hasta acil değilse hekim hasta yararını gözeterek sağlık hizmeti sunmayı bırakabilir. Hastanın acil olduğu bir durum söz konusu olduğunda hekim ucuz ve kalitesiz malzeme ile de olsa hizmeti sunmakla yükümlüdür. Çünkü hastanın yaşama hakkı nitelikli bir sağlık hizmeti alma hakkından daha üstte bulunmaktadır.

5.1.2.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Araştırma bulgularında hekim adaylarının beşte biri hasta hakları gerekçesi ile yükümlülüğün devam ettiğini belirtmiştir. Hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden biri olan hasta hakları gerekçesini iki açıdan değerlendirmek

gerekmektedir. Hekim adayları hasta hakları gerekçesini, gereksinime uygun sağlık hizmetine erişim hakkı olarak değerlendirmiyor olabilirler. Çünkü hekim adaylarının sağlık hakkına dair düşüncelerine bakıldığında, sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu söylemiştir.

Katılımcıların dörtte biri ise yükümlülüğün olmadığını belirtmiş, yükümlülüğün ortadan kalkmasını hasta hakları gerekçesine dayandırmışlardır. Bir kişi, *“Hasta hakkı tanımına eğer bilgisi var kabul ettiğimiz hekimin uygun gördüğü kaliteli malzeme ya da işlemi görme hakkı girmiyorsa zaten o tam anlamıyla hak değil, bununla idare et demek olur”* ifadesini kullanarak hasta hakkı kavramının tanımına dikkat çekmiş, kalitesiz malzeme kullanımını hasta hakkı tanımı ile uyumlu görmediğinden yükümlülüğün olmadığını ifade etmiştir. Buna göre hasta hakkı, nitelikli bir sağlık hizmeti almayı ve hekimin uygun gördüğü tedaviyi uygulayabilmesini içermektedir. Hekim adayı yükümlülüğün olmadığına dair argümanını hasta hakları gerekçesine dayandırarak hasta yararı üzerinden bir temellendirme yapmıştır. Dolayısıyla ileri sürdüğü argüman sağlık hakkını korumaktadır. Ancak hekim adayının ileri sürdüğü bu temellendirmenin sadece acil girişim gerektirmeyen durumlar için geçerli olduğu ifade edilebilir.

Hekimin piyasalaştırılan sağlık hizmetlerinde hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığı önemli bir tartışma başlığı oluşturmaktadır. Hekimin ödeme gücü bulunmayan hastaya tedavi uygulamama gibi ayrımcılığa neden olabilecek bir gerekçe ile hizmet sunmayı bırakması haklı çıkarılamaz; ödeme gücü ölçütü, hizmet sunma yükümlülüğünü ortadan kaldıran bir ölçüt olmamalıdır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin satın alınabilen bir hizmet olarak tanımlanması ve buna göre politikalar geliştirilmesinin hekimin ayırım yapmama yükümlülüğünü yerine getirmeyi zorlaştırdığı, bu yükümlülüğün gerekçelerini zedelediği ileri sürülebilir.

Hekim adaylarının görüşleri genel olarak değerlendirildiğinde, hekimler kalitesiz malzeme senaryosunda hasta hakları gerekçesi ile yükümlülüğün devam ettiğini belirtmektedir. Ancak aynı gerekçe ile yükümlülüğün ortadan kalktığı da açık uçlu yanıtlarda ileri sürülmektedir. Hekimin yükümlülüğü her iki argümanda da soru işaretli görünmektedir; katılımcıların sağlık hakkına dair düşüncelerini dikkate alarak

iki argümanı değerlendirmek argümanların analizini yapmada yol gösterici olacaktır. Katılımcılardan sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler daha fazla oranda yükümlülüğün olduğunu söylemişlerdir. Sağlık hakkının gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin oranı %54,6 iken, ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin oranı %87,5'tir. Sağlık hakkının gereksinimine göre erişilmesi gerektiğini düşünenler bu senaryoya hastanın gereksinimi olduğu hizmete erişemediği gerekçesi ile yükümlülüğün ortadan kalktığını düşünmüş olabilirler. Ödeme gücüne göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler ise parası olanın hizmete erişmesi gerektiğini, dolayısıyla hastanın alım gücüne göre ucuz olan malzemenin kullanılmasında bir sakınca görmedikleri için daha fazla oranda yükümlülüğün olduğunu belirtmiş olabilirler. Dolayısıyla hekim adaylarının yükümlülüğün olduğuna dair ileri sürdükleri gerekçeler tartışmalıdır. Yükümlülüğün olduğunu ileri sürenlerin gerekçelerinde piyasalaşmanın etkili olduğu düşünülebilir. Yükümlülüğün olmadığını ileri sürenler ise sağlık hakkı ve hasta haklarına dair daha bilinçli yaklaşarak yükümlülüğün ortadan kalktığını ileri sürmüş ya da bu kişiler hastanın yine de hizmet alma hakkının olduğunu düşünerek yükümlü olduklarını belirtmiş olabilirler. Her iki durumda da yaşam, sağlık ve hasta haklarını korumaya yönelik bir karar verilebildiği iddia edilebilir. Bu durumda iki argümanın da hasta yararını öncelemeyi amaçladığı ileri sürülebilir. Bununla birlikte, ödeme gücüne göre alınacak hizmetin gereksinime ne denli karşılık geleceği soru işaretlidir. Ayrıca, hastanın acil olup olmaması üzerinden bir değerlendirmede bulunmak gerekli görünmektedir. Eğer hasta acil ise hekimin yükümlü olduğu ileri sürülebilir. Çünkü hastanın yaşamını yitirmesi gibi bir durum söz konusu olduğundan hekim kullanmaya mecbur kaldığı malzemeyi tedavide kullanmakla yükümlüdür. Hastanın durumu acil olmadığında ise hekimin iki değer karşısında koruması gereken, hastanın nitelikli bir hizmet almasını gerektiren hasta hakları gerekçesidir.

5.1.3. Zaman ve sayı baskısı altında çalışılan performans sisteminde

5.1.3.1.Genel Tartışma

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bağlı olarak çeşitli nedenlerden dolayı ikinci ve üçüncü basamakta hasta yoğunluğunun arttığı belirtilmektedir (Ağalar, 2012). Bu soruna bir çözüm yöntemi olarak 'hizmet başı ödeme modeli' olarak adlandırılan performansa dayalı ödeme sistemi hayata geçirilmiştir. Performans sisteminin hekimlerin gelirlerini bir yandan artırırken bir yandan da daha fazla mesai harcamasına neden olduğu ifade edilmektedir (Kart, 2013). Hizmet başı ödeme olarak tanımlanan performans sistemi hasta-hekim ilişkisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Günümüzde hekim, zaman ve sayı baskısı altında hastalara hizmet sunmaktadır. Performansa dayalı ödeme sistemi; zaman ve sayı baskısı altında hizmet sunmak durumunda kalınması, hekimin meslektaşları ile ilişkisinde rekabete yol açması, hastaların hekimlere olan güvenin yitirmesine neden olması gerekçeleriyle oldukça eleştirilmektedir (Adaş, 2013; Ağalar, 2012). Sağlık hizmetleri üzerindeki bu tür neoliberal politikaların hizmetlerin niteliğini düşürdüğü birçok yazar tarafından ileri sürülmektedir (Ataay, 2006; Göl, 2012; Yavuz, 2008). Bu konuda yapılan bir araştırmada; performansın dürüst çalışmayı, mesleki doyum sağlayarak çalışmayı, bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi ve topluma daha iyi hizmet verme olanağını önemli oranlarda olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Türk Tabipleri Birliği, 2009). Performansa dayalı ödeme sistemi hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti sunmasını engellerken, diğer taraftan hastaların da gereksinilen sağlık hizmetlerine erişimini azaltmaktadır. Bu iki sorun göz önünde bulundurularak "hekimin performansa dayalı ödeme sisteminde daima hizmet sunma yükümlülüğü var mıdır?" sorusu önem kazanmaktadır. Bu soruyu iki açıdan tartışmak gerekli görünmektedir. Birincisi hekimin hâlihazırda bu sistemin içinde hizmet sunmakta olduğu gerçeğidir. İkinci olarak Tıp Etiği açısından hekimin böyle bir yükümlülüğünün olup olmadığını tartışmak gerekmektedir. Performansa dayalı ödemenin yarattığı sorunlar göz önüne alındığında, hekimin bu sistemde hizmet sunma yükümlülüğü nereye kadardır?

Piyasalaştırılan sağlık hizmetlerinin hekimlerin hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerine etkisine daha önce değinilmişti. Bu etkinin performansa dayalı ödeme sisteminde daha yoğun bir şekilde görüldüğü söylenebilir. Piyasa koşullarının geçerli olduğu sağlık sektöründe hekim sunduğu hizmet ölçüsünde ücretlendirilmektedir. Bu türden bir ücretlendirme hekimler üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Bunlardan birinin, hekimler arasında yaşanan rekabet olduğu bilinmektedir. Bu koşulların geçerli olduğu piyasalaştırılan sağlık hizmetlerinde hekimliğin kaçınılmaz olarak bir dönüşüme uğrayacağı ileri sürülmektedir (Elbek, 2013). Hekim piyasa koşullarının geçerli olduğu, hizmetlerin bir piyasa türü olarak tanımlandığı ve buna yönelik olarak kâr odaklı politikaların geliştirildiği bir sektörde hizmet sunmak durumundadır. Bu duruma karşı çıkan hekimin istifa mektubu burada da anımsanabilir. Hekim zaman ve sayı baskısı altında hekimlik yapamayacağını şu ifadeler ile belirtmektedir: “ ... gerçek standartlarda, hastalarımın gerekli değeri verebileceğim, muayene süresinden, tıbbi ya da cerrahi tedavi süresi sonuna kadar güvende olabileceğim, maddi çıkarların ön planda tutulduğu özel hastane kuralları değil, gerçek anlamda sosyal devlet hastanesi kurallarının uygulandığı, paranın ya da SGK ödemelerinin değil, insan hayatının önemli olduğu, uyguladığım tedavinin sadece bilimsel açıdan sorgulanabileceği, hastayı muayene bile etmeden, hastayı görmeden karar veren sistem bürokratlarından uzak günler gelinceye kadar xxx devlet hastanesi Noröşirürji uzmanlığı görevimden istifa etmek istiyorum.” (Bilaloğlu, 2017). Zaman ve sayı baskısı nedeniyle mesleki tükenmişlik yaşayan hekim, değiştiremediği sağlık sistemine istifa ederek karşı çıkabilmiştir. Toplumda bu düşüncelere sahip birçok hekim olabilir. Bu koşulların hekimlik mesleğinde bir dönüşüme neden olduğu ve hekimin hizmet sunma gerekçelerinden toplumsal sözleşmenin çözülüşüne neden olduğu ifade edilmektedir (Civaner, 2013b). Hekimin düşünceleri de dikkate alındığında, Civaner’in belirtmiş olduğu toplumsal sözleşme gerekçesinin çözülüşünün giderek hız kazandığı belirtilebilir. Hasta-hekim ilişkisindeki karşılıklı sözleşmenin çözülüyor oluşu hekimin mesleki değerleri korumasını oldukça güçleştirmektedir. Hekimlik mesleğinde güvene dayalı ilişki bu sözleşme ile sağlanmaktadır. Mesleğin toplumsal konumu üzerinde yarattığı bu olumsuz etkinin, hekimin mesleğine ve topluma karşı da yabancılaşmasına neden olduğu ifade edilebilir. Ayrıca hastalar nitelikli bir hizmet alamadıklarını düşünerek

hekimin hasta haklarına aykırı davrandığı gerekçesi ile hekime olan güveni yitirmektedirler. Bu durum hasta-hekim etkileşiminde kaçınılmaz dönüşümün temel belirleyeni olarak ifade edilebilir. Dolayısıyla özellikle performans dayalı ödeme sisteminin hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçesini olumsuz yönde etkilediği ileri sürülebilir. Zaman ve sayı baskısı altındaki hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti vermesi beklenemez. Hizmet sunma yükümlülüğünün temel gerekçelerinden toplumsal sözleşme gerekçesinin sağlamlığını yitiriyor oluşu hekimin yükümlülüğünü ortadan kaldırmaktadır. Hasta hakları gerekçesi de bu sistemde zayıflamaktadır. Performansın sağlıkla ilgisinin kurulmadığı bir sistemde hasta haklarının ‘tüketici hakkı’ şeklinde tanımlandığı, ‘gereksinilen sağlık hizmetlerine erişim hakkı’ nın anlamını yitirdiği ileri sürülebilir.

Dolayısıyla meslek ahlakı açısından hizmet sunma yükümlülüğünün bir gerekçesi olarak ‘hasta hakları’ nın da gerçek anlamından uzaklaşarak temelleri sarsılmaktadır.

Hizmet sunma yükümlülüğü için geriye mesleği seçmiş olma gerekçesi ile geleneksel erdemler gerekçelerinin daha sağlam olup olmadığına bakmak gerekmektedir. Toplumsal sözleşmenin çözüldüğü, hasta-hekim ilişkisinde güvene dayalı ilişkinin bozularak ticari bir ilişkiye büründüğü bir durumda, mesleğin geleneksel olarak yardım etme erdemini içerdiği gerekçesinin de temellerini sarsacağı, dolayısıyla niteliksiz bir sağlık hizmeti veren hekimin hizmet sunmayı daha kolay bırakabileceği ileri sürülebilir. Bu koşullarda geriye sadece mesleği seçmiş olma gerekçesi kalmaktadır. Bu gerekçenin varlığı ise hekimin sırf hekimlik mesleğini bir şekilde seçmiş olmasından dolayı ‘hizmeti sunmuş olmak için sunmak’ anlamını içermektedir; bu nedenle mesleği seçmiş olma gerekçesinin de meslek ahlakı ve ilgili haklar ile uyumlu olmadığı/olamayacağı görünmektedir. Hekimin mesleki bağımsızlığını kullanamaması, uygulaması gereken tetkiklere getirilen sınırlamalar ve memnun olmayan hastaların şikayetleri gibi sorunların hekimleri mesleki anlamda bir tükenmişliğe sürüklediği birçok yazar tarafından belirtilmektedir (Adaş, 2013; Ağalar, 2012). Hekimin çalışma süreleri örneğin, Avrupa Birliği Mahkemesi’nin 03.10.2000 tarihli SİMAP, 09.09.2003 tarihli JAGLER ve 11.01.2007 tarihli VOREL kararında, “nöbetler dahil olmak

üzere haftalık çalışma sürelerinin en çok 48 saat olabileceği” biçiminde belirtilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2011). Ayrıca Türk Toraks Derneği tarafından 2016 yılında yapılan bir araştırmaya göre Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde hastaya ayrılacak ideal muayene süresinin 20 dakika olması gerektiği vurgulanmaktadır (Türk Toraks Derneği, 2016). Buna göre hizmet sunma yükümlülüğü kapsamında hastaya nitelikli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için bu sürenin uygulanması gerekmektedir. Performansa dayalı ödeme sistemi ise hasta başına 20 dakika ayırmayı olanaksız kılmakta, bu nedenle nitelikli bir sağlık hizmeti önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Dolayısıyla hekimin performans sisteminde yükümlülüğünün olduğuna dair ileri sürülebilecek sağlam bir gerekçe bulunmamaktadır. Özellikle toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçelerine bağlı olarak hekimin yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır, piyasa mantığı kurallarının geçerli olduğu bu sistemde hizmet sunma yükümlülüğü olmamalıdır.

5.1.3.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının görüşlerine baktığımızda, genellikle sağlık sistemini eleştirerek yine de yükümlülüğün devam ettiğini, toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçelerine bağlı olarak ileri sürmüşlerdir. Yanı sıra, yükümlülüğün devam etmekle birlikte hekimden nitelikli bir sağlık hizmeti beklenemeyeceğini ifade etmişlerdir.

Zaman ve sayı baskısı altındaki hekimin, meslek ahlakı açısından hizmet sunma yükümlülüğünün toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçelerine bağlı olarak ortadan kalktığı ifade edilmişti. Ancak hekim adaylarının bir bölümü toplumsal sözleşme (%21,2) ve hasta hakları (%29,7) gerekçeleri ile yükümlülüğün devam ettiğini belirtmektedirler. Katılımcıların toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçelerini yeterince iyi anlayıp anlamadığı bir dereceye kadar tartışmalı olsa da, hekim adaylarının açık uçlu yanıtlarından, hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti verme yükümlülüğü olduğunu düşündükleri anlaşılmaktadır. Buna göre sağlık hizmetinin performansa göre değil, olması gereken standartlara göre sunulması gerektiği savunulmaktadır. Bu nedenle de piyasa koşullarının hasta-hekim ilişkisi üzerindeki

olumsuz etkisini göz ardı ederek, toplumsal sözleşme gereği topluma söz verdiği için hizmet sunması gerektiğini düşünmüş olabilirler. Katılımcıların sağlık hakkına dair düşünceleri değerlendirildiğinde ise, sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin tamamı hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu ileri sürmüşlerdir. Buradan hareketle hizmet sunma gerekçesi olarak hasta haklarını öne sürenlerin hasta haklarından piyasanın tanımlamış olduğu ‘tüketici hakkı’ nı anlamış olabilirler. Bağlantılı olarak tüketici hakkı gereği performans sisteminin amaçlarından biri olan hastayı olabildiğince memnun etme anlayışı ön planda tutulmuş olabilir.

Diğer yandan hekim adayları maruz kalacakları bu politikanın değiştirilemeyeceğini düşünmektedirler. Bu konuda bir katılımcının “*Bunun sorumluluğu bende değil sistemi bu şekilde oluşturanlardadır*” ya da “*Yönetim zorunlu bırakıyor*” gibi ifadelerle aslında yükümlülüğün olmaması gerektiğini düşünmüşlerdir. Bir katılımcı ise “*Diğer hastalara açıklama yaparım. Herkese yeterli vakit ayıracağımı gerekirse daha fazla çalışacağımı söylerim.*” ifadesi ile, sağlık hizmetinin nitelikli bir şekilde sunulabilmesini hekimin olanakları dahilinde olduğunu düşünmüştür. Başka bir katılımcı ise hasta haklarını “*Hasta hakları dediğimiz şeyi hastalar bilmese de doktor bilir ve hastanın hakkını savunur*” ifadesini kullanarak yükümlülüğün olmamasını hasta yararı ile temellendirmektedir. Buna benzer şekilde bir katılımcının ifadesi de “*Sistemde hata olduğunu bile bile 5 dk da hasta bakmak için kendimi sınırlayamam*” şeklindedir. Katılımcı sistemin doğru hizmet vermeyi engellediği durumlarda hekimin mesleki bağımsızlığını kullanabileceğini vurgulamak istemektedir. Bu iki argüman, sistemin olumsuz etkilerine karşı hasta yararı üzerinden yükümlülüğün olmadığını belirtmiştir. Dolayısıyla hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti vermesinin ancak performans sistemine bağlı kalmadan mümkün olabileceğini ifade etmektedir. Performans sistemini bir katılımcı, “*Hekime ulaşmak kolay ama tedaviye ulaşmak zor olur*” biçiminde değerlendirilmiştir. Yükümlülüğün olmadığına dair ileri sürülen argümanlar özellikle hasta hakları gerekçesi ile temellendirilmektedir. Katılımcıların ileri sürdüğü bu argümanlardan da hareketle, performansın hasta hakları gerekçesini korumadığı için hekimin yükümlülüğünü ortadan kaldırdığı ileri sürülebilir. Hekim hastaya uygun zaman ayırmak ve nitelikli bir hizmet sunmakla yükümlüdür.

Performansa dayalı ödeme biçimi bu yükümlülüğün koşullarını ortadan kaldırmakta, hasta-hekim ilişkisini negatif yönde etkilemektedir. Bir katılımcı performans sistemini “*Hastalardan fiziksel ve sözlü şiddet görmemizin en önemli sebeplerinden biri*” şeklinde değerlendirmiştir. Buna göre performans sisteminin hasta-hekim ilişkisinde şiddet gibi sorunlara neden olduğu/olacağı gerekçesiyle de yükümlülüğün olmadığını ifade etmektedirler.

Hekim adaylarının hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığına dair argümanları hasta yararını korumayı amaçlamaktadır. Sağlık hakkına dair düşünceler bakımından; hekimlerin sağlığın gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler yükümlülüğün olduğunu, ‘herkesin sağlık hakkı yoktur’ diyenler ile sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlere göre daha az sayıda düşünmüşlerdir. Bunun olası bir nedeni olarak, performans sisteminin hastanın gereksinimi olan sağlık hizmetlerine erişimini engellediğinin veya kısıtladığının farkında olmaları ileri sürülebilir.

5.1.4. Hekimin aşırı yorgun olduğu durumlarda

5.1.4.1.Genel tartışma

Hekimlik mesleği hem yüceltilen bir meslek hem de ağır bedeller ödenen bir meslek olarak diğer mesleklerden ayrı bir yerde tutulur (Çelik, 2013). Günümüzde ise hekimlerin ödediği bedellerin neredeyse iki katına çıktığını söylemek yanlış olmayacaktır. Çünkü hekimler günümüzde hasta ve hastane sayılarında yaşanan artış, uzun çalışma saatleri, artan nöbet ve ameliyatlar, performansa dayalı ödeme sistemi gibi olumsuz çalışma koşullarında daha fazla hasta bakmak durumundadırlar. Bunun sonucunda ise aşırı yorgunluk yaşayabilmektedirler. Hekimin aşırı yorgun olduğu, konsantre olmakta güçlük çektiği, örneğin 24 saatlik nöbetinin arkasından poliklinik hizmeti söz konusu olduğu durumlarda hizmet verme yükümlülüğü daima var mıdır?

İleri sürülen argümanlar değerlendirildiğinde, hastanın zarar görme ihtimaline karşı yükümlülüğün olmaması gerektiği yönünde hasta hakları ile gerekçelendirilebilen bir argüman ileri sürülebilir. Bu doğrultuda sağlık hizmetinin

sağlıklı bir hekim tarafından hastanın yaşamını riske atmayacak şekilde sunulması gerekliliği, hasta hakları gerekçesi ile temellendirilebilir.

Günümüz sağlık sisteminde hekimler piyasa denetimine bağlı, özellikle performans gibi hekimleri daha fazla hasta bakmaya zorlayan sağlık politikalarına tabi bir şekilde hizmet sunmak durumundadır. Özellikle performansa dayalı ödemenin hekimler üzerinde olumsuz sonuçları olduğuna dair dikkate değer araştırmalar bulunmaktadır (Kart, 2013). Dolayısıyla hekimin yükümlülüğünü birincisi bu açıdan değerlendirmek gerekmektedir. İkinci olarak da acil bir girişim gerekmediği üzerinden değerlendirme yapmak gerekmektedir.

Eğer hekim piyasa koşullarına tabi bir şekilde mesleği sürdürüyor ve acil girişim gerektirmeyen bir durum söz konusu ise hizmet sunmayı bırakabilir. Hekimin hizmeti bırakma gerekçesini hasta hakları üzerinden temellendirebilmek mümkündür. Hekimin aşırı iş yükü, zaman ve sayı baskısı altında çalışmak durumunda kalması, hekimin tanı ve tedavide hata yapma payını artırabilir. Bu gerekçe hizmet sunma yükümlülüğünü bırakmada sağlam bir argümandır. Ancak hastanın hasta hakları gereği hizmete erişim hakkı da bulunmaktadır. Bu durumda hekim, hastayı yanlış tanı koyma, hastaya nitelikli bir sağlık hizmeti sunamayabileceği konusunda bilgilendirerek hastayı başka bir hekime yönlendirebilir. Böylece hastanın sağlığa erişim hakkı kısıtlanmamış ve hastanın yararı da gözetilmiş olacaktır.

Acil bir girişim gerektiren bir durum söz konusu olduğunda ise, başka bir hekime yönlendirme olanağı da yoksa hekimin hizmet sunma yükümlülüğü toplumsal sözleşme, geleneksel erdemler, en iyi bilen ve mesleği seçmiş olma gerekçelerine bağlı olarak devam etmektedir.

5.1.4.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının aşırı yorgunluk durumunda hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına dair görüşlerini değerlendirdiğimizde hekimlerin dörtte biri yükümlülüğün olmadığını ileri sürmüştür. Yükümlülüğün devam ettiğini ileri

sürenler ise hasta hakları gerekçesini daha fazla oranda işaretlemişlerdir. Katılımcıların yükümlülüğün olmadığına dair ileri sürdüğü gerekçelerden biri, böylesi bir uygulamanın insan haklarına aykırı olduğu düşüncesidir. Bir katılımcı yükümlülüğün olmadığına dair gerekçeyi şu şekilde ifade etmiştir; *“Bizlerde insan olarak hizmet sunma yükümlülüğünün bu gerekçelerine, o koşullarda yerine getiremeyiz veya çok zorlanırsanız, hata yapabiliriz, dolayısıyla ortam sağlanmadan gerekçelerin yerine getirilmesini beklemek saçma olur”*. Katılımcının burada, yükümlülüğün ortadan kalkmasını hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerine dayandırmaya çalıştığı söylenebilir. Hekim adaylarından yükümlülüğün devam ettiğini belirtenler hasta hakları gerekçesini göstermişlerdir. Katılımcılardan bir kişi yükümlülüğün *“Yasal zorunluluk”* nedeniyle devam ettiğini belirtmiştir. Hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu ileri sürenler ile olmadığını ileri sürenlerin argümanlarını değerlendirdiğimizde, yükümlülüğün olmadığını ileri sürenlerin argümanları daha sağlam görünmektedir. Yükümlülüğün ortadan kalktığına dair ileri sürülen argümanlar hasta hakları ve insan hakları ile gerekçelendirilmektedir. Hekimin insani koşullarda çalışma hakkı olduğu, hastanın ise nitelikli bir sağlık hizmeti alma hakkı bulunduğu için yükümlülüğün ortadan kalktığına dair düşünce haklı çıkarılabilmektedir. Burada hekim adaylarının yükümlülüğün ortadan kalktığına dair argümanlar daha sağlam görünmektedir. Ancak acil vakalarda söz konusu olan hayat kurtarma olduğundan hekimin yükümlülüğü devam etmektedir.

Araştırma bulgularına erkeklerin kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazla oranda 'hizmet sunma yükümlülüğü vardır' dediği saptanmıştır. Bu anlamlı farkı, kadınların erkeklere göre hata yapma olasılığına karşı daha hassas olabileceği veya düzgün çalışma haklarının engellendiğini düşüncesine sahip olabilecekleri şeklinde yorumlayabiliriz. Bu nedenle kadınlar yükümlülüğün olmadığını daha fazla oranda belirtmiş olabilirler.

Bu söz konusu düşüncelerde piyasalaşmanın etkili olup olamayacağını da düşünmek gerekmektedir. Piyasalaşmanın etkisine bakabilmek için de katılımcıların sağlık hakkına dair düşüncelerini dikkate almak gerekir. Buna göre sağlık hakkının ödeme gücüne erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler, hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini belirtmemiştir. Bu düşünceye sahip olan adayların

yorgunluğun hizmet sunmayı bırakabilmek için iyi bir gerekçe olamayacağını, yorgun olsalar bile hastanın parasını ödediği için hizmet alması gerektiğini düşünmüş olabilirler. Bu nedenle de hasta hakları gerekçesini daha fazla işaretlemiş olabilecekleri düşünülebilir.

5.2.Şiddet

Toplumda çeşitli alanlarda giderek yaygınlaşmakta olan şiddetin, özellikle hastanelerin acil servislerinde diğer hizmet sektörlerine göre 16 kat daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Ünüvar, 2013). Birçok sağlık çalışanı uğradığı hasta ve yakınlarından kendilerine yönelen şiddet sonucu yaşamını yitirmiştir. Günümüzde şiddete maruz kalma riskinin yüksek olduğu yerlerin sadece acil servisler olmadığı, tüm hekimler açısından yaygınlık gösteren bir süreç yaşandığı ifade edilebilir. Özellikle sağlıkta piyasalaşma ile birlikte hekimlerin hasta yükünün artması, performans ile gelen hasta başına ayrılan sürenin kısalığı, hekimlere olan güven kaybı, hasta-hekim ilişkisinde yaşanan değişim, sağlıkta yaşanan sorunların sorumlusunun hekim olarak görülmesi/gösterilmesi, taşeronla çalışma modeli, çalışma yaşamında yaşanan değişimler ile sosyo-kültürel yaşam biçimi ve eğitim düzeyi gibi nedenler gibi etmenler şiddetin başlıca nedenleri arasında gösterilmektedir (Elbek ve ark., 2012; Yıldırım, 2013). Şiddetin nedenlerine dair birçok çalışma ve raporun ortak sonucu, şiddetin Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte arttığına yöneliktir (Elbek ve ark., 2012; Ogan, 2009).

Ankara Tabip Odası'nın 2008'de yayınladığı "Hekimlere-Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" raporunda şiddetin nedenleri;

"Sağlık hizmetine herkes, sağlığına kavuşması-koruması-geliştirmesi için ihtiyacı olan ne ise ulaşmalıdır. Bu genel kabul gören anlayış ne yazık ki gerçek yaşamda böyle olmamakta ve hizmet almak isteyenler birçok güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bu güçlüklerin önemli kısmı sağlık sisteminin yapısından, izlenen neoliberal politikalardan ve/veya sosyo-ekonomik gerekçelerden kaynaklanmaktadır. Bu gerekçeler aynı zamanda hizmet sunanları yani hekimleri, hemşireleri, bütün sağlık çalışanlarını da kapsamaktadır. Kısacası herkes bu

sorunların muhatabı ya da mağdurudur. Ne var ki sağlık hizmet sunumunda hekim-hemşire-sağlıkçılar bir taraf, hizmeti alanlar bir taraf gibi konumlanmakta bu da gerilim ve çatışmayı doğurmaktadır. Anlıyoruz ki politikacılar da bu konumlanışı özel olarak kullanmakta, gerçekte ilgisi olmayan beklentiler yaratarak adeta sağlıkçıları vatandaşın önüne “atmaktadırlar”. Bunun farkında olarak gündelik sağlık hizmet sunumunda karşılaşılabilecek hasta-hekim-sağlıkçı sağlık politikalarına da, sıkıntuların çözümüne de daha fazla ve hep birlikte müdahil olma şansını bulacaktır.” biçiminde belirtilmektedir (Adaş ve ark., 2008).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hastanelerde Hasta Hakları Birimleri ve Alo 184 hattının hastalar ve yakınları tarafında yaygın bir şekilde kullanılmasının, hekimlerin/sağlık çalışanlarının şikayet edilmesini kolaylaştırdığı ve bir müdahale mekanizmasına dönüştüğü ileri sürülmektedir (Elbek ve ark., 2012). Bu durumun hekime olan bakışı olumsuz etkileyerek şiddetin daha da artmasında önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (Elbek ve ark., 2012).

Yukarıda sözü edilen koşullarda hizmet sunan hekimlerin sözlü ya da fiziksel şiddete uğramaları durumunda hizmet sunma yükümlülüklerinin devam edip etmeyeceği tez kapsamında sorgulanan başlıklardan biridir. Ülkemizde konuya özel olarak yayımlanan yasal düzenleme Sağlık Bakanlığı'nın 2012 tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesi'dir (EK4). Genelge'nin 6. maddesinde yer alan;

"6) Hizmetten çekilme;

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir.

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik tedbirleriyle birlikte alacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecektir."

ifadeleri ile sağlık çalışanın belli koşulların bir araya gelmesi halinde hizmetten çekilme talebinde bulunabileceği belirtilmektedir. Bu maddeye göre hekim şiddete uğradığında hizmet sunmayı bırakabilmeyi yasal olarak talep edebilmekte, ancak bu talebin yöneticilerce uygun görülmesi gerekmektedir. Yasal düzenlemenin yeterliliği bir yana, hekimin şiddete uğradığı durumlarda daima hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği meslek ahlakı açısından tartışmalı bir konudur. Hekimin sözel şiddete maruz kaldığı durumlardaki yükümlülüğü ile fiziksel şiddete maruz kaldığı durumlardaki yükümlülüğünü ayrı ayrı değerlendirerek hekimin yükümlülüğünün nereye kadar olduğunu sorgulamak gerekmektedir.

5.2.1. Sözlü şiddette uğrama durumunda

5.2.1.1.Genel Tartışma

Sağlıkta şiddetin genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaları, performans-dayalı ödeme sistemine bağlı aşırı hasta yükü, sağlıkta yaşanan sorunların kaynağı olarak hekimlerin gösterilmesi, hekimlerin toplum önünde 'paragöz' olarak nitelendirilmesi gibi çeşitli nedenlerle ilişkili olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (Elbek ve ark., 2012; Yıldırım, 2013). Hekimlerin olumsuz çalışma koşullarından biri olarak şiddete uğrama durumunda hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği konusu tartışılan başlıklardan biridir. En çok sözlü şiddete uğradığı belirtilen hekimlerin 'hasta yakını ya da hasta tarafından sözlü şiddete uğradıklarında hizmet sunma yükümlülüğü devam eder mi?' sorusuna yanıt olarak çeşitli savlar ileri sürülmektedir.

Yükümlülüğün devam ettiği görüşünü savunan argümanlar genel olarak hastanın sağlık hizmetine erişim hakkının sağlanabilmesi için hastaya sağlık hizmetinin sunulması gerektiğini belirtmektedir. Buna göre argüman hasta hakları gerekçesine bağlı olarak hekimi yükümlü kılmaktadır.

Yükümlülüğünün ortadan kalktığını ileri süren savlar ise genel olarak sözel şiddetin insan onuruna ve kişilik haklarına aykırı olduğu gerekçelerini öne sürmektedir. Hekimin yönlendirebileceği başka bir hekim de bulunuyorsa hekimin yükümlü olmadığını belirtmektedir. Ayrıca hekimin can güvenliğinin sağlandığı uygun ortam ve koşullarda çalışma hakkının olduğu, sözel veya fiziksel şiddetin bu hakkı ihlal ettiği, dolayısıyla hekimin yükümlülüğünün ortadan kalktığı belirtilmektedir.

İleri sürülen argümanlar değerlendirildiğinde; ilk olarak sözlü şiddetin hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti sunumu önünde engel oluşturacağını belirtmek gerekmektedir. Dolayısıyla; yükümlülüğün ortadan kalkabileceğini hasta hakları gerekçesiyle temellendirilen argüman, hasta yararını koruduğundan, meslek ahlakı açısından haklı çıkarılabilmektedir. Diğer yandan hastanın acil olup olmadığının bilinmesi de hizmet sunmayı bırakabilme tartışması açısından önemli görünmektedir. Buna göre, hastanın acil olduğu bir durum söz konusu ise sözlü şiddete uğrayan hekimin sağlık hizmetinin kendisinin sunması ya da başka bir hekime yönlendirmede bulunması meslek ahlakı açısından uygun görünmektedir. Diğer yandan hekimin yönlendirebileceği başka bir hekim bulunuyor olsa da hasta acil olduğu durumlarda mesleğin geleneksel erdemlerinin yardım etmeyi gerektirmesi nedeniyle hekimin hastaya hizmet sunması gerektiği ileri sürülebilir. Sözlü şiddete uğrayan hekim şiddetin cezalandırılması için haklarını sonradan arayabilir; ancak acil bir hasta için çok geç kalınmış olabilir. Dolayısıyla hekimin hizmet sunma yükümlülüğünü bırakabileceği ilk koşul, hastanın durumunun acil olmamasıdır. İkinci olarak ise hekimin hastasını yönlendirebileceği başka bir meslektaşının olması gerekmektedir. Bu iki koşuldan ilki sözlü şiddete uğrayan hekimin hizmeti bırakıp bırakmaması açısından temel belirleyici rolü üstlenmektedir. Bu açıdan hastanın acil olmadığı

durumlarda yükümlülüğün ortadan kalkabileceğini savunan argümanlar haklı çıkarılabilir görünmektedir.

Sözlü şiddetin hekimin kişilik haklarına yapılan bir saldırı olduğu, hasta-hekim ilişkisini bitirebildiği yönündeki savlar haklı gerekçelerdir. Ancak hastanın hizmete erişim hakkı hala devam etmektedir. Bu durumda ise hekimin hizmet sunumuna yönelik hastanın hizmete erişimi sağlanabilmesi için başka bir meslektaşına gerekli bilgilendirmeyi yaparak yönlendirme yapması gerekmektedir. Bu koşullar sağlandığında hekim meslek ahlakı yükümlülüklerine aykırı davranmış olmayacaktır.

5.2.1.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının görüşleri incelendiğinde; çoğunlukla hasta hakları gerekçesi ile yükümlülüğünün devam ettiğini temellendirdikleri görülmektedir. Hekim adaylarının beşte biri sözlü şiddete uğrama durumunda hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını savunmaktadır.

Yükümlülüğün olmadığını ileri süren katılımcıların gerekçeleri incelendiğinde bir kişi, *“Hekimin hastasını seçme hakkı vardır”* gerekçesini belirtmiştir. İleri sürülen bu gerekçeye meslek ahlakı açısından karşı çıkmak gerekmektedir. Bu gerekçe hekimin ayrımcı davranmasına neden olabilecek türdedir; dolayısıyla meslek ahlakı yükümlülükleri açısından haklı çıkarılamamaktadır. Bir başka ileri sürülen gerekçe *“Hastanın yanlış davranışı cezasız kalmış olur”* şeklinde belirtilmektedir. Hizmet sunmakla yükümlü olan hekim hastayı hizmet sunmamak ile cezalandıramaz. Bu sav da meslek ahlakı yükümlülükleri ile uyuşmamaktadır. İleri sürülen başka bir argüman *“İnsan onuruna saygısızlık”* gerekçesine dayanarak hekimin kişilik hakları dolayısıyla yükümlülüğün ortadan kalktığını belirtmektedir. Argüman hekimin kişilik haklarını koruduğundan acil durumlar dışında haklı çıkarılabilir bir savdır. Bir başka argüman *“Diğer hastaların hakları”* ifadesini kullanarak sözlü şiddetin diğer hastaların hizmete erişimini engellediği düşüncesi ile yükümlülüğün olmadığını belirtmiş olabilir. Diğer hastaların hakları gereği hizmete erişimlerinin gerektiği, sözlü şiddete uğrayan hekimin kendisinin ve dolayısıyla diğer hastaların bu

durumdan olumsuz etkilenmemesi için hizmet sunmayı bırakması gerektiğini düşünülmüş olabilir. Hekimin bu karmaşa ortamından uzaklaşarak diğer hastalara sağlık hizmeti sunması gerektiği de düşünülmüş olabilir. İleri sürülen bu görüşler hekimin ve hastaların haklarını korumaya yönelik haklı çıkarılabilir savlardır. Bir diğer argüman ise, “*Sözel ve fiziksel şiddet normalleştirilemez, hekim şiddet altında çalıştırılmaz*” şeklinde olup şiddete sıfır tolerans göstermektedir. Sözlü şiddet uygulayan hasta veya yakınına bir de sağlık hizmeti sunmanın şiddeti normalleştirilebileceği ve hastalar arasında şiddetin yaygınlaşabileceği düşünülmektedir. Bu argümanın hekimlerin kişilik haklarını korumaya yönelik olarak sağlam ve güçlü olduğunu belirtmek gerekmektedir. Ancak meslek ahlakı yükümlülükleri açısından yükümlülüğün ortadan kalkabilmesi için hastanın acil olmaması gerekmektedir. İkinci koşul ise hekimin hastayı yönlendirebileceği başka bir hekimin bulunmasıydı. Bu iki koşuldaki özellikle ilki sağlandığı durumlarda hekim sağlık hizmeti sunmayı bırakabilir. Hekimin kişilik hakkı bu durumda hastanın hizmete erişim hakkından daha fazla ağırlık kazanmaktadır. Dolayısıyla hastanın acil olmaması ve gereksindiği hizmete erişimini sağlamak koşuluyla hekim meslek ahlakı açısından hizmet sunmayı bırakmayı haklı çıkarabilir.

Araştırma bulgularına göre, sözlü şiddet senaryosunda; tıp fakültesini sınav puanına göre tercih etmeyenler edenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu ileri sürmüştür. Bu bulgudan hareketle, tıp fakültesini daha bilinçli seçtikleri düşünülen adayların, yükümlülüğün devam ettiğini daha fazla oranda düşünmüş olabilecekleri düşünülebilir.

Bir diğer anlamlı bulgu ise katılımcılardan şiddete tanık olduğunu ileri sürenlerin tanık olmayanlara göre daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini ileri sürmeleridir. Bu bulgunun tam tersi yönde olması beklenebilir. Bu durumun nedenleri düşünüldüğünde; hekim adayları tanık oldukları şiddet vakalarında, hasta veya yakınlarının kendilerince haklı nedenlerle sözlü şiddete başvurmuş olabileceğini düşünmüş olabilirler. Hekim adayları kendilerini hastalara daha yakın hissediyor veya sözlü şiddetin kontrol altına alınabildiğini/alınabileceğini düşünmüş olabilirler. Bir başka olasılık ise sağlık alanındaki piyasalaşmanın

düşünceler üzerinde etkili olabileceğidir. Bunun için ise hekim adaylarının sağlık hakkına dair düşüncelerine bakmak burada da gerekli görünmektedir. Bu yönden inceleme yapıldığında; sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin, sözlü şiddet senaryosunda diğerlerine göre daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır. Sağlıkın ödeme gücüne göre erişilebilen bir hizmet olduğunu düşünenler sözlü şiddete maruz kalsa bile, hastanın parasını ödediği hizmeti alma hakkının olduğunu düşünmüş olabilirler.

Sözlü şiddet senaryosunda katılımcıların mesleki riskler hakkındaki düşünceleri, hizmet sunma yükümlülüğü üzerine düşüncelerini etkiliyor görünmektedir. “Mesleki riskleri bilsem seçmezdim” ifadesine katılmayan öğrenciler anlamlı düzeyde daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu belirtmiştir. Bu bulgu, mesleği severek ve isteyerek yerine getirecek olan adayların riskleri bilmiyor olsa da kabul edeceği ve bilinçli olarak sağlık hizmeti sunacakları şeklinde yorumlanabilir.

Genel olarak değerlendirildiğinde sözlü şiddete uğrayan hekim adayları yükümlülüğün devam ettiğini hasta hakları gerekçesine dayandırarak ifade etmişlerdir. Bazı hekim adayları 'hastayı utandırma' gibi bir duygu yaratma gerekçesini öne sürerek yükümlülüğün devam ettiğini belirtmiştir. Bazıları ise hasta ve hasta yakınıni ayrı ayrı değerlendirmiş ve hekimin sağlık hizmeti sunumunda hastaya karşı sorumlu olduğunu ileri sürerek yükümlülüğün sürdüğünü belirtmiştir. Hastanın acil olup olmadığı, sözlü şiddetin kim tarafından uygulandığı gibi bilgilerin, hekim adaylarının kurdukları argümanlar üzerinde etkili olduğu görünmektedir.

5.2.2. Fiziksel şiddete uğrama durumunda

5.2.2.1.Genel Tartışma

Fiziksel şiddete uğrama durumunda hekimin hizmet sunma yükümlülüğü durum gereği ortadan kalkabilmektedir. Hekim istese de hizmet sunma açısından kendi

sağlığı ve hatta yaşamı tehlikeye girdiği için hizmet sunamamaktadır. Ayrıca fiziksel şiddete uğrayan hekimin kendisinin de sağlık hizmeti alması gerekebilir. Hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerinden biri olan toplumsal sözleşme gerekçesinin artık şiddetin fiziksel şiddete dönmesiyle birlikte ortadan kalktığı ifade edilebilir. Bu olguda da şiddetin nedenlerini sorgulamak gerekir. Sözlü şiddette belirtildiği gibi şiddetin bütün hekim gruplarında artmasının nedeni olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın olumsuz etkileri gösterilmektedir. Günümüzde hastalıkların daha iyi biliniyor, teknolojik gelişmeler ve ilaçlarla hasta tedavisi geçmişe göre daha kolay ve güvenilir olmasına rağmen sağlıkta şiddetin niçin arttığı sorunu üzerinde durmak, hasta bakışını anlamak önemli görünmektedir. Şiddete yönelik çalışmaların büyük çoğunluğu şiddetin nedenlerini sağlık politikaları üzerinden değerlendirmişlerdir. Bu çalışmalarda genellikle hekimin karşısında farklı bir hasta profili olduğu belirtilir. Bunun birincil nedeni ise Adaş'ın belirttiğine göre sağlıkta piyasalaşmaya bağlı olarak “verimli çalışan” özele karşı, “hantal ve verimsiz çalışan” kamu algısının oluşumudur (Adaş, 2013). Bu algının özellikle kamuda görev yapan sağlık çalışanlarının değersizleşmesine yol açtığı ifade edilebilir. Buna göre hekimin karşısında hakkını arayan, şikayet eden, tazminat davası açan, vurup öldüren bir hasta-hasta yakını profili bulunmaya başlamaktadır (Civaner, 2013b).

Bütün bu koşulların hekimlerin mesleğine ve hastasına olan bakışını olumsuz yönde etkilediği ifade edilebilir. Hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden toplumsal sözleşme gerekçesi fiziksel şiddet durumunda zedelenmektedir. Şiddet ortamında hasta-hekim ilişkisinin bittiği, davacı ve davalı ilişkisinin başladığı ileri sürülebilir. Hasta hakları gerekçesi açısından değerlendirildiğinde yükümlülüğün ortadan kalktığı görüşünü hasta yararını koruma gerekçesi ile meslek ahlakı açısından gerekçelendirmek mümkündür. Bu durumda hekim hizmetten çekilerek ve hastayı başka bir hekime yönlendirerek hastanın sağlık hizmeti almaya devam etmesini sağlayabilir.

Her meslekte olduğu gibi hekimlikte de sağlık çalışanlarının güvenli bir ortamda çalışma hakları bulunmaktadır. Fiziksel şiddet hekimin sahip olduğu bu hakkı

ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca şiddetin her türünün insanlık onuruna aykırı olduğu ifade edilebilir.

Fiziksel şiddet altında hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti sunması beklenemez. Hekimlerin şiddet durumunda hem fiziksel olarak hem de ruhsal olarak zarar görebileceği de dikkate alınmalıdır. Bu konuda yapılan araştırmaların, şiddete uğrayan hekimler üzerinde birçok olumsuz etkisi olduğunu gösterdiğine daha önce değinilmişti. Buradan hareketle hekim nitelikli bir sağlık hizmeti sunamayacağı, hasta yararını gözetemeyebileceği ileri sürülebilir. Dolayısıyla hekimin hasta hakları gereği de hizmet sunmayı bırakması gerekmektedir. Bu durumda hekim hizmetten çekilerek hastayı başka bir hekime veya başka bir kuruma yönlendirmesini, bu fiziksel şiddet ortamındaki birincil yükümlülüğü olarak ifade etmek gerekir. Böylece hastanın sağlık hizmeti alma hakkı kısıtlanmamış olacaktır.

Ancak acil girişimde bulunmayı gerektiren bir durum ve tek hekim söz konusu olduğunda hekim kendi sağlığı ve yaşamını riske atmayacak sınırlar içinde kalabildiği sürece hizmet sunmaya devam etmeye çalışmalıdır.

5.2.2.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının görüşleri değerlendirildiğinde katılımcıların yaklaşık yarısının yükümlülüğün olmadığını belirttiği saptanmıştır. Yükümlülüğün olduğunu ileri sürenler ise en sık hasta hakları gerekçesi ile yükümlülüğün devam ettiğini belirtmektedir.

Hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri sürenlerin argümanları genel olarak, toplumsal sözleşmenin ortadan kaldırdığı, insan haklarına aykırı olduğu, hekimin önce kendi güvenliğini sağlaması diğer hastalar için daha öncelikli olduğu, hasta-hekim ilişkisinin bittiği, şiddet uygulayan kişinin sağlık hizmeti almayı hak etmediği görüşlerini ileri sürülmüştür. Hekim adaylarının argümanları değerlendirildiğinde, argümanlardan bazılarının hasta hakları ile örtüşmediği ve korunması gereken birtakım değerleri korumadığı ifade edilebilir. Bunlardan ilki, hasta veya yakını tarafından hekim fiziksel şiddete uğradığında hastanın sağlık

hizmetini hak edip hak etmediğine dair bir yargı geliştirecek olmasıdır. Bu düşüncenin meslek ahlakı ile örtüşmeyip ayrımcılığa neden olabileceği ileri sürülebilir. Çünkü sağlık hizmeti hastalara hak edip etmemeye göre değil, gereksinime göre verilmesi gereken bir hizmettir.

Hekimin yükümlülüğü fiziksel şiddette toplumsal sözleşme ve hasta hakları gerekçeleri ile ortadan kalktığına öne sürülmesi ise daha sağlam bir argümandır. Ayrıca toplumsal sözleşme gerekçesinin ortadan kalkması hasta-hekim ilişkisinin bittiğini ve hastanın fiziksel şiddete maruz kalan hekimden hizmet alma hakkının ortadan kalktığını göstermektedir. Hastanın hizmete erişim hakkı ise hala devam etmektedir. Bu durumda ileri sürülen argüman ise hastanın başka bir hekime yönlendirilmesi gerektiğidir. Dolayısıyla bu koşulda hekime düşen yükümlülük hastanın başka bir hekime yönlendirilmesi ve sağlık hizmeti almaya devam etmesinin sağlanmasıdır. Bu yaklaşım, başta hasta hakları olmak üzere, hekimin kişilik haklarını da korumaktadır. Bu açıdan yükümlülüğün olmadığı, hasta hakları ve kişilik hakları gerekçelerine dayandırılarak temellendirildiğinden sağlam bir argümandır.

Araştırma bulgularındaki anlamlı farklılıklara değinilecek olursa; cinsiyetler arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur. Buna göre kadınlar yükümlülüğün olmadığını erkeklere göre daha fazla oranda belirtmiştir. Bu anlamlı farklılık üzerine, kadınların şiddet konusunda daha hassas davrandığı, şiddeti daha fazla kabul edilemez bulduğu, kadına yönelik şiddetin de kadınların düşüncelerinde daha fazla etkilenmiş olabileceği gibi yorumlar yapılabilir. Erkekler ise olayı kendi başlarına idare edebileceklerini düşünmüş olabilirler.

Araştırma bulgularına göre ayrıca, tıp fakültesini çevre etkisine göre tercih edenler ile sınav puanına göre tercih etmeyenlerin daha fazla oranda yükümlülüğün devam ettiğini düşündükleri saptanmıştır. Tıp fakültesini çevre etkisine göre tercih edenler hekimlik rolünü zaman içerisinde içselleştirerek daha fazla yükümlülüğün olduğunu ileri sürmüş olabilirler. Çevre etkisi ile tercih edenler kendilerini baskı altında hissediyor olabilecekleri için yükümlülüğün devam ettiğini belirtmiş olabilirler. Sınav puanına göre tercih etmeyenler ise olaya daha bilinçli bir

yaklaşabileceklerini ve şiddetin nedenini ortadan kaldıracabileceklerini düşünmüş olabilirler.

Hekim adaylarının şiddet görme ve tanık olmaya ilişkin özellikleri de hizmet sunma yükümlülüğünde anlamlılık içermektedir. Buna göre şiddete tanık olmayanlar/uğramayanlar daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu belirtmiştir. Şiddete bir biçimde maruz kalmanın hizmet sunma yükümlülüğü üzerine hekimlerde bir önyargı yarattığı ve hizmet sunmaktan daha kolay çekilebilecekleri yorumu yapılabilir.

Fiziksel şiddet senaryosunda öğrencilerin sağlık hakkına dair düşünceleri açısından bir anlamlılık bulunmuştur. Sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünen hekim adayları, diğerlerine göre daha fazla yükümlülüğün olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu görüşün ardında, piyasa mantığına göre hastaların parasını ödediği için hizmeti alması gerektiği düşüncesi bulunabilir.

5.3. Olağandışı Durumlarda Hizmet Sunma Yükümlülüğü

Olağandışı durum, “*Stres, kişisel yaralanma, fiziksel hasar ve geniş çaplı ekonomik yıkıma neden olan çevresel etkilere veya silahlı çatışmalara olağandışı durum denir. Bu tanımlamaya, ortaya çıkan yıkımın ani ve şiddetli olması, yerel olanaklarla baş edilemeyecek düzeyde olması ve bölge dışından, ulusal ya da uluslararası düzeyde yardım edilmesini gerektirmesi kavramlarını da eklemek gerekir.*” şeklinde tanımlanmaktadır (Saçaklıoğlu ve ark., 2002). Olağandışı durumların bir başka tanımı ise, “*yaygın bir şekilde ortaya çıkan ve ağır hasar, yaralanma, can ve mal kaybına yol açan, toplumun kendi olanaklarıyla baş edemeyeceği büyüklükte bir yıkıma neden olan, ulusal ve uluslararası yardımı gerektiren olay ya da durum*” biçiminde yapılmaktadır (Saçaklıoğlu ve ark., 2002).

Olağandışı durumların ortak özellikleri;

- “Ani olarak meydana gelirler ve çabuk bir biçimde eyleme geçmeyi gerektirirler.

- Normal koşullara göre düzenlenen tıbbi kaynaklar yetersiz kalır. Olağandışı durumdan etkilenen kişi sayısının fazla olması, olabildiğince fazla sayıda yaşam kurtarmak amacıyla var olan kaynakların etkin bir biçimde kullanılmasını gerektirir.
- Ortaya çıkan maddi ve doğal hasar olaydan etkilenenlere ulaşmayı zorlaştırır veya tehlikeli hale getirir.
- evre kirliliği ve epidemi risklerine bağlı olarak etkilenen insanların sağlığını olumsuz yönde etkiler” (Saçaklıoğlu ve ark., 2002).

Çeşitli olağandışı durumlarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları oldukça tartışmalıdır. Bu tartışmalı alanlardan 'silahlı çatışmalar' ve 'bulaşıcı hastalık salgınları' başlıkları tez kapsamında değerlendirilmiştir.

5.3.1. Silahlı atışma durumunda

5.3.1.1.Genel Tartışma

Olağandışı bir durum olarak silahlı çatışmalarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün devam edip etmediği, hizmet sunma yükümlülüğünün nereye kadar olabileceğinn önemli bir tartışma konusudur.

Uluslararası hukukta, devletler, hekimler ve sağlık çalışanlarına olağandışı durumlarda yol gösterici ve bağlayıcı temel belge Cenevre Sözleşmeleri'dir. 1949 yılında kabul edilen ve dört belgeden oluşan sözleşmelerin uygulamaya koyulmasıyla silahlı çatışma koşullarında görev yapan hekimler ve sağlık çalışanlarına bir taraftan belli korunma ve haklar tanınırken diğer taraftan önemli yükümlülükler getirilmiştir (Soyer, 2002).

Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Uluslararası Kupaları'nda silahlı çatışma ve şiddet durumlarında hekimlerin görev yükümlülüklerine dair şu kuralları belirtmektedir (Dünya Tabipler Birliği, 2011);

“Doktorlar her durumda:

Uluslararası hukuku (uluslararası insancıl hukuk ya da insan hakları hukuku) ihlal etmemeli, ihlallere yardımcı olmamalıdır;

- *Yaralı ve hastaları terk etmemelidir;*
- *Herhangi bir düşmanlıkta taraf olmamalıdır;*
- *Yetkililere hastaları ve yaralıları arama yükümlülüklerini hatırlatmalı, ayrımcılık yapmadan sağlık hizmetlerine erişimi sağlamalıdır;*
- *Yaralılara ve hastalara etkili ve tarafsız bakım sağlamalı ve bunu savunmalıdır (söz konusu kişilerin “düşman” sayıldığı durumlar dahil olmak üzere herhangi bir ayrımcılık gözetmeden);*
- *Kişilerin, hastaların ve kurumların güvenlik mülahazalarının etik davranış açısından önemli bir sınırlama olduğunu dikkate almalı ve görev yaparken gereksiz riske girmemelidir;*
- *Yaralı ya da hasta kişinin isteklerine, güvenine ve onuruna saygılı olmalıdır;*
- *Yaralıların ve hastaların içinde buldukları güç durumdan kişisel maddi çıkar elde etme adına yararlanmamalıdır;*
- *Gerçek ve geçerli onaylarını almadan yaralı ve hasta kişiler üzerinde deney yapmamalı, özgürlüklerinden yoksun kişiler söz konusu olduğunda ise bundan kesinlikle kaçınmalıdır;*
- *Silahlı çatışma ve diğer şiddet durumlarında kadınların ve çocukların özellikle güç durumlarını ve özel sağlık ihtiyaçlarını özenle gözetmelidir;*
- *Söz konusu kişinin ölmüş ya da bakım altında olduğu durumlar dâhil, bir ailenin, kayıp bir aile üyesinin durumu ve yeri hakkında bilgi sahibi olma hakkına saygı göstermelidir;*
- *Herhangi bir mahkûma sağlık hizmetleri vermelidir;*
- *Böyle bir mekanizmanın hâlihazırda bulunmadığı durumlarda doktorların hapisanelere ve mahkûmlara düzenli ziyarette bulunmalarını savunmalıdır;*
- *Gelişigüzel uygulamalara ya da kalitesiz/sahte materyal ve ilaçların dolaşıma sokulmasına karşı çıkmalı, mümkün olduğu durumlarda bunu önlemek üzere harekete geçmelidir;*
- *Silahlı çatışma ve diğer şiddet durumlarında yetkililere, uluslararası insancıl hukuk ve uluslararası hukukun ilgili diğer hükümlerine göre sağlık*

personelini ve altyapısını koruma yükümlülüğü altında olduklarını hatırlatmalıdır;

- *Önemli herhangi bir hastalığın ya da travmanın yaygınlaştığı durumlarda yetkililere bilgi verme yasal yükümlülüğünü akılda tutmalıdır;*
- *Yaralılara, hastalara ya da verilen sağlık hizmetlerine karşı misillemeleri önlemek için elinden geleni yapmalıdır;*
- *Sağlık hizmetlerinde belirli ikilemlere yol açacak durumlar ortaya çıkabileceğini dikkate almalıdır.”*

Tıp mesleğinin birincil felsefesi sağlığı korumak ve yaşam kurtarmak üzerine kurulu olduğundan hareketle hekimlerin uluslararası görev ve yükümlülükleri yukarıdaki biçimde tanımlanmıştır. Ayrıca hekimlerin, “Çatışmanın yakın ve kaçınılmaz görüldüğü durumlarda doktorlar, ellerinden geldiğince, yetkililerin halk sağlığı altyapısını koruyacak, çatışmanın hemen sonrasındaki dönemde de bu altyapıda gerekli onarımlara gidecek planlamayı yapmalarını sağlamaya çalışmalıdırlar” biçiminde yükümlülükleri olduğu belirtilmektedir (Dünya Tabipler Birliği, 2011).

Tıp Etiği açısından değerlendirildiğinde hekimin silahlı çatışmalarda hizmet sunma yükümlülüğünün tıbbın geleneksel erdemlerinin yardım etme üzerine kurulu olması, toplumsal sözleşme, hasta hakları ve ayırım yapmama yükümlülüğü gerekçelerine bağlı olarak devam ettiği ileri sürülebilir. Tıp mesleğinin var oluş gerekçesi sağlık hizmeti sunmaktır. Dolayısıyla hekimlere silahlı çatışma ve şiddet gibi durumlarda önemli yükümlülükler düşmektedir. Hekimin hizmet sunma gerekçelerinin başında tıbbın geleneksel erdemlerinin yardım etmeyi gerektirmesi, yardıma ihtiyaç duyan herkese hizmet sunması anlamını da içermektedir. Bu gerekçeye bağlı olarak hekime uluslararası düzeyde kabul edilen özel bir ayrıcalık tanımlanır. Örneğin Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi’nin 3 Haziran 2016 tarihli ve “BM Güvenlik Konseyi’nden çatışma ortamlarında sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin korunmasına ilişkin karar” başlıklı kararında, hükümetlerin silahlı çatışma ve benzeri durumlarda sağlık çalışanlarının kimden yana olduklarına bakılmaksızın hasta ve yaralılara yardım etmesi gerektiği, hekimlerin olay yerinde bulunmaları dolayısıyla mesleki ve etik sorumlulukları olduğu hatırlatılarak görevlerini yapmaları gerektiği, görevlerini yaptıkları için herhangi bir

cezalandırmaya maruz kalmamaları gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Türk Tabipleri Birliği, 2016).

Yasal düzenlemelerin yanı sıra, hekimin meslek ahlakı açısından da yükümlülükleri bulunmaktadır. Hekimin başta gelen yükümlülüğü yardıma muhtaç bir hastanın veya yaralının yardımına koşmaktır. Bu yükümlülük için mesleğin geleneksel erdemleri, toplumsal sözleşme, en iyi bilen olma, hasta hakları ve mesleği seçmiş olma gerekçelerinin tümü birer neden olarak gösterilebilir. Hekimlik Andı'nda geçen “Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma”, “Önceliği her zaman hastanın sağlığına vereceğime” ifadeleri ile hekim, bu mesleği seçerek daima hizmet sunacağına dair bütün insanlığa söz vermiş bulunmaktadır. Bu söz gereği hekimin yardıma muhtaç duyan herkese sağlık hizmeti sunması meslek ahlakının tıptaki evrensel anlamının somutluk kazandığı bir duruma işaret etmektedir.

Dolayısıyla bu koşullarda, hekimin yukarıda belirtilen sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik ayrıcalığın devam ettiğini dikkate alarak hizmet sunması gerektiği ileri sürülebilir. Hekimlerin ‘olağandışı durum’un tanımı gereği yükümlülükleri değişebilir, ancak tamamen ortadan kalkacağını söylemek olanaklı görünmemektedir. Burada hekimin olabildiğince hasta ve yaralılara yardım etmeyi öncelemesi ve hizmet sunumunda ayırım yapmama yükümlülüğüne özen göstermesi etik ikilemelerinin çözümünde yol gösterici olabilecektir. Çatışma bölgesindeki insanlar alması gereken sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılamaz. Hizmetler çeşitli nedenlere bağlı olarak aksayabilir, kaynakların dağıtımında birtakım sorunlar yaşanabilir; ancak hekimin olanaklar dahilinde sağlık hizmeti sunması meslek ahlakı ile uyumlu olacaktır.

Bununla birlikte, bu tür düzenleme ve kuralların pratikte ne kadar uygulanabileceği ayrı bir tartışma konusudur. Örneğin silahlı çatışmalar sırasında hizmet vermeye çalışan ambulanslara ve sağlık çalışanlarına ateş açıldığı haberleri medyaya yansımaktadır (Hürriyet, 2016). Bu gibi koşullarda bir silahlı çatışmanın ortasında kalan hastaya ulaşma ve ona hizmet sunma yükümlülüğünün nereye kadar geçerli olduğu ve bu yükümlülüğün gerekçelerinin sağlam olup olmadığı tartışma konusu olabilmektedir. Hekimin bu son derece dramatik koşullar içindeki yükümlülüğü, genel olarak, bir şekilde hastaya hizmet sunabilmenin yolunu aramak

biçiminde tarif edilebilir. Hekimden aktif çatışmaların devam ettiği bir ortama girerek kendi yaşamlarını tehlikeye atması bir yükümlülük olarak tanımlanamaz; tam da bu nedenle savaşlar ve silahlı çatışmalarda sağlık çalışanlarının işlerini yapabilmelerini sağlamaya yönelik özel uluslararası kurallar tanımlanmıştır. Hekim burada mümkün görünen imkânları meslektaşlarından da yardım isteyerek değerlendirmeli, güvenliklerini sağlamaya yönelik önlemlerin alınması için yetkililere çağrıda bulunmalı, bu sırada kendisine ulaşan kişileri yönlendirerek de olsa bir şekilde hizmet sunmaya çalışmalıdır. Bu koşullarda hekimin bilgi ve becerisinin yanında ‘yaratıcılığını’ kullanması önemli görünmektedir.

5.3.1.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının görüşleri silahlı çatışma senaryosunda değerlendirildiğinde, hizmet sunma yükümlülüğünün hasta hakları, geleneksel erdemler ve mesleği seçmiş olma gerekçeleri ile devam ettiğini ileri sürdükleri görülmektedir.

Hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ileri süren katılımcılar; *“Can güvenliğim sağlanmazsa mesleği yapmak istemem”, “2 aydır devlet çatışmayı çözemiyorsa ben de görevimi yapamam. Benim sorumluluğum değil”, “Devletin görevi güvenliği sağlamaktır, hekimin görevi tehlikeye atlamak değil”, “Seferberlik şartları olmadığından bu koşullarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğü olmamalı. Güven sağlanmalı”, “Başkasının sağlığı için kendi hayatımı feda edemem”, “Hekimin tercihine kalmıştır”* ifadeleri ile yükümlülüğün bulunmadığını belirtmişlerdir. Argümanlar genel olarak değerlendirildiğinde, hekim adaylarının silahlı çatışmalarda devletin sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlaması gerektiğini düşündükleri, güvenlik sağlanmadığı sürece hizmet sunma yükümlülüğünün olmadığını ifade ettikleri görülmektedir. Bir katılımcı silahlı çatışma ile seferberlik arasında bir ayırım yaparak hizmet sunma yükümlülüğünü buna göre değerlendirmiştir. Katılımcılardan bir kişinin de kendi hayatına daha fazla değer verdiğini belirtmesiyle de yükümlülüğünün olmadığını ifade etmek istediği söylenebilir. Bu argümanların hiçbirisi toplumsal sözleşme, geleneksel erdemler ya da hasta hakları ile gerekçelendirilmemektedir. Hekim adayları yükümlülüğün ortadan kalkabileceği üzerine sağlam bir argüman ileri sürmemektedir. Hekimlerin temel yükümlülüğünün

hizmet sunmak olduğu göz ardı edildiği, yükümlülüğün ortadan kalkması için kurulan argümanların sadece hekim yararını gözettiği ifade edilebilir. Bu söylem Hekimlik Andı'nda geçen "Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma..." ifadesi ile uyuşmamaktadır. Dolayısıyla bu argümanların hizmet sunma gerekçeleri olan toplumsal sözleşme ve geleneksel erdemler gerekçeleri ile uygunluk göstermediği ileri sürülebilir. Hekimin söz konusu silahlı bir çatışmada çatışmanın ortasına atlaması gerektiği ifade edilemez. Bununla birlikte hekim, başta bu mesleği seçerek topluma daima hizmet sunacağına dair söz vermiştir. Hizmet sunma gerekçelerinden biri de mesleği seçmiş olmadır. Tıp fakültesini seçerken mesleğin bu tür riskleri içerdiğini bilip bilmemesinden bağımsız olarak hekime bir sorumluluk düşmektedir. Dolayısıyla hekim adaylarının yükümlülüğün olmadığına dair ileri sürdüğu argümanlar meslek ahlakına aykırı olduğu gibi, insan hakları, yaşama hakkı gibi hakları da korumamaktadır. Bu argümanlar hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkmasını haklı çıkarmamaktadır.

5.3.2. Bulaşıcı hastalık salgınlarında

Hizmet sunma yükümlülüğünün nereye kadar olabileceği konusunda en tartışmalı alanlardan biri de bulaşıcı hastalık salgınlarıdır. Çünkü sağlık çalışanlarının mesleki maruziyetlerinden dolayı birçok mesleki hastalığa yakalandığı ve bunların birçoğunun ölümlü sonuçlanabildiği bilinmektedir. Örneğin enfeksiyon hastalıklarının en sık mesleki ölüm nedeni olduğu ve en çok da sırasıyla hemşireler, hekimler ve laboratuvar çalışanlarının etkilendiği bildirilmektedir (Sepkowitz ve ark., 2005).

Birçok bulaşıcı hastalıkla karşı karşıya kalan hekimlere, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), Hepatit C, AIDS, SARS gibi ölümcül ve etiketleyici olabilen hastalıklar solunum, temas ya da kan yoluyla bulaşabilmektedir. Bu konuda Dünya Sağlık Örgütü raporlarında yaşamını yitiren sağlık çalışanlarının ölüm oranlarına yer verilmektedir. Buna göre 2002 yılında SARS'ın ilk ortaya çıktığı Çin'in Guandong bölgesinde ölenlerin %30'unun sağlık çalışanı ve aileleri olduğu, aynı şekilde Vietnam'da ölenlerin büyük çoğunluğunun sağlık çalışanı olduğu ifade edilmektedir

(Civaner, 2007; Poon ve ark., 2004). SARS'ın küresel olarak 8,096 kişiyi etkilediği ve bunların %21'inin sağlık çalışanı olduğu belirtilmektedir (Ho ve ark., 2007; Poon ve ark., 2004). Sadece SARS değil, son 20 yılda Hepatit B, HIV enfeksiyonu, ilaca dirençli tüberküloz ve diğer bulaşıcı hastalıkların da sağlık çalışanlarını öldürdüğü ifade edilmektedir (Sepkowitz ve ark., 2005). DSÖ raporlarında örneğin Hepatit B enfeksiyonunun sağlık çalışanlarında görülme sıklığının diğer mesleklere kıyasla 3-6 kat daha fazla olduğu, hastalığın endemik olarak bulunduğu bölgelerde enfeksiyona yakalanma riskinin DSÖ tarafından %0.6-1.4 olarak belirlendiği belirtilmektedir (Akova, 1997). Bir cerrahın meslek hayatı boyunca HBV enfeksiyonuna yakalanma riskinin %40 civarında olduğu, bu sürede semptomatik HBV enfeksiyonu geçirme riskinin %10-20, fulminan hepatit riskinin %0.10-5, kronik karaciğer hastalığına yakalanma riskinin %4 ve karaciğer sirozu geliştirme riskinin de %1 civarında olduğu ifade edilmektedir (Akova, 1997). DSÖ, sağlık çalışanları arasındaki HIV vakalarının %2.5 oranında iğne batması ile oluştuğunu belirtmektedir (Sadoh ve ark., 2006). Güvenli iğneler kullanılmasına rağmen sağlık çalışanlarında mesleki risk olarak HBV, HCV veya HIV gibi enfeksiyonlara maruz kalmanın oldukça sık olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (Krawczyk ve ark., 2010). Bunun yanı sıra Ebola, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi gibi koruyucu önlemlerin yetersiz kaldığı veya enfeksiyon zinciri dahi tanımlanamamış salgınlarda birçok sağlık çalışanı kendisine bulaşan enfeksiyon nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bu durum Tıp Etiği alanında da önemli tartışmalar yaratmış ve hekimin böyle koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığına dair görüşler ileri sürülmeye başlanmıştır.

5.3.2.1.Genel Tartışma

Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskinin yüksek olduğu ve bu hastalıkların ölümlerle sonuçlanabildiği birçok araştırma ve raporda sayısal olarak ifade edilmektedir. Yaşamsal tehlikenin yanı sıra, mesleki risklerin sağlık çalışanları üzerinde psikolojik travmalar yaratması, çocuk doğurmanın ertelenmesi, cinsel alışkanlıkların sınırlanması, koruyucu ilaçların yan etkileri, iş kaybı, tazminat davalarının kaybedilmesi gibi kişisel yaşamı etkileyen pek çok başka olumsuz etkisinin olduğu da bilinmektedir (Civaner, 2007).

Sağlık çalışanlarının yaşamlarını bu denli tehlikeye atan salgınlarda hizmet sunma yükümlülüğünün nereye kadar olabileceğinin etik açısından tartışması bu açıdan önemli görünmektedir. Buna göre hekimin hizmet sunma yükümlülüğü, rutin korunma yöntemlerinin tam olarak sağlanamadığı, hastalığın kolay bulaştığı, hastalığın bulaş yolunun bilinmediği, etkin korunma ve tedavi yönteminin henüz bulunamadığı ve öldürücülüğünün yüksek olduğu durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığına dair argümanları meslek ahlakı, sağlık hakkı, hasta hakları ve yaşam hakkı bağlamında değerlendirmek gerekmektedir.

2003 yılında Kanadalı hemşire Lucy Smith, hastane yönetimine karşı gelerek SARS hastalarına hizmet sunacak sağlık ekibine katılmayı reddetmiştir (Sibbald, 2003). Hemşirenin sağlık hizmeti sunmayı bırakma gerekçesi hasta annesi ve üç çocuğuna bakması gerektiği, onlara karşı da sorumlulukları olduğudur (Sibbald, 2003). Lucy Smith'in davasında Ontario Hemşireleri Derneği, İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca, iş yerinin fiziksel durumu gereği çalışanların kendisi için güvenli olmayan koşullarda çalışmayı reddetme haklarının olduğunu belirterek hizmet sunmayı bırakmanın bir hak olduğunu savunmuştur (Sibbald, 2003). Burada üzerinde durulması gerektiği düşünülen bir konu olarak, sağlık çalışanlarının uygun olmayan koşullarda hizmet sunmayı reddetmesi bir "hak" olarak değerlendirilebilir mi? Bu bir hak mıdır? Rutin korunma yöntemlerinin yetersiz kaldığı, enfeksiyon zinciri henüz tanımlanamadığı bulaşıcı hastalıklarda hekimin yükümlü olup olmadığı tartışmalarının yanı sıra hizmet sunmayı reddetmenin bir "hak" olarak değerlendirilmesi tartışmasını ayrı değerlendirmek gerekli görünmektedir. Hizmet sunma yükümlülüğünü reddetmenin bir "hak" olduğu iddiasının sağlık hakkı, hasta hakları, toplum sağlığı ve mesleki değerlerle uyumlu olmadığı belirtilebilir. Söz konusu bulaşıcı hastalık durumunda hekimin yükümlülüğüne ilişkin kesin meslek kuralları getirmek oldukça güç görünmekle birlikte yükümlülüğü reddetmenin bir "hak" olamayacağını belirtmek gerekmektedir. Genel olarak mesleğin içereceği riskler ne kadar fazla olursa olsun meslek ahlakına aykırı olması dolayısıyla konuyu "hak" kavramı üzerinden tartışmaktan uzak durulması gerekmektedir. Türk Tabipler Birliği Hekim Hakları Bildirgesi'nde konuya ilişkin olarak *"hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek kişi olduğunu, ayrıca tıp mesleği ile toplum arasında bulunan*

geleneksel sözleşmenin gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü” belirtilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2010). Bu bağlamda hizmet sunma yükümlülüğünü ortadan kaldıracabilecek haklı gerekçeler ileri sürülebilir; ancak hizmet sunma yükümlülüğünü reddetmeyi bir “hak” olarak değerlendirmemek gerekmektedir. Hemşire Lucy Smith’in örneğinden yola çıkarak ele alınan koşulları acil bir durum olup olmamasına göre de değerlendirmek gerekmektedir. İleri sürülen gerekçelere bağlı olarak acil bir sağlık hizmeti gerektirmeyen koşullarda yükümlülüğün ortadan kalkabileceği düşünülebilir. Hizmet sunmayı bırakabilmenin ilk koşulu olarak sağlık hakkı, hasta hakları ve toplum sağlığını koruyan bir gerekçe belirtilmesi gerekmektedir. Hemşirenin belirtmiş olduğu gerekçeler göz önüne alındığında da belirtilen gerekçelerin bu kapsamda değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışmalıdır. Hemşirenin ileri sürmüş olduğu gerekçelere benzer gerekçeleri diğer sağlık çalışanları da ileri sürerek hizmet sunmayı bırakabilir. Bu durumda “sağlık hizmetini kim sunacak?” sorusu akla gelebilir. Diğer yandan hemşire Lucy Smith’in, hizmet sunma yükümlülüğüne dair, “Eğer bu benim yükümlülüğüm kapsamında ise neden iki kat ödeme öneriyorlar?” sorusunu sorarak haklı çıkarılabilecek bir gerekçe daha ifade etmektedir (Sibbald, 2003). Hastanenin önerdiği bu teklifin, hizmet sunumunu ortadan kaldırmayı kolaylaştıracağı ve sağlık çalışanlarının hizmet sunumunu bırakmayı kendilerinde bir “hak” olarak görmelerine neden olabileceği belirtilebilir. Mesleğin yürütülebilmesi, yaşama ve sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilebilmesi için “hak” sözcüğünden uzak durulması gerektiği burada bir kez daha anımsanmalıdır.

Konuyla ilgili ülkemizdeki düzenlemelerden Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nun 65. maddesi, sağlık çalışanlarını bulaşıcı hastalık salgınlarıyla ilgili olarak yapılacak tüm işlerde gerekeni yapmakla yükümlü kılmaktadır:

“Sari bir hastalık zuhur ettiği veya zuhurundan şüphelenildiği veya sari ve salgın bir hastalıktan vefat vuku bulduğu veyahut vefatın sari ve salgın bir hastalık tesiri ile husule geldiğinden şüphe edildiği ihbar olunur olunmaz hükümet tabipleri veya bulunmadığı mahallerde belediye tabipleri mahallinde lazım gelen tetkikatı icra ve hastalığın muhakkak olup olmadığını ve zuhuru

sebeplerini tahkik ile mafevke işar eyler. Sari hastalıklar tetkikatı yapan tabiplere bütün Devlet kuvvetleri müzaherete mecburdurlar”

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 15. maddesinde ise, hekimin hijyen ve korunmayı sağlamak amacıyla hizmet sunmayı bırakabileceği belirtilmektedir:

“Hastaya bakmak üzere bir aile nezdinde veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir. Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder”

Bu iki düzenleme dikkate alındığında, ülkemizde geçerli yasal düzenlemelere göre sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalık salgınlarında hizmet sunmakla yükümlü oldukları, hizmet sunmayı bırakabilmenin koşulu olarak ise belli bir hastaya hizmet sunarken diğer yandan toplum sağlığı ve hasta haklarını korumak gereken bir durumun söz konusu olması gerektiği ileri sürülebilir. Bu ifadeler sağlık çalışanlarının hizmet sunmayı reddetme hakkı biçiminde değil, hizmet sunma yükümlülüğünün çerçevesini belirleyen koşullar olarak anlaşılmalıdır.

Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda hizmet sunma yükümlülüğü için toplumsal sözleşme, en iyi bilen olma, geleneksel erdemler, hasta hakları ve mesleği seçmiş olma gerekçelerine dayandırılarak ahlaki bir temellendirme yapılmaktadır (Malm ve ark., 2008). Ayrıca mesleği seçen hekimin mesleğin içerdiği tüm riskleri bildiği ve bu riskleri kabullenerek mesleği seçtiğinden dolayı yükümlülüğün ahlaki bir ödev olduğu vurgusu yapılmaktadır (Malm ve ark., 2008). Hekimin mesleğin içerdiği tüm riskleri bilmiş olsaydı tıp mesleğini seçmeyebileceği görüşüne karşı olarak da mesleği seçmenin tıp eğitimi boyunca hekimin riskler hakkında bilgilenebileceği ve mesleğe devam ederek de bu risklere razı olduğunu gösterdiği ileri sürülmektedir (Malm ve ark., 2008). Bir diğer tartışmalı konu ise KKKA, Hepatit C gibi bulaşıcı hastalıkların yanı sıra, AIDS gibi öldürücü ve aynı zamanda etiketleyici bir hastalık söz konusu olduğunda hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığıdır. Bu konuda da hekimlerin tıp mesleğini seçerek standart bir risk düzeyini kabul ettiğini, ancak HIV'in standart risk düzeyini aşmadığı

belirtilmektedir (Daniels, 1991). Dolayısıyla hekimin AIDS hastalığı için hizmet sunmakla yükümlü olduğu belirtilmektedir.

İleri sürülen argümanlar değerlendirildiğinde hizmet sunma yükümlülüğünün toplumsal sözleşme, hasta hakları ve en iyi bilen olma gerekçelerine bağlı olarak devam ettiğini ileri süren argümanların sağlam olduğu görülmektedir. Mesleği seçmiş olmanın ise güçlü bir gerekçe olmadığı belirtilebilir. Hekimin tıp mesleğini seçerken mesleğin içerdiği tüm riskleri bildiği ve buna razı olduğu bir varsayımdır ve bu varsayımın tüm hekimler için geçerli olmadığı gösterilmiştir (Civaner ve ark., 2008). Kişi tıp mesleğinin içerdiği tüm riskleri bilmiş olsaydı bilinçli olarak bu mesleği seçmeyebilirdi. İkinci olarak tıp eğitimi boyunca mesleki riskleri öğrendiği ve mesleğe devam ederek bu risklere razı olduğu ileri sürülmektedir. Bu argümandaki temel sorun ise tıp eğitimi boyunca mesleğin içerdiği riskleri öğrenmenin risklere razı olunduğu anlamına gelmeyebileceğidir. Dolayısıyla mesleği seçmiş olma gerekçesi ileri sürülen argümanda yeterince sağlam değildir.

Diğer yandan bir araştırmada, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi bulaşan bir hekime “böyle bir durumla tekrar karşılaşırsanız hizmet sunar mısınız” sorusu yöneltildiğinde *“İhtiyaç olduğu zaman, yine olsa yeniden yaparım. Eğer benim müdahalem ile kurtulabilecek birine yardım etmezsem bir daha kendime aynada bakmam çünkü bu benim onurumu dahi yok edecektir. Bu şekilde yaşamının bir anlamı kalmaz sonrasında... Hastaların başka gidebileceği yer yok... Biz bu taşın altına gönüllü olarak elimizi koyduk (Mesleği seçerek ve devam ederek)”* ifadelerini kullandığı belirtilmektedir (Civaner ve ark., 2017). Oldukça etkileyici bu ifade hekimin mesleğin içerdiği riskleri bilip bilmemesi ya da bulaşıcı bir hastalığa yakalanma olasılığının yüksek olması ve daha önce hastalığın kendisine de bulaşmış olması anlamsız görünmektedir. Bu düşünceye sahip bir hekim “Hizmet sunma yükümlülüğünü mü yerine getirmektedir yoksa o bir kahraman mıdır?” sorusu sorulabilir. Hizmet sunma yükümlülüğünün sınırı nerede çizilebilir? Hangi durumlar bu çizginin altında veya üstünde kalabilir? Bu sorulara yanıt olarak, hekimin bulaşıcı salgınlardaki yükümlülüğünü risklerin düzeylerine / aşamalarına göre tanımlayan argümanlar da bulunmaktadır (Civaner, 2007). Diğer yandan hekimin yapması gerekeni yaptığından dolayı bir kahraman olarak nitelendirilemeyeceği ifade

edilebilir. Hekimin böyle durumlarda toplumsal sözleşme, en iyi bilen olma ve hasta hakları gerekçelerine bağlı olarak yükümlülüğü bulunmaktadır. Eğer hizmet sunma yükümlülüğü varsa, tıpkı çıkan bir yangında bir çocuğu yanmaktan son anda kurtaran itfaiye görevlisinin bir kahraman olarak nitelendirilemeyeceği gibi hekim de bir kahraman olarak nitelendirilemez.

Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi'nde bulaşıcı hastalıklarla ilgili hekimin yükümlülüğü (EK8);

- *“Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda; çalışma ortamında rutin korunma araçları bulunmuyor ve o hastalığın bulaş riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyor ise, hekim kendisini ve başkalarını korumak gerekçesiyle hastayı uygun olanakların bulunduğu yerlere yönlendirebilir. Böylesi bir durumda hekim çalışma ortamının olumsuzluklarının en kısa zamanda düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunmalıdır.*
- *Rutin korunma yöntemlerinin yetersiz kaldığı, enfeksiyon zinciri henüz tamamlanmamış bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, böyle bir duruma ilişkin kesin kurallar getirmek güç olmakla birlikte, Türk Tabipleri Birliği hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek kişi olduğunu, ayrıca tıp mesleği ile toplum arasında bulunan geleneksel sözleşmenin gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü anımsatır”*

şeklinde belirtilmektedir. Buna göre hekime en dramatik senaryo üzerinden bir yükümlülük tanımlanmaktadır. Bu kapsamda hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla toplumun diğer üyelerine kıyasla girişimde bulunabilecek tek üyesi olduğu hatırlatılarak bir sorumluluk yüklenmektedir. Burada tıbbın varoluş amacına da değinmek gerekmektedir. Bayat'ın “Tıp Tarihi” isimli kitabının önsözünde belirttiği *“Yeryüzünde vücut acısının kopardığı ilk çığlık, hekim çağırın ilk ses olmuştur”* ifadesine göre, bu sese kulak vererek yardım etme eyleminde bulunan kişinin de ‘hekim’ olarak değerlendirilebileceği ifade edilebilir (Bayat, 2003). Buna göre tıbbın varoluş amacının mesleğin yardım etme üzerine kurulu olduğu şeklinde

tanımlanan geleneksel erdemler de hekime bir yükümlülük düştüğünü göstermektedir.

5.3.2.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adayları bulaşıcı hastalıklara ilişkin yükümlülüklerinin olup olmadığına dair sırasıyla hasta hakları (%28,4), toplumsal sözleşme (%27,9), en iyi bilen olma (%26,1), geleneksel erdemler (%22,1) ve mesleği seçme (%20,3) gerekçelerine bağlı olarak yükümlülüğün devam ettiğini belirtmişlerdir.

Hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalktığını belirten argümanlardan biri “Hekim sağlığı daha ön planda olmalıdır” şeklinde ifade edilmiştir. Bu argüman değerlendirildiğinde örneğin daha iyi sağlık hizmet sunabilmesi için öncelikle hekimin sağlıklı olması gerektiği düşünülmüş olabilir. Bu konuda bir başka benzer argüman “*Ben sağlıklı olmazsam, sağlık hizmeti sunamam*”, “*Kendi sağlığımı koruyacak önlemler alınmadan müdahaleye kalkışmanın ölen kişi sayısını artırmaktan başka bir şeye yaramaz*” ve “*Hekim önce kendini korumalıdır. Teçhizat/malzeme yetersizliğinin olmaması, rutinde bir şey değiştirmeyebilir, ama enfeksiyon bulaş riski yüksek bir yere bile bile gitmek, bulaşa sebep olur*” şeklindedir. İleri sürülen iki görüşün de hasta yararı gözetilerek yükümlülüğün ortadan kalktığını ifade etmeye çalıştığı söylenebilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde argümanların haklı çıkarılabileceği belirtilebilir. Başka bir ifadeye göre “*Hekimin kendini koruma yükümlülüğü vardır*” şeklinde ileri sürülen argümanda ise hekim adayı yaşamsal bir içgüdü veya dini bir gerekçe olarak kendi yaşamını koruması gerektiği yönünde bir görüş belirtilmektedir. Hekimin kendisini koruması gerektiği bir yükümlülük olarak tanımlanmaktadır. Yükümlülüğün ortadan kalktığını hasta yararı ile değil hekimin kendi yararı üzerinden temellendirmeye çalışılmaktadır. Bu durumda hekimin Hekimlik Andı’nda geçen “Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağım...” ifadesi ile uyuşmayan bir söylem ürettiği ileri sürülebilir. Hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği koşullar olabileceği, bu koşullarda haklı çıkarılabilecek gerekçelere dayandırıldığında yükümlülüğün ortadan kalkabileceği daha önce belirtilmişti. Buna göre yükümlülüğün ortadan kalkabilmesi için hasta yararını koruyan bir gerekçe ileri sürülmesi gerekmektedir. İleri sürülen bir

diğer argüman “*Yüksek düzey laboratuvarlarda hastalık çalışılıp kür bulunmadan hekimin hizmet sunma yükümlülüğü yoktur*” şeklinde ifade edilmiştir. Bu argüman diğer argümanlara göre biraz daha farklı bir yaklaşım içermektedir. Buna göre hangi bulaşıcı hastalık ile mücadele edildiğinin bilinmesi ve bu hastalığın bir ilacının bulunması hizmet sunmanın birer koşulu olarak belirtilmektedir. Argümanın çürük yanı ise, hizmet sunma yükümlülüğünün laboratuvarlarda hastalıkların çaresi bulunduğu anda başlayacağını temelsiz olmasıdır. Hizmet sunmakla yükümlü olan hekim, toplumsal sözleşme gereği “hizmet sunacağım” biçiminde bir söz vermiştir. Ayrıca sağlık hizmetleri sadece hastalıkları tedavi etmek değil, sağlığı koruyucu, geliştirici ve esenlendirici hizmetlerin üretilmesi ve sürdürülmesi sürecini kapsayan bir bütündür. Hastalığın laboratuvarlarda çalışılıp bulunmasına kadar hekimin hastalıkla mücadele etmede koruyucu hekimlik görevleri de bulunmaktadır. Dolayısıyla argüman kendi içinde tutarsızdır.

Araştırma bulgularında katılımcılardan sınav puanına göre tıp fakültesini seçmeyenlerin anlamlı düzeyde daha fazla oranda hizmet sunma yükümlülüğü olduğunu belirttikleri saptanmıştır. Buna göre bulaşıcı hastalık salgınlarında tıp fakültesini daha bilinçli seçtiklerini varsayabileceğimiz hekim adaylarının daha bilinçli bir şekilde yükümlülüğün devam ettiğini belirttikleri ifade edilebilir.

Bir diğer bulgu ise mesleğin içerdiği riskleri bilmeye dairdir. Buna göre mesleğin içerdiği riskleri “bilsem seçmezdim” ifadesine katılmayanlar anlamlı düzeyde daha fazla oranda yükümlülüğün olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulguya göre tıp mesleğini severek ve isteyerek yapacak olanlar, mesleki riskleri bilmemiş olsalar da bu riskleri kabul ederek yükümlü olduklarını düşünmüş olabilirler.

5.4. Kişisel Değerler ve Mesleki Değerlerin Çatıştığı Durumlar

Hizmet sunma yükümlülüğünün tartışmalı hale geldiği konulardan biri de “vicdani ret” olarak da adlandırılan kişisel değerlerin mesleki değerlerin üzerinde tutulabileceği düşüncesidir. Tartışma konularının başında ise ‘gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması’ gelmektedir. Hekimin mesleki değerler ile kişisel değerlerinin çatıştığı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı tartışılmaya

başlanmıştır. Bu tartışmalara göre hekimin vicdani açıdan rahatsız hissettiği durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceğini belirten görüşler ileri sürülmeye başlamıştır.

Bu bölümde hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının kişisel değerler ile mesleki değerlerin çatışabildiği gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması konusu ile hekimin kişisel olarak hoşlanmayabileceği transseksüel hastaya bakma yükümlülüklerine dair ileri sürülen argümanlar analiz edilmiştir.

5.4.1. Transseksüel hastaya hizmet sunma

5.4.1.1.Genel Tartışma

Hizmet sunma yükümlülüğünün tartışıldığı konulardan biri transseksüel hastaya hizmet sunumudur. Bu bağlamda; ‘transseksüel hastaya hoşlanmadığı için bakmak istemeyen hekim’ haberleri medyada sıkça yer almaya başlamıştır. Bu haberlerde hekimin kişisel değerlerine aykırı bulduğu gerekçeleriyle hizmet sunmayı reddettiği, hizmet sunan hekimlerin bazılarının da trans bireye “acıma duygusu” nedeniyle baktığı yönünde haberler de bulunmaktadır.

Hekimin transseksüel hastaya hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği bir durum söz konusu olabilir mi? Örneğin hekim kişisel gerekçelerle hoşlanmadığı için hastaya nitelikli bir sağlık hizmeti veremeyeceği, dolayısıyla da hizmet sunma yükümlülüğü olmadığı yönünde hasta hakları ile gerekçelendirilen bir argüman haklı çıkarılabilir mi? Hekimin transseksüel hastaya sağlık hizmeti sunma gerekçelerinin başında ayırım yapmama yükümlülüğü ve hasta hakları gelmektedir. Hekimin ayırım yapmama yükümlülüğü, DTB Cenevre Bildirgesi’nde (EK1),

“Yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin, görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime”

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde (EK3.2),

“Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve diş tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.” (Madde 2).

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda (EK3.3),

“Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, (Ek ibare:4.7.2015) “cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim”, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür” (Madde 7)

biçiminde belirtilmektedir. Böylece hastaların hizmete erişimini söz konusu farklılıklarından dolayı kısıtlayabilecek durumların önüne geçilmeye çalışılmıştır. Ayrıca 2015 yılı itibariyle TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na “cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim” ibaresi eklenerek hastaların cinsiyet kimliği ve cinsel yöneliminden kaynaklanabilecek ayrımlara maruz kalmamaları gerektiği açıkça belirtilmiştir. Buna göre hekimlerin ayırım yapmama yükümlülüğü gerekçesine bağlı olarak hastaların gereksinimi olan sağlık hizmetini almaları için hizmet sunma yükümlülükleri bulunmaktadır.

Hekimin yükümlülüğü bırakabileceği koşulların var olabileceği, yükümlülüğü bırakabilme gerekçelerinin ise sağlık hakkı, toplum sağlığı ve yaşam hakkı gibi gerekçelerle temellendirilebiliyor olması gerektiği daha önce de belirtmeye çalışılmıştı. Hemen hemen bütün senaryolarda, ender de olsa, yükümlülüğün bir şekilde ortadan kalkabileceğine dair anlamlı ve haklı çıkarılabilir argümanlar bulunmaktadır. Ancak transseksüel hastaya bakma yükümlülüğü bulunan hekimin, bu yükümlülüğü ne hastaya “acıma duygusu” gerekçesiyle devam etmelidir, ne de hekim hoşlanmadığı için hastaya bakmayı reddedebilir. Meslek ahlakı gereği hekim her hastaya kişisel değerlerini öne çıkarmadan hizmet sunmakla yükümlüdür.

Hizmet sunmanın ortadan kalkabileceği bir argüman olarak ‘hekimin kişisel olarak hoşlanmadığı birine nitelikli bir sağlık hizmeti veremeyeceği’ yönündeki argümanın haklı çıkarılamayacağı ileri sürülebilir. Hizmet sunmakla yükümlü olan hekimin kişisel değerlerine göre değil, mesleki değerlerine göre hizmet sunması gerekmektedir. Kişisel değerlere göre yapılan ayırımın mesleğin korunması gereken değerlerini koruyamayacağı ve ayrımcılığın önünün alınamadığı bir kaosa yol açabileceği ileri sürülebilir. Hekimin kişisel değerlerine göre değil mesleki değerleri gözeterek sağlık hizmeti sunması bu açıdan önemli görünmektedir. Eğer mesleki değerler ile kişisel değerler birbiri ile çatışıyorsa hekim ya mesleki değerleri gözetmeli ya da hekimlik yapmamalıdır. Kişilerin kendilerine özgü farklılıkları, seçimleri, cinsiyetleri, etnik kökenlerine göre ayrımcılığa dayalı bir hizmette mesleki değerlerin korunamayacağı açıktır. Hastaların nitelikli bir hizmet alamayacağı yönündeki hasta yararı ile gerekçelendirilmeye çalışılan argüman, hasta hakları ile temellendirilemediği için kendi içinde tutarsız bir argümandır. Hasta hakları, hastaların gereksinimi olan sağlık hizmetine erişim hakkını kapsamaktadır. Her birey, insan olmasından kaynaklanan özelliği ile insan onuruna yakışır muamele görmeyi hak etmektedir.

5.4.1.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adaylarının argümanları değerlendirildiğinde; hizmet sunma yükümlülüğünün sırasıyla hasta hakları (%55,0) ve ayrımcılık yapmama yükümlülüğü (%47,3) gerekçelerine bağlı olarak devam ettiği belirlenmiştir.

İleri sürülen görüşleri incelediğimizde bir katılımcı “*Kişisel düşüncenin hasta tedavisiyle alakası yok!*” argümanı ile yükümlülüğün devam ettiğini belirtmiştir. Hekim adayı kişisel değerlerin hasta tedavisi ile ilgisi bulunmadığını ileri sürerek hastanın alması gereken sağlık hizmetinin önemine vurgu yapmaktadır. Kurulan argüman hasta hakları gerekçesi ile temellendirilerek yükümlülüğün devam ettiği belirtilmektedir. Bir başka katılımcı “*Transseksüel olmasından hoşlanmasam da, bunun sağlık hizmetine engel olduğunu düşünmüyorum.*” ifadesini kullanarak hekimin yükümlü olduğu hizmeti sunması gerektiğini ifade etmektedir. Kişisel değerlerine aykırı gelebileceği bir durum söz konusu olsa da bunun sağlık hizmetini

engellememesi gerektiğini, hastanın hizmete erişiminin sağlanmasının öncelikli olduğunu vurgulamaktadır. Başka bir katılımcı ise *“Hastanın cinsiyet seçimi hekimi ilgilendirmez.”* ifadesini kullanarak hekimin yükümlülüğünün kişisel düşünceleri ile hastaları yargılamak değil hastaya gereksinimi olan sağlık hizmetini sunmakla yükümlü olduğunu hatırlatmaktadır. İleri sürülen bu argümanların mesleki değerleri koruduğu, hasta hakları ve ayrımcılık yapmama yükümlülüğü gerekçelerine dayandıkları için sağlam oldukları ifade edilebilir. Hekim adaylarından bir kişi *“Onların toplum için zararlı olduklarını düşünmüyorum. Onlar da insan.”* ifadesini kullanarak yükümlülüğün devam ettiğini ileri sürmüştür. Bu argüman, trans bireylerin toplumda ötekileştirilmesi olgusuna işaret ettiği düşünülebilir. Hekimin hizmet sunma yükümlülüğünü kişilerin topluma zararlı olup olmadığı üzerinden düşünmesine ve onlara “acıma duyguları”na değil, ayırım yapmama gibi mesleki değerlere ve hasta haklarına dayanmaktadır. Bu açıdan argüman her ne kadar hekimin yükümlü olduğunu belirtmiş olsa da ileri sürdüğü gerekçe hastanın kişilik haklarını gözetmemektedir. Bu açıdan argümanın yeterince sağlam kurulmadığı ileri sürülebilir.

5.4.2. Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması

5.4.2.1. Genel Tartışma

Kişisel değerlerin mesleki yükümlülüklerin önüne geçebileceğinin ileri sürüldüğü önemli tartışmalardan biri gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması konusudur. Hekim, gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasını kişisel değerlerine aykırı olduğu gerekçesini ileri sürerek hizmet sunmayı bırakabilir mi? Tıp Etiği açısından “vicdani ret” başlığında oldukça önemli bir tartışma yaratan bu konuda yükümlülüğün olup olmadığına dair birçok argüman ileri sürülmektedir. Hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalktığına dair ileri sürülen argümanların başında ise hekimin yaşamın kutsallığı tezine inandığı, gebeliği sonlandırmanın canlılığa sahip bir varlığın yaşamını sonlandırmakla eşit görülebileceği ve anne karnındaki ceninin potansiyel insan olma özelliğine sahip olduğu gerekçeleri gelmektedir. Bu gerekçeler ışığında Figo Komitesi, *“Hekimin kişisel vicdanına göre tıbbi işlemleri*

hem yapma hem de reddetme hakkı” olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca Komite’nin kurallarından biri olarak “Eğer hekim, tıbbi olmayan nedenlerle istenen tıbbi hizmeti sağlayamıyor veya istemiyorsa, o hekim uygun yönlendirmeyi yapmak için tüm çabasını göstermelidir” ifadesine yer verilmektedir (Figo Komitesi, 2008). Buna göre hizmet sunma yükümlülüğü kişisel değerler ile mesleki değerlerin çatıştığı durumlarda sağlık hizmeti sunumu hekimin ‘vicdan’ı esas alınarak tanımlanmaktadır. Burada ‘hastaların acil olmaması’ ve ‘anne sağlığı açısından herhangi bir tıbbi sakınca olmaması’ ölçüt olarak alınmıştır. Hekimin yönlendirebileceği başka bir hekim de bulunuyorsa hizmet sunmayı bırakabilmesinde herhangi bir sakınca bulunmadığı belirtilmektedir. Bu argümanın kendi içinde tutarlı olduğu, ancak meslek ahlakı ve ilgili haklar ile uyuşmadığı belirtilebilir. Çünkü bu durumda hizmet sunma yükümlülüğü hekimin isteğine bağlanmaktadır. Böyle olduğunda hekim, topluma meslek ahlakı kurallarını koruyarak daima hizmet sunacağına dair verdiği söze aykırı hareket etmiş olacaktır. Mesleki değerleri koruma yükümlülüğü bulunan hekimin hizmet sunup sunmayacağı hekimin kişisel isteğine terkedilmesi mesleğin var oluş amacına zarar verebilir. Dolayısıyla argüman mesleki değerleri korumadığı, hizmet sunma ödevini hekimin isteğine bıraktığı ve hastanın gereksinimi olan sağlık hizmetine erişim hakkını korumadığı için haklı çıkarılamaz.

Yükümlülüğün devam ettiğine dair argümanlar ise kadın hakları, üreme hakları ve hasta hakları ile gerekçelendirilmektedir. Örneğin üreme hakkı gereği kadının isteğe bağlı gebeliği sonlandırabilme hakkını kullanabilmesi için sağlık hizmetlerinden yararlanması gerektiği belirtilerek hekim yükümlü kılınmaktadır (Civaner, 2012). Kadın haklarına göre ise kadının bedeni üzerindeki hakkını kendisinin kullanması gerektiği ve bunun kadının temel özgürlüklerinden biri olduğu vurgulanmaktadır (Çokar, 2008). Çokar’ın belirttiğine göre kadınlar bu haktan mahrum bırakıldığında yaşam hakları, sağlık hakkı ve doyurucu bir yaşam sürme hakkı sınırlanacaktır (Çokar, 2008). Dolayısıyla kadının bedeni üzerinde tanımlanmış hakları karşısında fetüsün haklarından söz etmek anlamsız görünmektedir.

İleri sürülen argümanlar değerlendirildiğinde hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının nereye kadar olabileceği sorgulanmalıdır. Gebeliğin isteğe bağlı

sonlandırılmasında, hakların yanı sıra toplumsal sözleşme, geleneksel erdemler, en iyi bilen olma ve mesleği seçmiş olma gerekçelerine bağlı olarak hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini belirtmek gerekmektedir. Ülkemizde yasal olarak yükümlülüğün devam ettiği Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un beşinci maddesinde;

“Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir.” (Madde 5)

şeklinde belirtilmektedir. Buna göre hekimin istek halinde on haftaya kadar olan gebeliği sonlandırma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Yükümlülüğün olmadığını ileri süren argümanlardan biri fetüsün yaşam hakkı olduğunu belirtmektedir. İleri sürülen bu argümana karşı görüş ise fetüsün yaşam hakkından tam ve eşit bir şekilde yararlanabilmesinden söz edilebilmesi için ‘kişi’ olması gerektiği belirtilmektedir (Çokar, 2008). Burada ortaya çıkan sorunlardan biri fetüsün kişi olup olmadığıdır. Buna göre fetüsün hangi doğum öncesi evrede bir insan olarak kabul edileceği ve ne zaman ‘kişi’ statüsüne erişeceğinin belirsiz olduğu ileri sürülmektedir (Çokar, 2008). Bu açıdan “Kişi nedir?” ve “Kişilik ne zaman başlar?” sorularının yanıtlanması gerekli görünmektedir. Bu sorulara ilişkin kişilik veya kişiliğin oluşması ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Örneğin, Türk Medeni Kanunu'nun 28. maddesinde,

“Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder.”

şeklindeki ifadede kişiliğin sağ biçimde doğum ile başladığı belirtilmektedir. Çokar'ın Mary Anne Warren'den alıntılanarak kişilik üzerine yaptığı kesin standartlar ise şu şekilde aktarılmaktadır (Çokar, 2008);

- “İç ve dış dünyaya karşı ‘bilinçli olmak’ ve özellikle acıyı hissetme yeteneğine sahip olmak,
- ‘Mantıklı düşünme’, yeni ve karmaşık sorunları çözme kapasitesinin olması,
- ‘Bağımsız hareket yeteneği’ genetik ya da doğrudan dış etkenlerden bağımsız eylemde bulunabilme,
- ‘İletişim kurabilme becerisi’ sadece verili içeriğe uygun araçlarla sınırlı bir iletişim değil farklı biçimlerde ve kısıtlanmamış bir iletişimi yürütebilmek,
- Birey ya da bir türün üyesi olduğunun ‘farkında olmak’ ve bu farkındalığı ‘kavramsallaştırabilmek’”.

Kişilik üzerine tanımlanan bu kriterlerin yeni doğmuş bir bebeğin bile karşılamada zorlanacak türde olduğu belirtilmektedir (Çokar, 2008).

Kişiliğin ne zaman başladığına dair ileri sürülen başka bir görüş, döllenmenin gerçekleştiği anı temel alan görüştür (Çokar, 2008). Hıristiyan inancına göre ise fetüsün ruh kazanarak canlanmasıyla kişiliğin oluştuğuna dair görüşler olduğu belirtilmektedir (Çokar, 2008). Diğer yaklaşımlardan biri de, fetüsün potansiyel bir insan kimliği taşıdığı ve bu potansiyele sahip olduğu için de anlaşılabilir bir değer taşıdığı, ancak bu değerın oluşmaya ne zaman başladığının saptanmasının zor olduğunu ileri süren gelişimsel görüştür (Çokar, 2008). Özetle insan yaşamının ne zaman başladığı, fetüsün bir insan olup olmadığı ve kişiliğin ne zaman başladığı soruları karşısında fetüsün bir yaşam hakkının olduğunu ileri sürmenin güç olduğu belirtilebilir. Dolayısıyla da kadının yaşam hakkı, sağlık hakkı, üreme konusunda karar verme hakkı karşısında fetüsün yaşam hakkından tam ve eşit bir şekilde yararlanabilmesi için sağlam bir gerekçe ileri sürülemez. Bu tartışmalar çerçevesinde Peter Singer, yaşamın başlangıcına dair yaptığı felsefi sorgulamada gebeliğin sonlandırılmasının ahlaki olarak gerekçelendirilebileceğini ileri sürmektedir (Singer, 2015). Gerçek yaşamda bir kadının gebeliği sonlandırma nedenleri çok farklı olabilir. Hekim hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı konusunu bu açıdan değerlendirmesi, kadının haklarının kısıtlanmaması için çok daha önemli görünmektedir. Hekim yükümlü olduğu hizmeti isteğe bağlı gebelikte de devam ettirmelidir.

Hekimin kişisel olarak inancı ve kişisel görüşleri mesleki değerlerin önüne geçmemelidir. Hekim inanç, vicdan gibi görece duygulardan oluşan kişisel değerlerine dayanarak isteğe bağlı gebeliği sonlandırmayı reddettiğinde, hizmet sunma yükümlülüğünün temel gerekçelerinden olan hasta hakları ve ayrımcılık yapmama yükümlülüğüne aykırı hareket etmiş olacaktır. Hekim hizmet sunma yükümlülüğüne dair topluma karşı söz verirken mesleki değerleri koruyup gözeteceğini ve kendisine kılavuz olarak meslek ahlakı kurallarını alacağını ifade etmektedir. Mesleğin yürütülebilmesi için bu değerlerin korunması ve meslek ahlakı kurallarına uyulması gerektiği söylenebilir. Meslek ahlakı değerleri, kişisel değerlerin aksine, kişiye göre değişmez; mutlaklardır. Bu açıdan hekim mesleki uygulamalarda kendisine ‘vicdan’, ‘inanç’ gibi duygulara yönelik kişisel değerleri ölçüt aldığı anda ayrımcılığın önü kaçınılmaz olarak açılabilir. Kişisel değerler ölçüt alındığında ise hastaların gereksinimi olan sağlık hizmetlerine erişim kısıtlanabileceği gibi sağlık hakkı ve kişilik hakları ile uyumlu olmayan sonuçlar da ortaya çıkabilir. Bunu engellemek için meslek ahlakı kurallarına ihtiyaç vardır. Hekim mesleğinin görev tanımında bulunan hizmeti bu açıdan sunmakla yükümlüdür. Bu nedenle ‘vicdan’ gibi kişisel ölçütler mesleki uygulamayı yapmayı reddediyor veya engelliyorsa hekimin bu mesleği yapmaması gerekir. Dolayısıyla kişisel değerler hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabilmesi için haklı çıkarılabilen bir gerekçe değildir.

5.4.2.2.Hekim adaylarının argümanlarının değerlendirilmesi

Hekim adayları gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması yükümlülüğünün, hasta hakları (%49,1) ve ayrımcılık yapmama yükümlülüğü (%17,1) gerekçeleri ile devam ettiğini belirtmişlerdir.

Yükümlülüğün olmadığını ileri süren argümanlar da ise, “Acil bir tıbbi endikasyon yok ve o bebeğin de yaşama hakkı vardır” gerekçesi ile anne karnındaki embriyon ve fetüsün yaşama hakkı olduğu ileri sürülmüştür. Söz konusu argümanın çürük yanı embriyon ve fetüsün yaşama hakkının olup olmadığı sorusunun yanıtı üzerinde uzlaşılammış olmasıdır. Burada insan-kişi ayrımının yapılması, yaşamın ne zaman başladığı gibi soruların yanıtlanması güç görünmektedir. İleri sürülen bir

diğer argüman; “Biz insanların sağlığını korumaya çalışıyoruz. Gebeliği sonlandırmak kişiyi sağlıklı yapmaz. Ayrıca gebe kalmanın kişiye zararı yoktur. Tıbbi terminasyon endikasyonlarına uyulmalı. Kişi ısrarla sonlandırmak istiyorsa, bu konuda vicdani sıkıntısı olmayan hekimler var. Onlara terminasyon yaptırabilir.” ifadesinde hekimin koruyucu sağlık hizmeti verdiği, bu nedenle de gebeliği sonlandırmanın bir sağlık hizmeti olmadığı gerekçesi ileri sürülerek hizmet sunma yükümlülüğünün bulunmadığını belirtmektedir. Argümanın iç tutarsız olduğu ifade edilebilir. Sağlığı fiziksel, zihinsel ve toplumsal boyutlarının bir arada olduğu bütünlüklü bir bakış açısı ile değerlendirmek gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmeti sadece koruyucu ya da tedavi edici bir hizmet alanı değil, koruyucu, tedavi edici, geliştirici ve esenlendirici boyutları olan bir bütündür. Ayrıca, gebeliği sonlandırmanın da koruyucu sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilebileceği gözden kaçırılmamalıdır. Birçok kadın istemediği gebeliği kendi yöntemleri ile sonlandırmaya çalışmakta ve bu çabaları ölümle dahi sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla tıbbi bir sakınca olmasa bile gebeliği sonlandırmak sağlık hizmeti kapsamında değerlendirilmelidir.

Bir katılımcı hizmet sunmama gerekçesini, “İnsanlar inandıkları için yaşarlar. Değerlerime karşı gelemem.” ifadesi ile belirtmiştir. Bu ifadeye göre kişisel değerler, mesleki değerlerin oldukça üzerinde tutulmaktadır. Argümanın belirtmiş olduğu ‘insanların inandıkları için yaşadıkları’ düşüncesinin kişisel bir çıkarıma dayandığı ifade edilebilir. Ayrıca yükümlülüğün ortadan kalkabilmesi için ancak hasta yararını koruyan bir gerekçe ileri sürüldüğünde argümanın haklı çıkarılabileceği daha önce belirtilmişti. Bu argümanda ise hasta yararını koruyan bir gerekçe değil, kişisel bir görüş ileri sürülmektedir.

Bir katılımcı yükümlülüğünün olmadığını “Kişisel inanışlar yasalardan üstündür ve saygı duyulmayı hak eder. Onun isteklerini yapmam kendi özsaygıma zarar verebilir. İncancım açısından da sorumlu olmak istemem.” şeklinde belirtmiştir. Argüman, kişisel inançların yasal haklardan ve mesleki değerlerden daha üstün olduğunu, kişisel değerler ile mesleki değerler çatışmasında kişisel değerler korunmazsa kişinin kendisine olan saygısını yitireceğini ileri sürmektedir. Ayrıca argümana göre gebeliği sonlandırmak dini inançlar ile ters düştüğünden hekimin

yükümlülüğünün ortadan kalktığı belirtilmektedir. Argüman değerlendirildiğinde kendi içinde tutarlı görünmektedir; ancak kişisel inançların yasal haklardan ve mesleki değerlerden üstün olduğunun ileri sürülmesi öncülün kişisel bir kabule dayalı olduğunu göstermektedir. Bu noktada kişisel değerlerin göreliliği olduğu anımsanmalıdır. Argümanda hastanın isteklerini yapmanın hekimin özsaygısına zarar verebileceği belirtilmektedir. Hekim burada hastanın isteklerini değil hizmet sunma ödevinin gereğini yerine getirmektedir. Hekimin yükümlü olduğu ödevi yerine getirmesi ile kendisinin özsaygısına zarar verebileceği yönündeki ilişki mantıksal olarak hatalıdır. Aslında tersine, hekimin hizmet sunmayı bıraktığında özsaygısına zarar gelebileceği ileri sürülebilir. Çünkü hekim bu durumda hizmet sunacağına dair verdiği sözü tutmamış, mesleki değerleri korumamış olacaktır. Argüman ayrıca bu durumun inancı ile örtüşmediğini ileri sürmektedir. Burada kişilerin inanç özgürlüğünün bulunduğu dikkate alınarak hekimin yükümlü olup olmadığı değerlendirildiğinde de argüman sağlam olmadığı görülmektedir. Bütün mesleklerde olduğu gibi tıp mesleğinin yürütülmesinde de meslek ahlakı kurallarına ihtiyaç vardır. Kişi bu mesleği seçerek bu kurallara uyacağını ve özellikle hekimler için tıp mesleğinin değerlerini koruyup gözeteceğini taahhüt etmiştir. Hekimlik Andı, hekimin topluma verdiği bu taahhüdün ifadesidir. Bu nedenle hekimin mesleğin yürütülmesinde dini inançlarını değil meslek ahlakı kurallarını kılavuz alması gerekmektedir. Dolayısıyla ileri sürülen görüş haklı bir gerekçeye dayandırılmamaktadır.

Hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini belirten argümanlar değerlendirildiğinde, katılımcılardan biri “Hasta bizden yasal çerçeveler içindeki hakkı olan, gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ile baş vurmuş. Eğer bu durumdan rahatsız isek en başından kadın doğum uzmanı olmamalıydık” şeklindeki cümleleriyle yükümlülüğünün devam ettiğini, mesleki değerlerin kişisel değerlerin üzerinde olduğunu ve hekimin hasta haklarını koruması gerektiğini ifade etmiştir. Argüman yukarıdaki paragrafta da açıklanan gerekçelerle iç tutarlı ve sağlamdır. Kişisel değerlerin kullanılması durumunda hastaların gereksinimi olan hizmetlere erişim hakları kısıtlanacak ve hekim ayrımcı davranmış olacaktır. Hastanın başka bir hekime yönlendirilerek hizmete erişimi sağlanmış olsa da hekim yine ayrımcı davranmış olacaktır. Burada dezavantajlı konumda olan hastanın psikolojik açıdan

zarar görebileceği ve hasta üzerine tıp kurumuna karşı güveni zedeleyici bir etki oluşabileceği de göz önüne alınmalıdır. Dolayısıyla hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini belirten argümanın hasta yararını gözettiğinden meslek ahlakı ile uyumlu, hasta haklarını koruması açısından sağlam olduğu belirtilebilir. Hekimin kişisel değerleri mesleki uygulamayı yapmamasını gerektiriyor ve hekim bu çatışmayı mesleki değerler lehine çözemiyorsa, argümanda belirtildiği gibi hekim bu mesleği yapmamalıdır.

Araştırma bulgularına göre, sözlü şiddete uğramayanlar uğrayanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla hizmet sunma yükümlülüğünün olduğunu belirtmiştir. Sözlü şiddete maruz kalanlar maruz kalmayanlara göre çok daha kolay hizmet sunmayı reddetmişlerdir. Bu durumun çeşitli nedenleri olabilir. Sözlü şiddete uğradığını belirtenlerin hastalara karşı önyargı geliştirmiş olabileceği düşünülebilir. Bu bağlamda, sözlü şiddetin mesleki değerleri korumayı güçleştirerek hekimlerin kişisel değerlerini kullanmasına daha çok neden olduğu veya olabileceği bir olasılık olarak değerlendirilebilir.

Araştırmanın bir diğer önemli bulgusu ise, sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenlerin tamamının hizmet sunma yükümlülüğünün devam ettiğini belirtmiş olmasıdır. Burada sağlık hakkının sadece ödeme gücüne göre erişilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler, gebeliğin sonlandırılmasını hastanın 'parasını ödediği sağlık hizmetini alması gerektiği' biçiminde değerlendiriyor olabilirler. Dolayısıyla piyasa mantığının gebeliğin sonlandırılması senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğü üzerinde bir etkisinin olabileceği düşünülebilir. Piyasalaşmanın bu olası etkisi, hizmet sunma yükümlülüğünün diğer boyutlarında olduğu gibi, ileri çalışmalar ve tercihen niteliksel araştırmalarla incelenmelidir.

5.5. Yeniden Değerlendirme

5.5.1. Olumsuz Çalışma Koşulları

Korunma için gerekli malzemelerin eksikliği ya da yetersizliği durumunda

Yetersiz korunma malzemesi senaryosunda hizmet sunma yükümlülüğünün olup olmadığı, literatür ve hekim adaylarının argümanları da dikkate alınarak tekrar değerlendirilmiştir. Acil girişim gerektiren durumlarda hekim var olan malzemeler ile korunmaya yönelik önlemleri olabildiğince alarak hizmet sunmakla yükümlüdür. Çünkü kişinin yaşam hakkı diğer hakların üzerindedir. Hizmet sunma yükümlülüğünün toplumsal sözleşme, geleneksel erdemler ve hasta hakları gerekçeleri hala geçerlidir.

Acil girişim gerektirmeyen durumlarda ise hekimin hizmet sunma yükümlülüğü olmadığını söyleyebilmek için hasta yararını koruyacak bir gerekçe ileri sürülmelidir. Eğer hekimin yapacağı girişim ile hasta ve toplum sağlığını riske atabilecek bir durum oluşması söz konusu ise hizmet sunma yükümlülüğü ortadan kalkabilir.

Malzemelerin kalitesizliği durumunda

Kalitesiz malzeme senaryosunda 'Genel Tartışma' bölümünde ileri sürülen savlar ve hekim adaylarının görüşleri ışığında tekrar değerlendirildiğinde, hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün, hasta yararını koruyacak bir gerekçe ileri sürüldüğünde ortadan kalkabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Hastanın acil olup olmaması göz önünde bulundurulması gereken bir ölçüttür. Hastanın durumu acil değil ise hasta yararını nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı üzerinden tanımlamak gerekir; bu gerekçe ile hizmet sunma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hastanın durumu acil ise, tersine, hekim hizmet sunmalıdır.

Hekimin zaman ve sayı baskısı altında çalıştığı performansa-dayalı ödeme sisteminde

Performansa-dayalı ödeme sistemi hasta-hekim ilişkisinde karşılıklı olarak bir değişim/dönüşüm yaratmaktadır. Bu değişimin ana unsuru hasta-hekim etkileşimindeki güvene dayalı ilişkiyi zedeleyerek toplumsal sözleşmenin çözülüyor oluşudur. Toplumsal sözleşmenin çözülüyor oluşu ise hekimlerin diğer hizmet sunma yükümlülüğü gerekçelerinden olan ‘hasta hakları’ ve ‘mesleğin geleneksel erdemlerinin yardım etmeyi gerektirmesi’ üzerinde negatif bir etkiye neden olmaktadır. Hekim adaylarının argümanları bu temelde değerlendirildiğinde; genel olarak hasta haklarını gereksinime uygun sağlık hizmetlerine erişim şeklinde anlayanlar hasta yararını gözeterek yükümlülüğün olmadığını ifade etmişlerdir. İleri sürülen argümanlar yeniden değerlendirildiğinde; hekimin yükümlülüğünün nitelikli bir sağlık hizmeti sunmak olduğu, performansa-dayalı ödeme sisteminin hekimin nitelikli sağlık hizmeti sunmasını engellediği, dolayısıyla hekimin zaman ve sayı baskısı altında kalsa bile yükümlü olduğu hizmeti sunmada hasta haklarını koruması, toplumsal sözleşme gereği mesleki değerleri koruyarak hizmet sunması, genel olarak ise piyasalaşmaya bağlı olarak hasta-hekim ilişkisinde yaşanan dönüşümü geriye çevirmek yönünde çaba göstermesi gerekliliği gerekçelerine dayanarak hizmet sunma yükümlülüğünün söz konusu koşullarda ortadan kalktığı görülmektedir.

Hekimin aşırı yorgun olduğu durumlarda yükümlülüğü

'Aşırı yorgunluk' senaryosunda hekimin yükümlülüğünün ortadan kalkabileceği düşüncesi, hasta hakları ve insan haklarına dayandırılarak temellendirilmiştir. Bu konuda hekim adayları da, hastanın gereksinim duyduğu sağlık hizmetini alabilmesi için hekimin doğru tanı ve tedavi uygulaması gerektiğini, bunun da ancak uygun fiziksel koşullarda olanaklı olabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenle de aşırı yorgunluk senaryosunda yükümlülüğün ortadan kalkabileceğini hasta yararını gözeterek ve hasta hakları gerekçesi ile temellendirmişlerdir.

Piyasalaştırılan sağlık hizmetlerinde hekimin aşırı yorgunluğuna daha fazla dikkat çekilebilir. Performansa-dayalı ödeme sistemi gibi hekimleri fazla mesai

yapmaya zorlayan politikaların, nitelikli bir sağlık hizmeti sunumunun önüne geçeceği ifade edilebilir. Hekimin ayrıca insan hakları gereği düzgün çalışma koşullarının olması gerekmektedir. Dolayısıyla hekimin aşırı yorgunluğu senaryosunda, hizmet sunma insan hakları ve insan haklarının sağlık alanına yansması olan hasta haklarına aykırıdır. Hekim adaylarının görüşleri de bu savı desteklemektedir. Sonuç olarak, hekimin aşırı yorgun olduğu durumlarda hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçeleri, özellikle de gereksinim duyulan hizmete erişim hakkı hekimin hizmet sunma yükümlülüğünü ortadan kaldırmaktadır.

5.5.2. Şiddet

Sözel Şiddet

Sözlü şiddette hekimin hizmet sunma yükümlülüğü olup olmadığına ilişkin savlar, literatürdeki argümanlar ve hekim adaylarının görüşlerinden de hareketle tekrar gözden geçirildiğinde, yükümlülüğün olmadığı yönünde ileri sürülen argümanların haklı çıkarılabilmekte olduğu görülmektedir. Yükümlülüğü ortadan kaldıran gerekçeler hasta hakları ve kişilik hakları ile temellendirilmektedir. Bu gerekçelerin hastanın acil olmaması ve yönlendirilebilecek başka bir hekimin bulunması koşullarının sağlanıyor olması durumunda sağlam olduğunu belirtmek gerekmektedir.

Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet senaryosu literatürdeki argümanlar ve hekim adaylarının görüşleri de dikkate alınarak tekrar gözden geçirildiğinde; toplumsal sözleşme ve mesleğin geleneksel olarak yardım etme erdeminin bulunması gerekçelerinin geçersizleşmesine dayanarak hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalktığı temellendirilebilmektedir. Hekim adaylarının görüşleri de bu yöndedir. Fiziksel şiddete maruz kalma hekimin hizmet sunma yükümlülüğünü ortadan kaldıracabilecek koşullardan en önemlileri arasında sayılabilir. Yükümlülüğün olduğunu ileri sürenlerin argümanları ise oldukça tartışmalı gerekçelere dayanmakta olup sağlam değildirler.

5.5.3. Olağandışı Durumlar

Silahlı Çatışma

Silahlı çatışmalar, kaynakların gereksinimlerden daha az olmasıyla karakterize olağandışı durumlara bir örnektir. Hekimlerin hizmet sunma yükümlülükleri konusunda ileri sürülen argümanlar literatürdeki argümanlar ve hekim adaylarının görüşleri de değerlendirilerek tekrar gözden geçirildiğinde; ancak hizmet sunabilmek için aktif çatışmaların içine girmek gerektiğinde yükümlülüğün tamamen ortadan kalkabileceği, bunun dışında hizmet sunma yükümlülüğünün olanak ve koşullar elverdiğince yerine getirilmesi gerektiği düşüncesine ulaşılmıştır. Hekimin başta gelen görevi gereksinilen hizmeti sunmaktır. Bu yükümlülük ona silahlı çatışma gibi durumlarda uluslararası düzeyde tanınmış Cenevre Konvansiyonları gibi düzenlemelerle hükümetler tarafından bir ayrıcalık tanınmasını sağlamıştır. Bu ayrıcalığın ne kadar sağlanabildiği ayrıca tartışılabilir. Ancak hekim tanınmış bulunan bu ayrıcalığa göre hareket etmelidir; bu da hizmet sunmayı gerektirmektedir. Yükümlülüğün gerekçeleri değerlendirildiğinde ise başta toplumsal sözleşme ve hasta hakları olmak üzere, yaşamını insanlığın hizmetine adayacağına söz veren hekimin deyim yerindeyse ‘elini taşın altına koyarak’ hizmet sunması gerekmektedir. Hekim adaylarının argümanları değerlendirildiğinde adaylar aynı gerekçelerle yükümlülüğün olduğunu ileri sürmüşlerdir. Yükümlülüğün olmadığını belirten argümanlar ise meslek ahlakı ile insan hakları, hasta hakları, yaşama hakkı gibi temel insan haklarını korumamaktadır; bu açıdan ileri sürdükleri görüşler haklı çıkarılamamaktadır.

Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıklarda hekimlerin yükümlülükleri, literatürde ileri sürülen argümanlara ve hekim adaylarının görüşlerine göre tekrar değerlendirildiğinde, hizmet sunma yükümlülüğünün toplumsal sözleşme, hasta hakları ve en iyi bilen olma gerekçelerine bağlı olarak devam ettiği görülmektedir. Bununla birlikte, yükümlülüğün bazı özel koşullarda ortadan kalkabileceğine dair ileri sürülen argümanlar meslek ahlakı yükümlülükleri açısından haklı çıkarılamamaktadır. Bulaşıcı hastalıklarda hekimin yükümlülüğünün devam ettiğine dair mesleği seçme

gerekçesi diğer gerekçelere göre zayıf kalmaktadır. Ancak hekimin yükümlülüğünün devam ettiğini ileri sürülen diğer gerekçeler oldukça sağlam görünmektedir.

5.5.4. Kişisel Değer Çatışması

Transseksüel Hasta

Hekimlerin transseksüel hastalara karşı, kişisel olarak hoşlanmıyor ya da çeşitli gerekçelerle kişisel ahlaki değerlerine ters buluyor olsalar dahi, hizmet sunma yükümlülükleri devam etmektedir. Bu yükümlülük ‘ayırım yapmama yükümlülüğü’ ve ‘hasta hakları’ gerekçeleri ile sağlam biçimde temellendirilebilir. Hekim adayları da argümanlarını ‘hasta hakları’ ve ‘ayırım yapmama’ yükümlülüğü gerekçelerine dayandırmışlardır. Dolayısıyla transseksüel hastada hekimin yükümlülüğünün ortadan kalkabileceğine dair haklı çıkarılabilecek bir gerekçe bulunmamaktadır.

Gebeliğin sonlandırılması

Konuyla ilgili argümanlar değerlendirildiğinde; hekimin hizmet sunma yükümlülüğünün gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasında toplumsal sözleşme, hasta hakları ve ayırım yapmama yükümlülüğü gereği devam ettiği sonucuna ulaşılmaktadır. Yükümlülüğün olmadığını ileri süren argümanların çıkış noktası ‘vicdan’ ve ‘inanç’ gibi kişisel değerlerin mesleki değerlerin üzerinde olabileceği görüşüdür. Burada hangi değer harcanması hangilerinin korunması gerektiği konusunda yöntem olarak belirlenen ölçütler yol gösterici olacaktır. Buna göre, kadının üreme hakkı, kişilik hakkı ve sağlık hakkı gereği bedeni üzerinde kendi kararını yaşama geçirebilmesi için hizmete erişmesi gerektiği dikkate alındığında hekimin gebeliği isteğe bağlı sonlandırmakla yükümlü olduğu ortaya çıkmaktadır.

Hekim adaylarının argümanları değerlendirildiğinde yükümlülüğünün ortadan kalkmasını haklı çıkarılabilecek bir gerekçe bulunmamaktadır. Yükümlülüğünün devam ettiğini ileri süren argümanların daha sağlam olduğu, sağlık hakkı ve hasta hakları ile uyumlu oldukları ifade edilebilir.

Son olarak, mesleki değerlerde kişisel değerlerin dikkate alınmaması gerekmektedir. Çünkü hekim bu mesleği seçerek topluma daima hasta yararını gözeterek hizmet sunacağına, kendi değerleri yerine mesleki değerleri kılavuz alacağına, hastaların yaşam, sağlık, kişilik ve onuruna saygı göstereceğine, mesleki gizliği her koşulda koruyacağına ve hastanın özerkliğine saygı göstereceğine dair söz verir (Civaner, 2013b). Bu nedenle kişisel değerler mesleki uygulamayı yapmayı reddediyor veya engelliyorsa hekim bu mesleği yapmamalı ya da Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlığı alanını seçmemelidir.

5.6. Sonuç

5.6.1. Hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları ve gerekçelerinin sağlamlığı

Hizmet sunma yükümlülüğünün sınırları olup olmadığı ve varsa bu sınırların nasıl çizilebileceği Tıp Etiği açısından tartışılan önemli sorular olmaya devam etmektedir. Bu tezin amacı hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarını Tıp Etiği açısından analiz etmektir. Bu analiz sonucunda genel olarak hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının olduğu belirtilebilir. Bu sınırın genel olarak hastanın hizmete erişimini engellemeyen, sağlık hakkını koruyan ve meslek ahlaki yükümlülükleri ile uyumlu bir şekilde çizilmesi önemli görünmektedir.

Günümüzde sağlığın neoliberal politikalarla uyumlu bir sağlık sistemi ve bu sisteme uygun nitelikte çalışanlarca belirlenmesi hedeflenmektedir. Amaçlanan bu politika ile sağlık çalışanlarından özellikle hekimlerin hizmet sunma gerekçelerini olumsuz etkilediği birçok yazar tarafından da belirtilmektedir. Bu olumsuz etki hizmet sunumunun birincil gerekçelerinden sayabileceğimiz “toplumsal sözleşme” üzerinde görülmektedir. Bunun yanı sıra, hastanın müşteri olarak görüldüğü ve piyasa kurallarının geçerli olduğu hizmet anlayışında hasta hakları “gereklenen sağlık hizmetlerine erişim hakkı” anlamından uzaklaşarak “müşteriyi olabildiğince memnun etme” kaygısına dönüştürülmesi ve bu anlayışın sağlık çalışanları tarafından giderek içselleştirilebilmesi, hizmet sunma yükümlülüğünün diğer gerekçelerinden biri olan ‘hasta hakları’ gerekçesini de zayıflatmaktadır.

Tez çalışması boyunca elde edilen bir başka kaygı verici sonuç, sağlık hizmetlerinin ödeme gücü ve maliyet-etkinlik ölçütlerine göre sunulduğu bir sağlık sisteminde sağlık hizmetlerine erişim hakkının kendisine sağlam bir temel bulamaması, mesleki değerlerin korunmasının ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunumunun giderek zorlaşması, dolayısıyla da hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının giderek ekonomik ölçütlerle belirlenmeye başlanmasıdır. Özelleştirme politikaları çerçevesinde birer 'işçi' konumunda olan hekimlerden mümkün olan en iyi hizmeti vermesini beklemek, sağlık hizmetlerine erişim hakkı, mesleki değerlerin mutlaklığı, kişisel değerleri kullanmama gerekliliği gibi hizmet sunma yükümlülüğünün birincil unsurlarının korunmasını sağlamak, bir tür pazar haline getirilen sağlık hizmetlerinde mümkün görünmemektedir.

Bu genel sonuçların yanı sıra, hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarının tartışıldığı 'olumsuz çalışma koşulları', 'şiddet', 'olağandışı durumlar' ve 'kişisel değerler' başlıklarında Tıp Etiği açısından ulaşılan sonuçlar aşağıda ifade edilmektedir.

5.6.2. Olumsuz Çalışma Koşulları

- Eldiven, maske gibi hizmet sunumu sırasında korunma için gerekli malzemelerin eksik ya da yetersiz olduğu durumlarda hekimin hizmet sunma yükümlülüğü hasta acil ise vardır. Bu yükümlülük toplumsal sözleşme, hasta hakları ve en iyi bilen olma gerekçelerine bağlı olarak devam etmektedir.
 - Yükümlülüğün olmadığını belirten görüşler genellikle hekimin kendi sağlığını riske attığı ve başkalarına bulaş riskini artırabileceği yönündedir. Bu savların hekimin mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklı olabileceği göz önüne alındığında sağlam ve ikna edici olmadığı belirtilebilir.
 - Hekim adayları sağlık hizmetleri sunumunu arz-talep mantığına göre değerlendirebilmektedir. Bu düşünce ile çok daha kolay bir şekilde yükümlülüğün olmadığını ileri sürmüş

olabilirler. Burada kaygı verici olan, piyasa mantığının hekim adaylarının düşünceleri üzerinde etkili olabildiğidir.

- Tıbbi girişimde kullanılacak malzemelerin kalitesiz olduğu, SGK'nın sadece ucuz malzemeyi karşıladığı ve hastanın ödeme gücüne göre sunulan sağlık hizmetlerinde, acil durumlar dışında hekimin hizmet sunma yükümlülüğü bulunmamaktadır.
 - Yükümlülüğün devam ettiğine dair ileri sürülen ve hastanın tedavi alma hakkının kısıtlandığını belirten argüman geçerli değildir. Hastanın gereksinimi tıbbi girişim için uygun nitelikte bir malzemenin kullanılmasıdır. Hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti vermek yükümlülüğü de ancak uygun nitelikte bir malzemeyi kullanmasıyla yerine getirilebilir.
 - Hizmetin ödeme gücüne göre sunulduğu, kalitesiz malzemeyi kullanmak durumunda kalan hekimin ayrımcı davranması kaçınılmaz olduğundan olumsuz yönde etkilenmektedir.
- Performansa-dayalı ödeme sisteminde belli süre ve sayıda hastaya bakmanın üzerinde bir yükümlülüğü olmamalıdır. Performansa-dayalı ödeme sisteminde hekim bu sınırı aşmaktadır. Bununla birlikte bu sınırın üzerinde hasta bakmak, hastaların gereksinim duyduğu sağlık hizmetini karşılamamakta, nitelikli sağlık hizmeti alma hakkını kısıtlamaktadır.
 - Sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin bu sistemde daha iyi hizmet vermek yerine kendisini veya işini korumaya odaklandığı, daha çok rekabet ve daha çok kazanç sağlama becerisi kazandığı ve nitelikli bir sağlık hizmeti verme kaygısından uzaklaştığı birçok çalışmada da belirtilmektedir.
 - Araştırma bulgularında katılımcıların sağlık hakkına dair düşünceleri dikkate alındığında, herkesin sağlık hakkı olmadığını düşünenler ile sağlık hakkının ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsadığını düşünenler daha

fazla oranda hizmet sunmakla yükümlü olduklarını belirtmiştir. Bu bulgu, hizmet sunma yükümlülüğünün temel gerekçelerinden biri olan “toplumsal sözleşme” nin çözülüşünün bir göstergesi olarak ifade edilebilir. Sağlık hizmeti sunmada hekimin toplumsal sözleşme gereği daima hasta yararını gözetmesi, mesleki değerleri koruyarak nitelikli bir hizmet sunmasının değil, rekabete dayalı iş dünyası mantığının hakim olmaya başladığının bir göstergesi olabileceği belirtilebilir. Bu durumun hekim adaylarının değer yargıları üzerinde etkili olabileceği dikkate değer görünmektedir. Bu konunun daha ayrıntılı araştırılması ve buna yönelik önlemler alınması gerekmektedir.

- Piyasalaşma hasta haklarının ‘gereksinilen sağlık hizmetlerine erişim’ anlamından uzaklaşarak ‘tüketici memnuniyeti’ anlamına büründüğü ve bu anlamın hasta-hekim ilişkisinde hekim adayları tarafından giderek içselleştirilmeye başlaması kaygı verici bir sonuç olarak belirtilebilir. Bu konunun araştırılması nitelikli bir sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak ve geleceğin hekimlerinin hangi mantıkla mesleğin gereklerini yerine getireceğini öğrenmek açısından önemli görünmektedir.
- Hekimin aşırı yorgun olduğu, konsantre olmakta güçlük çektiği, örneğin 24 saatlik nöbetinin arkasından poliklinik hizmeti vermesi gerektiği gibi durumlarda hizmet sunma yükümlülüğü olmamalıdır.
 - Hasta hakları gerekçesine bağlı olarak hastaların zarar görebilme ihtimalini artırabileceği yönünde ileri sürülen argüman, meslek ahlakı yükümlülükleri açısından haklı çıkarılabilmektedir.
 - Acil bir girişim gerektiğinde ise hekimin yönlendirebileceği başka bir meslektaşı da bulunmuyorsa meslek ahlakı yükümlülüğü açısından hekim hizmet sunmalıdır.

5.6.3. Şiddet

- Sözel şiddete uğrayan hekimin hizmet sunma yükümlülüğü hastanın acil olmadığı ve yönlendirilebilen başka bir hekim bulunuyorsa ortadan kalkar. Hasta acil olmadığına hekimin kişilik hakkı ve uygun koşullarda çalışma hakkı hastanın hizmete erişim hakkından daha fazla ağırlık kazanmaktadır.
 - Yükümlülüğün olmadığını belirten argümanlardan biri hekimin hastasını seçme hakkının olduğudur. İleri sürülen bu savın meslek ahlakı açısından hekimin ayrımcı davranmasına neden olabileceğinden haklı çıkarılamaz.
- Hekimin fiziksel şiddete maruz kaldığı durumlarda toplumsal sözleşme gerekçesine bağlı olarak hizmet sunma yükümlülüğü ortadan kalkar. Çünkü fiziksel şiddet toplumsal sözleşmenin koşullarını ortadan kaldırmaktadır.

5.6.4. Olağandışı Durumlar

- Silahlı çatışma gibi söz konusu olağandışı durumlarda, aktif çatışma koşulları hariç olmak üzere, hekimin yükümlülüğü toplumsal sözleşme, hasta hakları, ayrımcılık yapmama ve en iyi bilen olma özelliğine bağlı olarak devam etmektedir.
- Rutin korunma yöntemlerinin yetersiz kaldığı, enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tanımlanmamış, mortalitesi yüksek bulaşıcı hastalıklarda hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla tıbbi girişimde bulunabilecek tek kişi olması dolayısıyla hizmet sunma yükümlülüğü bulunmaktadır. Toplumsal sözleşme, hasta hakları ve en iyi bilen olma gerekçeleri yükümlülüğün sürdüğüne dair sağlam gerekçeler olmaya devam etmektedir.

5.6.5. Kişisel Değer Çatışması

- Hekimin sadece transseksüel hastalara değil tıbbi açıdan hizmet alması gereken toplumun tüm bireyelerine sağlık hizmeti vermesi gerekmektedir. Bu yükümlülük hekimin ayrımcı davranmaması için TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda ayrıntılı bir şekilde belirtilmektedir (EK3.3).
 - Hekimin kişisel özelliklerinden dolayı hoşlanmadığı bir hastaya nitelikli bir hizmet sağlamayabileceği yönünde ileri sürülen savlar meslek ahlakı açısından haklı çıkarılamamaktadır.
 - Hekim adayları ayrımcılık yapmama yükümlülüğü gereği en çok transseksüel hastaya bakma yükümlülüklerinin olduğunu belirtmişlerdir (Grafik 1).
- İsteğe bağlı gebeliği sonlandırmak hekimin hizmet sunma yükümlülüğü kapsamındadır. Bu yükümlülük hasta hakları, ayrımcılık yapmama yükümlülüğü, toplumsal sözleşme, hekimin en iyi bilen olma özelliği ve mesleği seçmiş olması gerekçelerine bağlı olarak devam etmektedir.
 - Yükümlülüğün olmadığını ileri süren argümanlar meslek ahlakı açısından haklı çıkarılamamaktadır. Mesleki uygulamalarda 'vicdan', 'inanç' gibi kişisel ölçütler değil meslek ahlakı kurallarının ölçüt alınması mesleğin devamlılığı ve hastanın hizmete erişim hakkı açısından oldukça önemlidir.

Hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkabilmesi için sağlık hakkını, hasta haklarını, kişilik haklarını, üreme haklarını korumayan gerekçelerin tıp etiği açısından haklı çıkarılamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç olarak hekimler hizmet sunumları sırasında harcanacak iki değerden birini seçmek zorunda kaldıklarında karar verirken önceliği daima hasta yararını korumak olmalıdır.

5.6.6. Öneriler

5.6.6.1.Eğitim

Hekimliği diğer mesleklerden ayıran en önemli özellik, hekime birçok ayrıcalık tanınmasıdır. Bu ayrıcalıkların yanı sıra mesleğin sadece yaşam kurtarmaktan oluşmadığı ve birçok mesleki riski içerdiği, tıp mesleğini seçecek olan geleceğin hekim adaylarına üniversite tercihlerini yapmadan önce aktarılmalıdır. Bunun için eğitim müfredatlarında zorunlu meslek bilgisi dersinin yer alması gerekmektedir. Böylece mesleğin risklerini bilen ve gerçekten hekim olmayı isteyen kişiler bilinçli bir tercih yapabilirler.

Hekim adaylarına eğitim ve öğretim hayatlarına başladıkları ilk yıllardan itibaren hekimlik mesleğinin ne olduğu ve hekimin mesleki yükümlülükleri, bu yükümlülüklerin ne zaman ortadan kalkabileceğine ilişkin eğitici seminerler düzenlenmelidir. Meslek yaşamları boyunca gerek şiddet, gerekse mesleki maruziyetlerinden kaynaklı hastalıklarla karşılaşabilecekleri konusunda ve bağlantılı olarak hizmet sunma yükümlülüklerinin sınırları konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu bağlamda hekim adaylarının hizmet sunma yükümlülüğü konusundaki görüş ve tutumlarını ve gerekçelerini saptamaya dair niteliksel araştırmaların yapılması gerekmektedir; böylece bu konudaki müfredat somut gereksinimler üzerine yapılandırılabilir.

Hekimliğin kolay bir meslek olmadığı, birçok etik ikilemiyle karşılaşabilecekleri göz önünde tutularak teorik ve uygulamalı tıp öğretiminde, meslek ahlakı ve etik eğitimlerine ağırlık verilmelidir. Daha insancıl bir tıp anlayışının yaşama geçmesi için hizmet sunmaktan kolayca vazgeçmeyecek güçlü karaktere sahip hekimlerin yetiştirilmesi önemli görünmektedir. Bu konuda hekim adaylarının;

- Sağlık hakkının bir insan hakkı olduğu ve asla koşula bağlanamayacağı bilincinde,

- Risk değerlendirmesi yapabilen, hizmet sunumunu zayıf gerekçelerle bırakmayacak,
- Sağlık hizmetlerinin bir ekip hizmeti anlayışı ile yürütülebileceğinin farkında ve daima nitelikli bir sağlık hizmetinin nasıl sağlanacağı yönünde kendisini geliştirebilen,
- Hastanın hekim seçme hakkına karşılık, hekimlerin hasta seçme hakkının olmadığı bilincinde,
- Olması gereken hasta-hekim ilişkisinin günümüzdeki gibi piyasa koşullarına göre değil, daima hasta yararını korumaya yönelik bir hasta-hekim etkileşiminin farkında,
- Meslek ahlakı kurallarını iyi bilen ve kendisine ölçüt olarak bu kuralları alması gerektiğinin farkında olan hekimlerin yetiştirilmesi oldukça önemli görünmektedir.

Hekimlere kazandırılmaya çalışılan yukarıdaki özellikler ancak nitelikli bir Tıp Etiği eğitimi ile mümkün görünmektedir. Bu açıdan eğitim ve öğretimde Tıp Etiği derslerine ağırlık verilmeli, bu derslerin de mümkün olduğunca uygulamalı olmaları sağlanmalıdır. Böylece hekim adayları; mesleki uygulamalarda karşılaşılabilecekleri etik ikilemelerinde nasıl karar vermeleri gerektiği, karar verirken hangi ölçütlerin kullanılabileceği tecrübesini bir anlamda kazanmış olarak mesleğe başlayabilir. Ayrıca araştırmaya katılan hekim adaylarının yarısı (%50,0) mesleki riskler hakkında “Mesleki riskleri tam olarak bildiğimi söyleyemem” ifadesine katılmıştır. Bu nedenle eğitim müfredatlarının mesleki riskler hakkında öğrencileri bilgilendirme yönünde yeniden düzenlenmesi veya bu konuda özel olarak yapılandırılmış ek dersler konulması oldukça önemli görünmektedir.

Olağandışı durumlarda toplumun sağlık hizmetlerine gereksinimi daha çok artabilmektedir. Yaşanabilecek olağandışı durumlara hazırlıklı olabilmeleri için hekim adaylarının tıp eğitimi boyunca deprem, bulaşıcı salgınlar, silahlı çatışmalar gibi özel durumlara ilişkin eğitilmeleri önemlidir.

Günümüz tıbbı, tarihsel olarak hasta-hekim arasındaki güvene dayalı ilişkisinin bozulduğu bir dönemdedir. Bu sorun sağlık alanında giderek artan şiddetin de

nedenlerinden biridir. Bu ilişkinin yeniden kurulabilmesinde özellikle hekimlerin hasta haklarının hayata geçirilmesi için bireysel yönde bir çaba sarf etmeleri önemli ve gerekli görünmektedir. Diğer yandan, hasta-hekim ilişkisinin doğru kurulabilmesi ve hekimlere karşı güvenin yeniden sağlanabilmesi için hasta hakları sadece şikayet hakkı olarak değil, bir bütünsellik içinde yaşama geçirilmelidir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan haklar ve yaptırımlar konusunda da kamu spotları ve diğer yollarla toplumu bilgilendirmelidir.

5.6.6.2.Sağlık politikalarına yönelik öneriler

Sağlık politikalarının iyileştirilmesi

- Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın öncelikli amacı olan sağlık harcamalarında yaşanan artışı azaltmaya yönelik girişimler yerine sağlığa erişimi artırmaya ve nitelikli bir sağlık hizmetinin nasıl sağlanabileceği üzerine bir amaç belirlenmeli, buna yönelik olarak da hizmete erişimde ödeme gücü ölçütü yerine gereksinimin temel alınması gerekmektedir. Sağlıkta yaşanan eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmalı ve sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim sağlanmalıdır.
- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen performans-dayalı ödeme sistemi bir yandan hekimin hizmet sunumunda temel bir belirleyen olurken, diğer yandan hastanın nitelikli bir sağlık hizmeti alması önündeki engellerden birini oluşturmaktadır. Performansa-dayalı ödeme sistemi yerine hasta haklarını koruyan ve hekimin hizmet sunumunu olumsuz etkilemeyen bir ödeme sistemine geçilmelidir. Hekimlerin zaman ve sayı baskısı altında çalışmak durumunda kalmadığı, çalışma koşullarını iyileştiren politikalar benimsenmelidir. Performansa-dayalı ödeme sisteminin ekip anlayışına dayalı sağlık hizmeti sunumunu ve çalışma barışını bozduğu, nitelikli sağlık hizmetine erişimi kısıtladığı yönündeki eleştiriler dikkate alınmalıdır.

- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gelen performansa-dayalı ödeme sistemi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Tanı İlişkili Gruplar (TİG) gibi politikalar hekim ve hasta arasına girerek hekimlerin hastalardan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Hasta ve hekimi karşı karşıya getiren bu tür politikalar yerine hasta ve hekimi bir araya getiren bir anlayış benimsenmelidir. Hasta ve hekimin birbirine yabancılaşmasına neden olan bu politikalar hekimleri adalet ve hakkaniyetten uzak ve hasta yerine hastalığın merkeze alındığı bir sistemin uygulayıcıları haline getirmektedir. Hizmetlerin ödeme gücüne göre değil gereksinime göre sağlık hizmeti sunulması yönündeki politikalara ağırlık verilmelidir. Böylece hekimler gereksinime göre verilen hizmetlerde “suçluluk” hissetme gibi bir duyguya da kapılmayacaktır. Diğer yandan olumsuz sağlık politikaları nedeniyle hastaya nasıl nitelikli bir hizmet sağlayacağı yönünde düşünmek zorunda kalmayacaktır.
- Hekimlerin yükümlölükleri kapsamında haftalık çalışma gün ve saatleri, nitelikli bir sağlık hizmeti sağlamayı mümkün kılacak şekilde düzenlenmelidir.
- Sağlık politikalarının belirlenmesinde sadece Sağlık Bakanlığı değil hasta örgütleri, Türk Tabipleri Birliği, uzmanlık dernekleri ve sağlık çalışanları sendikaları gibi kurumların da katkılarına yer verilmelidir.

Hasta-hekim etkileşimini olumsuz etkileyen politika ve düzenlemelere karşı çıkılması

Hekimlerin gerek örgütlü bir şekilde gerekse bireysel olarak sağlık hizmetlerine erişimi azaltan politikalara karşı çıkması, mesleğin değerlerini ve sağlık hakkını korumak anlamında oldukça önemlidir. Bu çerçevede;

- Hasta-hekim etkileşimindeki güvene dayalı ilişkinin giderek bozulduğu bu dönemde hasta haklarının yaşama geçirilmesi bu ilişkinin yeniden

kurulabilmesi için önemli görünmektedir. Hasta haklarının hayata geçirilmesi için hekimlerin bireysel çabalarına bağlı girişimler de bulunmaktadır. Bu çerçevede hekimler, performans-a-dayalı ödeme sisteminin dayattığı zaman ve sayıda hasta bakmak yerine olması gereken zaman ve sayıda hasta bakmalıdır.

- SUT, TİG gibi “hastalığı” merkeze alan ve hangi girişim için ne kadar ödeneceğini tanımlayan düzenlemelerin dayattığı uygulamalar yerine hekimler “hasta” merkezli tıp anlayışını korumaya yönelik hizmet sunmalıdır.
 - Bu anlamda hekimlerin bilgi ve deneyimlerinin yanı sıra “hastalığın” tedavisinden önce “hasta” ile ilgilenmelidir. Böylece olması gereken hasta-hekim ilişkisi yeniden kurulabilecektir.

5.6.6.3.Düzenlemelere yönelik öneriler

- Ülkemizde geçerli yasal düzenlemelerde hizmet sunma yükümlülüğünün sınırlarına dair belirsizlikler bulunmaktadır. Bu belirsizlikler karşısında hekimin yükümlülüğüne dair daha net ifadeler içeren meslek ahlakı kuralları geliştirilmeli ve düzenlemelerde yer verilmelidir.
- Hekimlerin sözlü ve fiziksel şiddete uğradıklarında ne yapmaları ve ne yapmamaları gerektiği üzerine net meslek ahlakı kuralları oluşturulmalıdır.
- Bütün hastanelerde etik danışmanlığı hizmetinin bulundurulması, piyasa kurallarının sağlık çalışanlarının değer yargıları üzerinde olası etkilerine karşı oldukça önemli görünmektedir. Bununla birlikte olumlu hasta-hekim ilişkisinin kurulması, hasta ve sağlık çalışanlarının yasa, tüzük, yönetmelik gibi düzenlemeler konusunda bilgilendirilmesinin yanı sıra günümüzde etik açısından oldukça sorunlu görülen hastanın özerkliğine saygı, aydınlatılmış onam, mesleki gizlilik, tedaviyi reddetme hakkı gibi konularda sağlık çalışanlarına rehber olunması açısından önemli görünmektedir. Böylece

sağlık çalışanlarından özellikle hekimlerin birtakım kararlar alırken tek başına üstlendiği sorumluluk paylaşmış olacaktır.

- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde (EK3.2):

“MADDE 18 - Tabip ve dış tabibi, âcil yardım, resmî veya insani vazîfenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.

MADDE 19 - Tabip ve dış tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir.

Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terk edemez.

Hastayı bu suretle terk eden tabip veya dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahade notlarını verir.”

maddelerindeki “mesleki veya şahsi sebepler” ifadelerinin hekimin ayrımcı davranmasına yol açabileceği belirtilebilir. Bunun yerine Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi'nde yer alan koşullar sayılabilir (EK7) veya “belli koşulların oluşması halinde” ibaresi getirilebilir. Buna göre hizmet sunma yükümlülüğünü bırakabilmenin koşulları;

- “Kişinin sağlık durumu acil bir girişim gerektirmiyor olmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunulacak kişi erişilebilir ve gereksinimle uyumlu nitelikteki başka bir hekime yönlendirilebiliyor olmalı ve bu yönlendirme kişinin sağlığını tehlikeye atmıyor olmalıdır. Hekim hizmet sunduğu kişiyle ilgili edindiği tüm tıbbi bilgileri meslektaşına aktarmakla yükümlüdür.

- *Hekim hizmet sunmayı reddetme nedeni ve diğer hizmet olanakları konusunda hastayı bilgilendirmeli, yönlendirmenin sağlık üzerinde olumsuz etkisi olmayacağını açıklamalıdır.*
- *Sözlü ya da fiziksel bir şiddet söz konusu olduğunda hekim hizmet sunmayı reddedebilir. Ancak yine de, yukarıdaki üç koşulun sağlanıyor olmasına özen göstermelidir.*
- *Hekim kendisine başvuran ya da hizmet sunmakta olduğu kişi ile daha önceden var olan kişisel bir ilişkisi nedeniyle mesleki yargılarının etkilenebileceğinden kaynaklanıyor ise, böylesi bir durumda o kişinin uygun nitelikte sağlık hizmeti alamayacağı düşüncesi ile hizmet sunmayı reddedebilir. Bu durumda da ilk üç koşulun gerekleri yerine getirilmiş olmalıdır.*
- *Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda; çalışma ortamında rutin korunma araçları bulunmuyor ve o hastalığın bulaş riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyor ise, hekim kendisini ve başkalarını korumak gerekçesiyle hastayı uygun olanakların bulunduğu yerlere yönlendirebilir. Böylesi bir durumda hekim çalışma ortamının olumsuzlarının en kısa zamanda düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunmalıdır.*
- *Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı, enfeksiyon zinciri henüz tanımlanmamış bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, böyle bir duruma ilişkin kesin kurallar getirmek güç olmakla birlikte, Türk Tabipleri Birliği hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek kişi olduğunu, ayrıca tıp mesleği ile toplum arasında bulunan geleneksel sözleşmenin gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü anımsatır.” (Türk Tabipleri Birliği, 2010).*

Yukarıdaki ölçütler, hizmet sunma yükümlülüğüne dair belirsizlikleri tamamen ortadan kaldırmasa bile yükümlülüğün devam etmesi gerekliliğine veya bazı durumlarda ortadan kalkabileceğine dair daha net ifadeler içermeleri bakımından var olan düzenlemelere göre daha yol göstericidir.

6. KAYNAKLAR

- Adaş E (2013) Piyasa ve Toplum Kısılcacında Hekimlik. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 205-217.
- Adaş E, Elbek O, Bakır K (2008) Sağlık Sektöründe Şiddet: Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını, Gaziantep, s: 14.
- Ağalar F (2012) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Hekimlik. Editör: Bursa Tabip Odası, Hizmet Baş (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı, Rota-Ofset Matbaacılık, Bursa, s: 30-32.
- Akova M (1997) Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları ve korunmak için alınacak önlemler. Hastane Enfeksiyonları Dergisi 1: 83-90.
- Aslan Ö, Lofcalı A, Uğur S, ve ark. (2005) Hemşirelerin acil serviste şiddet içeren olgu senaryolarına yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi 47: 18-23.
- Ataay F (2006) Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması. 1. baskı, De Ki Basım Ankara, s: 89.
- Bayat A (2003) Tıp Tarihi. 1. baskı, Sade Matbaa, İzmir, s: 1.
- Belek İ (1995) Sağlıkta Yeni Yönelimler. Editör: BELEK İ ve SOYER A, Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul, s: 25.
- Belek İ (2012) Sağlıkta Dönüşüm Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı. 1. baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul, s: 59.
- Bilaloğlu E. (2017) Hekimlik mi Yapacağız? Günü mü Kurtaracağız? Erişim tarihi 16 Haziran 2017. <http://bianet.org/bianet/saglik/187454-hekimlik-mi-yapacagiz-gunu-mu-kurtaracagiz>.
- Birgün (2014) Sağlık Bakanlığı SGK bilgilerini sattığını doğruladı: İsim vermeden sattık. Birgün, 25 Ekim 2014.
- Brudney D (2014) "Pregnancy is not a disease": conscientious refusal and the argument from concepts. Hastings Cent Rep 44: 43-49.
- Çalık K, Aktaş S, Bulut H, ve ark. (2015) Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri 1: 33-45.
- Çelik F (2013) Hekimliğin Seyir Defteri. 1. baskı, Deomed, İstanbul, s: IX-X.
- Chauvin P, Douay C, Toullier A, ve ark. (2016) Refusal to provide health care to people with HIV in France. The Lancet 387: 1508-1509.
- Civaner M (2007) Hekimin bulaşıcı hastalık taşıyan hastaya sağlık hizmeti sunma ödevi: nereye kadar? Türkiye Klinikleri J Med Ethics 15: 166-175.
- Civaner M (2012) Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ve "vicdani ret". Toplum ve Hekim 27: 418-421.
- Civaner M (2013a) Olağandışı durumlarda hizmet sunma yükümlülüğü. Toplum ve Hekim 28: 100-104.
- Civaner M (2013b) Toplumsal Sözleşmenin Çözülüşü: Sağlık Piyasasında Etik. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 91-99.
- Civaner M, Arda B (2008) Can "presumed consent" justify the duty to treat infectious diseases? An analysis. BMC Infectious Diseases 8: 1-11.
- Civaner M, Vatanserver K, Pala K (2017) Ethical problems in an era where disasters have become a part of daily life: A qualitative study of healthcare workers in Turkey. PLoS ONE 12: 1-22.

- Çokar M (2008) Kürtaj. 1. baskı, Babil yayınları, İstanbul, s: 110-125.
- Coppola N, De Pascalis S, Onorato L, ve ark. (2016) Hepatitis B virus and Hepatitis C virus infection in healthcare workers. *World J Hepatol* 8: 273-281.
- Daniels N (1991) Duty to treat or right to refuse? *Hastings Cent Rep* 21: 36-46.
- Davis J (2004) Conscientious refusal and a doctors's right to quit. *J Med Philos* 29: 75-91.
- Dünya Tabipler Birliği. (2011) Silahlı Çatışma ve Diğer Şiddet Durumlarına ilişkin Dünya Tabipler Birliği Kuralları. Erişim tarihi 9 Nisan 2017. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/wma-5542.html>.
- Elbek O (2013) Hekimliğin Dönüşümü. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 219-235.
- Elbek O, Adaş E (2009) Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 1: 33-44.
- Elbek O, Adaş E (2012) Şiddetin Gölgesinde Hekimlik. *Türk Tabipleri Birliği Aydın Tabip Odası, Aydın*.
- Elife K (2013) 'Sağlıkta dönüşüm'sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum* 1: 103-140.
- Er U (2011) Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası. Yüksek Lisans tezi, Ankara Üniversitesi
- Ercan F (2013) Meta Neleri İçerir? Sağlık Hizmetlerinin Metalaşması. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 15-41.
- Erdolu C (2012) Sağlık çalışanları mücadeleye devam ediyor: Sağlıkta dönüşüm programına ve kışkırtan şiddete karşı süresiz grev...! *Toplum ve Hekim* 27: 204-207.
- Ergun C, Ergun A (2010) Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı? Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir tartışma. *Toplum ve Demokrasi* 4: 33-54.
- Ersoy N (1994) AIDS ve doktorun tedavi etme ödevi. *T Klin Tıbbi Etik* 2: 22-25.
- Esatoğlu A (2012) Performans Değerleme Yöntemleri. Editör: Bursa Tabip Odası, Hizmet Başı (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı, Bursa Tabip Odası Yayınları, Bursa, s: 14-21.
- Eskiocak M (2015) Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların kontrolünde güncel durum: Sağlıkta dönüşüm programının etkilerine yönelik bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim* 30: 96-109.
- Ezgi L (2007) GSS sağlık değil, hastalık getiriyor. Editör: DEMİRDİZEN H ve AKALIN A, Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar-II Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 130.
- Figo Komitesi (2008) Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular. TJOD Ankara.
- Gillon R (1987) Refusal to treat AIDS and HIV positive patients. *Br Med J (Clin Res Ed)* 294: 1332-1333.
- Göl K (2012) Sağlıkta Neoliberal Dönüşüm: Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Piyasalaşması. *Muhalefet*, 18 Şubat 2012.
- Greig D N (1987) Refusal to treat AIDS and HIV positive patients. *Br Med J (Clin Res Ed)* 295: 120-121.
- Griffith R (2014) Duty of care is underpinned by a range of obligations. *Br J Nurs* 23: 234-235.
- Gül S, Ergun A (2010) Piyasa odaklı bir uygulama olarak aile hekimliği: Sağlık hizmetinin sunumunda olası kayıplar. *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Bildiriler Kitabı*: 317.

- Güven T, Ersoy N (2000) Tıp etiğinde yeni bir yaklaşım: Erdemler. T Klin J Med Ethics 8: 51-59.
- Hakeri H (2012) Tıp Hukuku. 1. baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, s: 445.
- Hancı H (1995) Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları. 2. baskı, Toprak Ofset Matbaacılık İzmir, s: 268.
- Hannah H (1985) Refusal to treat and refusal to continue treatment. J Am Vet Med Assoc 186: 666-668.
- Hatun Ş (1999) Hasta Hakları. 1. baskı, İletişim Yayınları, İstanbul, s: 11-14.
- Ho P, Becker M, Chan-Yeung M (2007) Emerging occupational lung infections. Int J Tuberc Lung Dis 11: 710-721.
- Hürriyet (2016) Van'da teröristlerden ambulansa silahlı saldırı: 1 yaralı. Hürriyet, 22 Temmuz 2016.
- İstanbul Tabip Odası. (2009) Sağlık piyasalaştıkça domuz gribi gibi hastalıklar etkili oluyor. Erişim tarihi 17 Haziran 2017. <http://bianet.org/kurdi/saglik/114304-saglik-piyasalastikca-domuz-gribi-gibi-hastalıklar-etkili-oluyor>.
- İzgi C (2013) Hasta ile hekimin ötekileştirilmesi. STED 22: 186-191.
- Kale N (2014) Hekimlik - Bilgi ve erdemi gerektiren bir sanat. Asos Journal 8: 1-7.
- Kalemoğlu M (2005) Acil serviste hekim sorumluluğu. Türkiye Klinikleri J Med Sci 25: 824-828.
- Kart E (2013) “Sağlıkta dönüşüm” sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. Çalışma ve Toplum 3: 103-140.
- Kaya A, Karadayı B, Kolusayın M, ve ark. (2014) Violence in the health sector and its properties: A questionnaire toward physician working in the emergency departments. The Journal of Emergency Medicine 13: 124-130.
- Kılıç G (2009) Kamu Hastane Birlikleri: Hastaneler Kırk Parçaya Bölünüyor. Editör: DEMİRDİZEN H ve AKALIN A, Türkiye'de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar-II Sağlıkta Dönüşüm, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 86.
- Krawczyk P, Białkowska J, Dworniak D, ve ark. (2010) Is healthcare personnel the only professional group exposed to the risk of occupational HBV, HCV or HIV infections? Med Pr 61: 15-22.
- Lawrence R, Curlin F (2009) Physicians' beliefs about conscience in medicine: a national survey. Academic Medicine 84: 1276-1282.
- Malm H, May T, Francis L, ve ark. (2008) Ethics, pandemics, and the duty to treat. The American Journal of Bioethics 8: 4-19.
- McCullough L (2013) The professional medical ethics model of decision making under conditions of clinical uncertainty. Med Care Res Rev 70: 141-158.
- Munthe C, Nielsen M (2017) The Legal Ethical Backbone of Conscientious Refusal. Camb Q Healthc Ethics 26: 59-68.
- Narlı B, Başara U, Akın M, ve ark. (2011) TIG Uygulama Rehberi. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Nordstrand S, Nordstrand M, Nortvedt P, ve ark. (2014) Medical students' attitudes towards conscientious objection: a survey. J Med Ethics 40: 609-612.
- Ogan H (2009) Sağlık Sisteminden Kaynaklanan Şiddetin Nedenleri. Editör: OGAN H, Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 27-30.
- Özbudun S (2008) Şiddet ve kapitalizm: Antropolojik bir bakış. Toplum ve Hekim 23: 450-461.
- Özcan N, Bilgin H (2011) Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci 31: 1442-1456.

- Pala K (2005) Dünyada Sağlıkta Yeniden Yapılanma. Sağlıkta Neo-Liberal Dönüşüm ve Sağlık Hakkı İçin Mücadele. Yıldız Teknik Üniversitesi Oditoryumu, Türk Tabipler Birliği İstanbul Tabip Odası: 81.
- Pala K (2006) Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Milliyet Örsan Öymen Anısına Yılın İnceleme Ödülü. Ankara, Milliyet: 26-30.
- Parlar S (2008) Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin 7: 547-554.
- Peker A (2014) Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin dikkat düzeyleri. Toplum ve Hekim 29: 140-149.
- Pelin S (1994) Hekim Andı'nın Evrimi. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2: 3-7.
- Plumeri P (1984) The refusal to treat: abandonment and AIDS. J Clin Gastroenterol 6: 281-284.
- Poon L, Guan Y, Nicholls J, ve ark. (2004) The aetiology, origins, and diagnosis of severe acute respiratory syndrome. Lancet Infect Dis 4: 663-671.
- Rolfesen M (2008) Duty to care: ethical analysis of the physician's response to an influenza pandemic. J La State Med Soc 160: 166-170.
- Ruderman C, Tracy S, Bensimon C, ve ark. (2006) On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? BMC Medical Ethics 7: 1-6.
- Saçaklıoğlu F, Sarıkaya Ö (2002) Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. Editör: KARABABA AO, Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, s: 11-20.
- Sadoh W, Fawole A, Sadoh A, ve ark. (2006) Practice of universal precautions among healthcare workers. J Natl Med Assoc 98: 722-726.
- Sağlık Bakanlığı (1998) Hasta Hakları Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı.
- Sepkowitz K, Eisenber L (2005) Occupational deaths among healthcare workers. Emerg Infect Dis 11: 1003-1008.
- Sibbald B (2003) Right to refuse work becomes another SARS issue. CMAJ 169: 141.
- Singer P (2015) Pratik Etik. Çeviri: Çatlı N. 1. baskı, İthaki yayınları, İstanbul.
- Smolkin D (1997) HIV infection, risk taking, and the duty to treat. The Journal of Medicine and Philosophy 22: 74.
- Sokol D (2006) Virulent epidemics and scope of healthcare workers' duty of care. Emerg Infect Dis 12: 1238-1241.
- Sönmez O (2011) Paran Kadar Sağlık Türkiyede Sağlığın Ticarileşmesi. 1. baskı, Yordam Kitap, İstanbul.
- Soyer A (1995) Sağlıkta Özelleşmeye Bir Adım Daha. Editör: BELEK İ ve SOYER A, Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul, s: 54-58.
- Soyer A (2002) Olağandışı Durumlarda Tıbbi Etik. Editör: KARABABA AO, Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı, Türk Tabipler Birliği Ankara s: 231-240.
- Strickland S (2012) Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. J Med Ethics 38: 22-25.
- Taner S, Altıparmak S (2011) Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı. Toplum ve Hekim 26: 308-320.
- Tanık F (2012) Performansa Göre Ödeme Konusunda Türk Tabipleri Birliği Değerlendirmeleri. Editör: Bursa Tabip Odası, Hizmet Başı (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı, Rota Ofset Matbaacılık, Bursa, s: 44-65.

- Tanrıverdi H, Teker Ç (2010) Eğitim hastanelerinde asistan doktorların klinik iş yükleri bakımından performans ölçütlerinin karşılaştırılması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 1: 114-136.
- Türk Tabipleri Birliği (2009) Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türk Tabipleri Birliği (2010) Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. Türk Tabipleri Birliği Yayınları Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği. (2011) Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet Fazla Çalışma Ücreti Dinlenme ve İzin Hakları. Erişim tarihi 10 Haziran 2017. <http://www.ttb.org.tr/index.php/brosur.html>.
- Türk Tabipleri Birliği. (2016) BM Güvenlik Konseyi'nden çatışma ortamlarında sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin korunmasına ilişkin karar. Erişim tarihi 9 Nisan 2017. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/bmgk-6172.html>.
- Türk Y, Çetin M, Fedai T (2012) Genç hekimlerde çalışma yaşam kalitesinin belirleyicileri. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 21: 172-181.
- Türk Toraks Derneği. (2016) İdeal doktor muayenesi en az 20 dakika olmalıdır! Erişim tarihi: 18 Mayıs 2017. <http://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=3429>.
- Ülgen M (2014) Hasta Hakları. Editör: G. Akbulut, İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Yenişehir Kampüs Asistan Elkitabı, Yenişehir Kampüs Yayınları, İzmir, s: 143.
- Ünal D, Güler H, Öztürk A, ve ark. (2014) Tanı İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi. Sağlık Bakanlığı. Ankara.
- Ünüvar N (2013) Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu. Türkiye Büyük Millet Meclisi.
- Üstündağ N, Yoltar C (2007) Türkiyede Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi. Editör: KEYDER C, ÜSTÜNDAĞ N, AĞARTAN T ve YOLTAR C, Avrupada ve Türkiyede Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim Yayınları, İstanbul, s: 55-94.
- Utkualp N (2015) Hemşire ve Ebelerin Kişisel Olarak Eksiklikleri Giderme Tutumunun Etik Açısından Değerlendirilmesi. Doktora tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Williams J (2017) Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. 3. Baskı, Türk Tabipler Birliği, Ankara.
- Yakubu A, Folayan M O, Sani-Gwarzo N, ve ark. (2016) The Ebola outbreak in Western Africa: ethical obligations for care. Journal of Medical Ethics 42: 209-210.
- Yanık M (2009) Sağlıkta Dönüşüm Projesi Sağlığı Hak Olmaktan Çıkıyor! Editör: DEMİRDİZEN H ve AKALIN A, Türkiyede Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar - II, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 23-25.
- Yavuz C (2008) Dünyada ve Türkiye'de Neoliberal Politikaların Hekim Emegine Yansımaları. Editör: OĞAN H, Hekim Emegi Çalıştayı, İstanbul Tabip Odası, İstanbul, s: 42-47.
- Yavuz C (2013) Sağlık Hizmetleri ve Kapitalizm. Editör: ELBEK O, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır, Hayykitap, İstanbul, s: 41-56.
- Yıldırım K (2013) Hekime yönelik şiddeti besleyen skala: Teorik ve pratik boyut. Toplum ve Hekim 28: 70-80.

7. EKLER

EK1

Hekimlik Andı (Williams, 2017)

HEKİMLİK ANDI

(Dünya Tabipleri Birliği Cenevre Bildirgesi, 2006)

Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak kabul edildiğim şu anda;

Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma,

Mesleğimi bana öğretenlere, hak ettikleri saygıyı ve minnettarlığı göstereceğime,

Mesleğimi vicdanımla ve onurumla uygulayacağıma,

Önceliği her zaman hastamın sağlığına vereceğime,

Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağıma,

Tıp mesleğinin yüce geleneklerini ve saygınlığını, bütün gücümle koruyacağıma,

Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağıma,

Yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin, görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime,

İnsan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime,

Bana gözdağı veriliyor olsa bile, tıbbi bilgimi, insan haklarını ve birey özgürlüklerini çiğnemek için kullanmayacağıma,

Kararlılıkla, özgürce ve onurum üstüne,

Ant içerim.

Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasası

HEKİMLİK AHLAKI ULUSLARARASI YASASI

Dünya Tabipler Birliği'nin 3'üncü Genel Kurulu'nda(Ekim 1949, Londra-İngiltere) benimsenmiş, 22'nci Dünya Tabipler Kurulu'nda (Ağustos 1968, Sidney Avustralya) ve 35'inci Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda (Ekim 1983, Venedik-İtalya) geliştirilmiştir.

Hekimlerin Genel Olarak Görevleri:

Hekim, mesleğini her zaman en yüksek düzeyde sürdürecektir.

HEKİM, hastalarının yararı için özgür ve bağımsız olarak vereceği kararları çıkar güdülerinin etkilemesine izin vermeyecektir.

HEKİM, hangi çeşit tıbbi uygulama içinde olursa olsun insanın değerine saygı ve sevecenlik gösterecek ve gerek teknik gerekse ahlak yönünden, bütünüyle bağımsız, yeterli bir tıbbi hizmet sağlamaya kendini adayacaktır.

HEKİM, hastaları ve meslektaşları ile dürüst bir ilişki kuracak, gerek kişilik ya da yetenek yönünden eksiği bulunan, gerekse yalancılık ya da düzenbazlık yapan hekimleri ortaya çıkarmaya çalışacaktır.

Aşağıdaki uygulamalar ahlak dışı davranışlar sayılırlar:

a)Ülkenin yasaları ve Ulusal Tıp Birliği'nin ahlak yasası izin vermedikçe hekimlerin kendi reklamlarını yapmaları,

b)Yalnızca reçete yazma, hastanın kendine gönderilmesi ya da hastayı herhangi bir nedenle sevk etme karşılığında ücret ya da bir başka bedel almak ya da vermek.

HEKİM, hem hastaların, hem meslektaşların, hem de sağlık mesleğinin öteki çalışanlarının haklarına saygı gösterecek ve hastaların duyduğu güveni sarsmayacaktır.

HEKİM, hastanın fiziksel ve zihinsel durumunu zayıflatıcı etkisi de olabilecek tıbbi hizmetleri sağlarken, yalnızca hastanın çıkarına göre davranacaktır.

HEKİM, buluşları, yeni teknikleri ve tedavileri, mesleki olmayan yollarla açıklarken son derece dikkatli olacaktır.

HEKİM, yalnızca kişisel olarak saptadığı şeyleri belgeleyecektir.

Hekimlerin Hastaya Karşı Görevleri:

HEKİM, insan yaşamını koruma yükümlülüğünü her zaman aklında tutacaktır.

HEKİM, hastalarına karşı dürüst olmak ve kendi biliminin bütün olanaklarını onlara sunmakla yükümlü olacaktır. Bu muayene ya da tedavi kendi yapabileceklerini aşıyorsa, hekim, gereken yeterliliği taşıyan bir başka hekimi çağıracaktır.

HEKİM, hastanın ölümünden sonra bile, hasta hakkında bildiği her şeyle ilgili bütün gizliliği sürdürecektir.

HEKİM, başkalarının bu bakımı sağlamaya istekli ve yeterli olduğundan emin olmadıkça, acil bakımı bir insanlık görevi olarak sunacaktır.

Hekimlerin Birbirlerine Karşı Görevleri:

HEKİM, meslektaşlarından nasıl bir davranış bekliyorsa, o da onlara karşı öyle davranacaktır. HEKİM, meslektaşlarının hastalarını kendisine çekmeyecektir.

HEKİM, Dünya Hekimler Birliği'nin benimsediği "Cenevre Bildirgesi"nin ilkelerini gözetecektir.

Hizmet Sunma Yükümlülüğü ile İlgili Düzenleme Maddeleri

Ek-3.1. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (ilgili maddeler)

Bu Sözleşme, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından, “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun” adıyla ve 5013 Kanun numarası ve 03.12.2003 tarihinde kabul edilmiştir.

Bu sözleşme, 20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bölüm 1 – Genel Hükümler

Madde 1 – Konu ve Amaç

Bu Sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak; biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkese, bütünlüklerine ve diğer hak ve temel hürriyetlerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır.

Tarafların her biri, bu Sözleşme hükümlerinin yürürlüğe konulması için kendi iç hukuklarında gerekli tedbirleri alacaktır.

Madde 2 – İnsanın Üstünlüğü

İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun saf menfaatlerinin üstünde tutulacaktır.

Madde 3 - Sağlık Hizmetlerine Erişimde Adalet

Taraflar, sağlık gereksinimleri ve mevcut kaynakları dikkate alarak, kendi yasal yetkileri dahilinde, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun tedbirleri alacaklardır.

Madde 4 – Mesleki Standartlar

Araştırma dahil, sağlık alanında her müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.

Bölüm II – Muvafakat

Madde 5 – Genel Kural

Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra yapılabilir.

Bu kişiye, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir.

İlgili kişi, muvafakatını her zaman, serbestçe geri alabilir.

Madde 6 – Muvafakat Verme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması

1) Muvafakat verme yeteneğine sahip olmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahale, aşağıdaki 17 ve 20'nci maddelere uygun olarak, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2) Yasal olarak bir müdahaleye muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir.

Küçüğün fikri, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde artan belirleyici bir etken olarak dikkate alınmalıdır.

3) Bir yetişkin, yasal olarak akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneğine sahip değilse, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir.

İlgili kişi, mümkün olduğu kadar izin verme sürecine katılmalıdır.

4) Madde 5'de belirtilen bilgiler, benzer koşullarda yukarıda 2'nci ve 3'üncü paragraflarda belirtilen temsilci, yetkili makam, kişi veya kuruma da verilmelidir.

5) Yukarıda 2'nci ve 3'üncü paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin menfaatine daha uygun olacaksa her zaman geri çekilebilir.

Madde 7 – Akıl Hastalığı Olan Kişilerin Korunması

Ciddî nitelikte akıl hastalığı olan bir kişi, -gözetim, denetim ve bir makama başvurma işlemleri dahil kanunda belirtilen koruyucu şartlara bağlı olarak- sadece, böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakatı olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tâbi tutulabilir.

Madde 8 – Acil Durum

Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakat alınmadığında, ilgili kişinin sağlığı için gerekli olan herhangi bir tıbbî müdahale derhal yapılabilir.

Madde 9 – Önceden Açıklanmış İstek

Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri gözönüne alınmalıdır.

EK3.2. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

TIBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ (ilgili maddeler)

(Resmi Gazete ile neşir ve ilânı: 19 Şubat 1960 - Sayı: 10436)

MADDE 1 - Tabip ve dış tabiplerinin, deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kaide ve esaslar bu Nizamnamede gösterilmiştir.

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 7'nci maddesi mucibince tabip odalarına kayıtlı bulunan tabip ve dış tabipleri, bu Nizamname hükümlerine tabidirler.

BİRİNCİ KISIM

UMUMİ KAİDE VE ESASLAR

MADDE 2 - Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.

MADDE 3 - Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur.

MADDE 5 - Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta; tabibini ve dış tabibini serbestçe seçer.

MADDE 6 - Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdanî ve meslekî kanaatine göre hareket eder.

Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviye tayinde serbesttir.

MADDE 7 - Tabip ve dış tabibi sanat ve mesleğinin icrası dışında dahi olsa, meslek ahlâk ve adabı ile telif edilemeyen hareketlerden kaçınır.

İKİNCİ KISIM

MESLEKDAŞLARIN HASTALARI İLE MÜNASEBETLERİ

MADDE 13 - Tabip ve diş tabibi, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez.

Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır.

MADDE 14 - Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstrabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

MADDE 15 - Hastaya bakmak üzere bir aile nezdinde veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir.

Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarf eder.

MADDE 18 - Tabip ve diş tabibi, acil yardım, resmî veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.

MADDE 19 - Tabip ve diş tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir.

Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terk edemez.

Hastayı bu suretle terk eden tabip ve řa diş tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahade notlarını verir.

EK3.3. Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

TTB HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI (ilgili maddeler)

Yayın Tarihi: 01.02.1999

Kendilerini her zaman dünya hekimliğinin bir parçası olarak gören; Türkiye Cumhuriyeti toprakları üzerinde ulusal, evrensel ve çağdaş bir sorumluluk ve hizmet anlayışına sahip bulunan, hekimlik mesleğinin, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanmayacağıının bilinci ile insanın sahip olduğu olanakları geliştirebilmesinin en temel koşulunun onun bedensel ve ruhsal sağlığı olduğunun bilincini taşıyan bu ülkenin hekimleri; dünyadaki ve Türkiye'deki toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak ve çeşitli platformlarda tartışılarak oluşturulan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na bağlılıklarını bildirmekle, insana insan olarak hizmet etmenin yüce onurunu taşırlar.

BİRİNCİ BÖLÜM

(Amaç, Kapsam ve Tanımlar)

Amaç

Madde 1-Bu kuralların amacı, hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan hekimlik meslek etiği kurallarını belirlemektir.

İKİNCİ BÖLÜM

(Genel Kural ve İlkeler)

Hekimin Görev ve Ödevleri

Madde 5-Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Etik İlkeler

Madde 6-Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.

Hekimin Yansızlığı

Madde 7-Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, (Ek ibare:4.7.2015) "cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim", yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.

Acil Yardım

Madde 10-Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılamadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur.

Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı

Madde 18-Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM (Hekim-Hasta İlişkileri)

Hasta Haklarına Saygı

Madde 21-Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı , vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

Hekim Seçme Özgürlüğü

Madde 22-Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.

Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma

Madde 25-Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

Aydınlatılmış Onam

Madde 26-Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.

Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur.

Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Terminal Hastalara Yardım

Madde 28-Hekim, terminal dönemdeki hastalara her türlü insani yardımı yapmaya, insan onuruna yaraşır koşulları sağlamaya ve çekilen acıyı olabildiğince azaltmaya çalışır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

(Hekim ve İnsan Hakları)

Uluslararası Sözleşmelere Uyma Zorunluluğu

Madde 33-Her hekim, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür.

Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım

Madde 35-Tutuklu ve hükümlülerin muayenesi de öteki hastalarinki gibi, kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır ve onların gizlilik hakları korunur. Hekimin, bu koşulların sağlanması için ilgililerden istekte bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır. Muayene sonucu düzenlenecek belge veya raporlarda hekimin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası mutlaka bulunur. Belge ve raporun bir örneği kişiye verilir. Belge ve rapor baskı altında yazılmış ise, hekim bu durumu en kısa zamanda meslek örgütüne bildirir.

Tutuklu ve Hükümlülerin Tıbbi Yardımını Reddetmesi

Madde 36-Hekim, muayene ve tedavi olanaklarını bilinçli olarak reddeden tutuklu ve hükümlülere bu davranışlarının sonuçlarının neler olabileceğini açıklar. Zorla muayene ve tedavi yolunu deneyemez, öneremez.

Olağanüstü Durumlar ve Savaş

Madde 38-Hekim, olağanüstü durumlar ve savaşta, evrensel nitelikteki tıbbi etik kurallarını yansızlıkla uygular. Hasta ve yaralı sayısının çokluğu nedeniyle, herkese gerekli tıbbi yardımın verilemediği koşullarda, hekim, tedavi olasılığı yüksek olan ağır vakalara öncelik verir.

EK3.4. Hasta Hakları Yönetmeliği

Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (İlgili maddeler)

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nın somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

İlkeler

Madde 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Tıbbi Özen Gösterilmesi

Madde 14- Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği

gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Rıza Formu

Madde 26- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağı mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz.

Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir.

Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller

Madde 31- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.

Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.

Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret halinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.

Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliği Genelgesi (14.05.2012)**(Güncelleme Tarihi: 30.09.2015)**

Sağlık çalışanlarımızın güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonla çalışmasının sağlanması Sağlıkta Dönüşüm Programımızın temel hedeflerindedir. Bakanlığımızca bu çerçevede, sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik aşağıdaki düzenlemeler yapılarak kurumlarımız talimatlandırılmıştı.

a) Tüm sağlık kurumlarında, hizmet alanlar ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam sağlanması amacıyla yayımlanan “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” doğrultusunda;

- 1) Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
- 2) Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- 3) Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- 4) Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- 5) Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
- 6) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
- 7) Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,
- 8) Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi.

b) Kurumlarımızda uygulamaya konulan “Hizmet Kalite Standartları” kapsamında çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınması.

c) “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulmasının sağlanması.

Diğer taraftan şiddeti azaltmaya yönelik çalışmaların basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarıyla birlikte değerlendirildiği sempozyum düzenleyerek ulusal düzeyde sürekliliği olan “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyasını başlatmıştık. Bu kampanya kapsamında vatandaşları bilgilendirmek ve toplumsal bilinç oluşturmak amacı ile çalışmalarımızı yürütmekteyiz. Ayrıca “hasta ve çalışan güvenliği sempozyumları” düzenleyerek sağlık çalışanlarına eğitimler vermekteyiz.

Kişinin fiziksel ve psikolojik açıdan zarar görmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel olan sözlü veya fiili hareketler olarak tanımlanan şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, mevcut uygulamaların gözden geçirilmesi önem taşımaktadır. Bu itibarla çalışan güvenliğinin sağlanmasında yöneticilerimize büyük görev ve sorumluluk düşmekte olup aşağıdaki talimatlar hassasiyetle uygulanacaktır.

1) Beyaz kod uygulaması;

- a) “Beyaz Kod” uygulaması sorumlu başhekim yardımcısı vasıtasıyla yakından takip edilecek ve sistemin etkin şekilde yürütmesi sağlanacaktır.
- b) Görevli müdahale ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması sağlanacaktır.
- c) Gerçekleşen olayların analizi yapılarak, ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirler artırılacaktır.

2) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi;

Hastane ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bir başhekim yardımcısının doğrudan takip edeceği “Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri” kurulacaktır. Bağlı birimlerdeki çalışan hakları ve güvenliğine ilişkin iş ve işlemlerini yürütmek üzere halk sağlığı müdürlükleri ile il sağlık müdürlüklerinde de bir müdür yardımcısının doğrudan takibinde aynı birimler kurulacaktır.

- a) Bu birim tüm sağlık çalışanlarının kolay ulaşabileceği bir yerde olacaktır. Gerekli ekipman (dış hatta açık telefon, faks, internet bağlantılı bilgisayar ve uygun görüşme ortamı) temin edilecektir.
- b) Birimde tercihen sosyal hizmet uzmanı, psikolog veya halkla ilişkiler uzmanı sekreteryaya olarak görevlendirilecek ve yeterli sayıda personel bulundurulacaktır.
- c) Birim, çalışanların çalışan hakları ve güvenliğine yönelik talep ve şikâyetlerini kabul edecek, bu başvuruları değerlendirerek raporlayacak, gerekli düzeltici/önleyici faaliyetlerin başlatılmasını sağlayarak talep sahibine geri bildirimde bulunacaktır.
- d) Birim, çalışan hakları ve güvenliğine yönelik uygulamaları yakından takip edecek olup aylık olarak başhekimliğe rapor sunacaktır.

3) Risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri;

- a) Sağlık kurumları şiddet bakımından risk değerlendirmelerini yeniden yapacak ve riskin yüksek olduğu bölümlerde hizmet süreçleri yeniden gözden geçirilecek ve ilgili bölümdeki sağlık çalışanı sayısı yeterli hale getirilecektir. Fiziki alanlar nitelik ve iyi çalışma şartları açısından gerekirse yeniden düzenlenecektir.
- b) Acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacaktır.
- c) Hasta mahremiyeti dikkate alınmak şartıyla, kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek ve kamera görüntüleri

sürekli takip edilecektir. Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecektir.

d) İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve “sorun çözücü” olarak çalışmaları temin edilecektir.

e) Fiziki mekanlar 24 saat boyunca yeterli düzeyde aydınlatılacak ve havalandırılacaktır.

f) Personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacaktır.

4) Çalışanların eğitimi;

a) Başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında eğitim verilecektir.

b) Sağlık çalışanlarına şiddet davranışına karşı tedbir alma eğitimleri verilecektir.

5) Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi;

a) Hasta ve hasta yakınlarının ilk olarak nereye müracaat edecekleri, hangi işlemler ve tedavinin yapılacağı, tetkik ve tahlillerin nerede yapılacağı, beklmeleri gerekiyorsa ne kadar süreyle bekleyecekleri gibi konularda bilgilendirme süreçleri gözden geçirilerek eksiklikler varsa tamamlanacaktır. Bu amaçla acil servisler başta olmak üzere hastanın durumu ile ilgili hasta ve/veya hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere “hasta bilgilendirme alanları” güçlendirilerek ve hangi durumlarda, ne sıklıkta ve kim tarafından bilgilendirme yapılacağı belirlenecektir.

b) Vatandaş şiddete uğrayan sağlık personelinin hizmet vermekten çekilme hakkının bulunduğu, böyle bir durumda hizmet alma sürecinin aksayabileceği konusunda bilgilendirilecektir.

c) Vatandaş, sağlık çalışanına yönelik şiddet uygulayanların mutlaka yargılanacağı ve cezalandırılacağı konusunda (pano/afiş/broşürler gibi vasıtalarla) bilgilendirecektir.

6) Hizmetten çekilme;

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilir.

a) Hizmetten çekilme talebi, kurum tarafından belirlenen yöneticiye sözlü veya yazılı olarak bildirilecektir.

b) Bildirim üzerine yetkili yönetici, olayı derhal değerlendirerek hizmetten çekilme talebinin uygun olup olmadığı hakkında gecikmeksizin karar verecektir.

c) Yetkili yönetici, hizmetten çekilme talebini uygun bulduğu takdirde hastanın sağlık hizmeti almasına ve tedavisinin devamına yönelik tedbirleri güvenlik

tedbirleriyle birlikte olacaktır. Bu kapsamda ilgili hastanın sağlık hizmetini devam ettirecek yeni sağlık çalışanını belirleyecek, kurum içerisinde bunun mümkün olmaması halinde hastanın hizmet alabileceği başka bir sağlık kurumuna sevkini ve hizmet alımını sağlayacaktır. Bu süreç sırasında hastanın tedavisinin aksatılmamasına itina edilecektir.

7) Bildirim süreci ve hukuki yardım;

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere “Bakanlık Beyaz Kod Birimi” kurulmuş, 24 saat hizmet verecek “113” numaralı telefon ve “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet sayfası oluşturulmuştur.

a) Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından derhal “113” numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecektir. Kamu görevlilerine karşı işlenen şiddet olaylarının takibi şikâyete bağlı olmadığından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın yöneticiler olayı mutlaka adli mercilere intikal ettirecektir. Özel sağlık kuruluşları da adli bildirim konusunda gerekli hassasiyeti gösterecektir.

b) Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından da “113” numaralı telefona doğrudan bildirim yapılabilecektir.

c) Ayrıca yöneticiler, “www.beyazkod.saglik.gov.tr” adresinde bulunan “Beyaz Kod Bildirim Formu”nu dolduracaktır.

d) Bildirim üzerine Bakanlık Beyaz Kod Birimi, yöneticilere ve/veya ilgili personele hukuki süreçle ilgili rehberlik yapacak, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırarak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirecektir. Ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimine olayın bildirildiğini tespit ederek olayın takibini temin edecektir.

e) Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılara bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28/04/2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde hukuki yardım yapılacaktır.

8) Diğer hususlar;

a) “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”in 7 ve 8 inci maddeleri, “Hastane Hizmet Kalite Standartları” çerçevesinde daha etkili şekilde uygulanmaya devam edilecektir.

b) İl sağlık müdürü konuyla doğrudan sorumlu bir sağlık müdür yardımcısı ile birlikte kurumlarda çalışan güvenliği uygulamaları ve alınan tedbirleri aylık periyotlarla izleyecek ve Bakanlığa rapor edecektir.

c)SABİM'e yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikayetler, başvuruların ancak % 4'ünü oluşturmaktadır. SABİM'e ve hasta hakları birimine yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikâyetler, öncelikle SABİM'den sorumlu il sağlık müdür yardımcısı ve hasta haklarından sorumlu başhekim yardımcısı tarafından ön değerlendirmeye tabi tutulacak, genel ve soyut nitelikte olan, şikayet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülen ihbar ve şikayetler değerlendirmeye alınmayacaktır.

Genelgenin İlinizde bulunan tüm kamu, üniversite ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarına duyurulması ve uygulanmasının teminini, ayrıca Bakanlığımızca alışan güvenliğine ilişkin olarak yapılacak yeni düzenlemelerin titizlikle takibini önemle rica ederim.



Türk Tabipleri Birliği Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi
(Türk Tabipleri Birliği, 2010)

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HEKİMLİK ve İNSAN HAKLARI
BİLDİRGESİ**

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen "Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara'da düzenlenen "Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda güncellenmiştir.

Her hekim başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür. Hekimler, insan haklarının bütünselliğini ve bölünemezliğini kabul ederler. Tüm mesleki uygulamalarında insan haklarını temel alırlar.

Hekimler herkesin; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir özelliğe göre ayrıma uğramadan ve toplumsal cinsiyet eşitliği göz önüne alınarak bütün haklardan ve özgürlüklerden yararlanması gerektiğini kabul eder. Var olan eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını önceler. İnsan hakları evrenseldir ve tüm insanların eşit olduğu durumlar üzerinden haklar tanımlanmıştır. Ancak bazı grupların ayrıca gözetilmesi de gerekmektedir:

Yaşlılar, yoksullar, çocuklar, engelliler, tutuklu ve hükümlüler, işkence görenler, açlık grevi yapanlar, gözetim altındakiler, sığınmacı ve mülteciler, göçmenler, eşcinseller... Özellikle işkence görenler, seks işçileri ve insan ticareti mağdurlarının maruz kaldıkları olaylarla mücadele edilmeli, yaşamak zorunda kaldıkları olumsuzlukların kabul edilemezliği önemle vurgulanmalıdır. 1993'de Viyana İnsan Hakları Konferansı'nda, kadınların ve kız çocuklarının evrensel insan haklarının ayrılmaz, bölünmez ve vazgeçilmez bir parçası olduğu kabul edilmiştir. Kadının, toplum içindeki ikincil konumunun, toplumsal cinsiyet ve sağlık ilişkisini belirlediği gerçeğinden hareketle, sağlık alanındaki temel politikaların toplumsal cinsiyet bakış açısıyla değerlendirilmesi zorunludur. Bunun yanı sıra kadının sosyal ve ekonomik konumu, ırkı, etnik kökeni ve engelli olması gibi ayrımcılığa neden olabilecek nitelikleri toplumsal cinsiyete bağlı eşitsizliklerini şiddetlendirmektedir. Öz olarak kadınlar, erkek egemen toplumda hakları gözetilmesi gereken bir grup olarak değerlendirilmelidir. Hekimler bütün insanların özgür olduğunu, insan onuru ve hakları bakımından eşit olduklarını ve sağlık hakkının temel insan hakkı olduğunu; denek haklarının¹, Türk Tabipleri Birliği, hekimlerin insan haklarının korunması ve sürdürülmesinde özel bir konuma sahip olduğunu ve sorumlulukları bulunduğunu bildirir tıpta insan haklarının temel bir alt grubu olduğunu kabul eder.

¹ Hasta hakları ve denek hakları öteki bildirgelerde ayrıca ele alınmıştır.

Buna göre hekimler;

1. Sağlık hakkının, ancak sağlığın temel belirleyenlerinin (barınma, temiz su kaynaklarına erişebilme, temiz bir çevrede yaşama, yeterli beslenme...) gerçekleşebilmesiyle mümkün olacağını bilir ve bu konudaki toplumsal sorumluluğunun farkındadır.
2. Hastalarının sağlıklı kalabilmek, onu geliştirebilmek, yeterli sağlık koşullarına ulaşabilmek ve hastalandıklarında sağlıklarına kavuşabilmek için eşit, ulaşılabilir, ücretsiz ve nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı olduğunu kabul eder. Bu nitelikteki sağlık hizmetlerini kapsayan bir sağlık politikasının oluşturulması için mücadele eder.
3. Kimi durumlarda çifte yükümlülükleri olduğunu farkındadır. Bildirim yükümlülüğü söz konusu olduğunda, her bir durumda hastasının yararını önceler. Ulusal ve uluslararası etik ilkelerin kabul ettiği, hukuk da dahil olmak üzere diğer sorumluluklar nedeniyle sağlık çalışanlarının tıbbi etiğe ve vicdanlarına aykırı davranmaya zorlanamayacakları ilkesine göre hareket eder.
4. Görevlerinin tıbbi insanlığın hizmetine sunmak, kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan beden ve ruh sağlığını korumak ve iyileştirmek, hastalarının acılarını dindirmek olduğunu bilir.
5. Tıbbi açıdan sorumlu olduğu kişinin bakımıyla ilgili bir karar verirken klinik yönden bütünüyle bağımsız hareket etme yükümlüğünün farkındadır. Temel görevinin izlediği kişilerin sıkıntısını azaltmak olduğunu, kişisel, toplumsal ya da politik hiçbir güdünün, bu yüce amaçtan daha üstün sayılmayacağını bilir.
6. İnsan haklarının korunması ve sürdürülmesinde özel bir konuma sahiptir ve genellikle insan hakları ihlallerinin ilk tanıkları arasındadır. Bu nedenle, tıbbi bakım sorumluluklarının gereği olarak tanıdığı oldukları insan hakları ihlallerinin kayıt altına alması gerektiğini ve tıbbi bakım vermekle yükümlü olduğunu bilir.
7. İnsan yaşamına duyulan yüksek saygıyı tehlike altında bile sürdürmek ve herhangi bir tıbbi bilginin insanlık dışı bir biçimde kullanılmasına izin vermemek gerektiği bilinciyle hareket eder.
8. Silahlı çatışma ya da sivil kavgalar da dahil olmak üzere, hiçbir durumda işkenceyi ve zalimce insanlık dışı ya da aşağılayıcı hiçbir işlemi onaylamaz, hoş görmez ve bunlara katılmaz. İşkence ya da zalimce, insanlık dışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulandığı ya da böyle bir gözdağının verildiği yerlerde bulunmaz.
9. Açlık grevi karşısında uluslararası hekim belgelerine² göre davranmanın uygun ve etik olduğunu benimser. Cezaevlerinden hastanelere getirilen tutuklu ve hükümlülerle ilgili olarak "Hastaneye getirilen mahkumlara yönelik hekim tutumu"

² Dünya Tabipler Birliği Tokyo ve Malta Bildirgesi.

belgesini hatırlatarak hasta-hekim ilişkisinin tüm insani yönlerinin uygulanması gerekliliğini benimser.

10. Ev içi şiddet, tecavüz, cinsel taciz, çocuk cinsel istismarı, kadın ticareti, paralı seks kapsayan cinsiyet temelli şiddetin farkındadır ve bunları kabul edilemez olarak tanımlar. Bu tür şiddete maruz kalan kadınlarda kronik ağrı, sakatlık, düşük, somatik bozukluk, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık, depresyon, anksiyete, madde bağımlılığı, intihar girişiminin sık görülebileceğini bilir ve buna benzer yakınmalarla gelen kadınlarda şiddeti sorgulamayı ihmal etmez.

11. Sağlık politikalarının; kadınların maruz kaldıkları hastalık risklerinin ve kadın sağlığı sorunlarının doğasının göz önünde bulundurulmasını gerektirecek, toplumsal cinsiyete duyarlı olacak biçimde oluşturulması için mücadele eder.

12. Kadınların cinsiyetçi işbölümü gereği çocuk ve yaşlı bakımından sorumlu kabul edildiğini ve bu durumun kadınların kamusal yaşama katkılarını zorlaştırdığını bilir ve sağlık alanındaki eşitlik açısından, çocuk bakımı, yaşlı ve engellileri kapsayan sağlık bakımı olanaklarının sağlık ve sosyal güvenlik programlarında dikkate alınmasını önceler.

13. Koruyucu hekimlik uygulamalarında doğmamış kız çocuklarının doğum öncesi cinsiyet seçiminden korunmasını, erkek çocuklarla benzer biçimde beslenme ve bağışıklanmalarının güvenceye alınmasını, ergenlik çağındaki kız çocukları için cinsel sağlık ve doğurganlık hizmetlerine sınırsız ulaşma olanağı sağlanmasını, cinsel eğitim programlarının düzenlenmesini dikkate alır.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi
(Türk Tabipleri Birliği, 2010)

**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HEKİMLERİN TOPLUMSAL
SORUMLULUKLARI BİLDİRGESİ**

*4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen "Türk Tabipleri Birliği
Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda kabul edilmiştir.*

*20 Haziran 2009 tarihinde Ankara'da düzenlenen "Türk Tabipleri Birliği
II. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda güncellenmiştir.*

Bireylerin ve toplumların sağlık düzeyi, sadece sunulan sağlık hizmetleri ile değil, toplumsal sınıf, eğitim, genetik, beslenme, barınma, çalışma ve çevre koşulları gibi pek çok etken tarafından belirlenmektedir. Dolayısıyla sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi, sadece kişinin gereksindiği sağlık hizmetini almasına değil, sağlığı etkileyen diğer belirleyenlerin de uygun koşullarda olmasına bağlıdır.

Türk Tabipleri Birliği her bireyin sağlık hakkına sahip olduğunu kabul eder ve bu hakkın hekimler için aşağıdaki toplumsal sorumlulukları doğurduğunu bildirir:

- **Toplumsal kaynakları akılcı kullanmak:** Sağlık hakkının gereklerinden biri, toplumsal kaynakların akılcı kullanılmasıdır; eldeki kaynaklar ancak bu ilkeyi dikkate alarak en adil biçimde dağıtılabilecek, gereksinime göre en geniş çapta ve yüksek nitelikte hizmet sunulabilecektir. Aynı yaklaşımla, hekimin bireysel olarak, hizmet sunumunda kullanılan araçları doğru endikasyonda, biçimde ve miktarda kullanmaktan, reçete yazarken akılcı ilaç seçim ölçütlerini dikkate almaya uzanan sorumlulukları da bulunmaktadır. Ayrıca hekimler kaynakları kullanırken, genel halk sağlığı kavramı içinde, en sık görülen, en çok öldüren, en çok işgücü kaybına neden olan durumlara öncelik verme gereksinimini gözetmelidir.
- **Sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşmak:** Sağlık hizmetleri koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici boyutları dikkate alınarak bir bütün olarak planlanmalı ve sunulmalıdır. Sunulan hizmetin etkinliğini en yüksek düzeye çıkarmak ancak bütüncül yaklaşımla olanaklıdır.
- **Politika belirleyenleri uyarmak:** Kaynakların adil dağıtımını temel olarak politika belirleyenlerin sorumluluğundadır. Hekimlerin mesleki yetkinlikleri sağlık hizmeti sunmak üzerinedir; sağlığın diğer belirleyenlerine ilişkin yetki ve donanımları sınırlıdır. Ancak sağlık hakkının gereği olarak hekimin, birey ve toplum sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal eşitsizlikler, insan hakları ihlalleri, insana yönelik her türlü şiddet ve savaş, çevre sağlığı sorunları, sağlıksız barınma koşulları, olumsuz çalışma koşulları ve işsizlik, düşük öğrenim düzeyi, sağlığa ayrılan bütçe, zararlı gıda maddeleri ve tütün ürünlerinin satışı gibi her türlü belirleyen hakkında politika belirleyenleri uyarmak, kamuoyunu bilgilendirmek ve koşulların iyileştirilmesini sağlamaya yönelik çabalarda bulunma sorumlulukları da vardır.

• **Kamuoyunda farkındalık yaratmak:** Uygulanan politikalar bireylerin gereksindikleri sağlık hizmetine erişimlerini kısıtlıyor ya da engelliyor olabilir. Bu koşullarda, politika belirleme yetkisi ve uygulama gücü olanları uyarmak ve kamuoyunda farkındalık yaratmak, hekimlerin toplumsal sorumlulukları arasındadır. Hekim bu amaçla meslek örgütü ve diğer örgütlerle birlikte hareket eder.

• **Aydın olarak demokratikleşme sürecine katılmak:** Hekim yalnızca sağlık hizmeti veren kişi değil, aynı zamanda toplumun demokratikleşmesi doğrultusunda aydın sorumlulukları olan bireydir. Dolayısıyla toplumu anlama ve toplumsal değişime yön verme doğrultusunda sorumluluğu bulunmaktadır.

• **Olağandışı durumlarda sağlık hizmeti sunmak:** Hekim olağandışı durumlarda sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu konularında eğitim almalı, olağandışı durum öncesi, sırası ve sonrasında yürütülen çalışmalara katılmalıdır.

• **Meslek örgütlerinin çalışmalarına katılmak:** Toplumsal sorumluluğunu yerine getirmek için hekim, meslek örgütlerinin etkinliklerine katılır.

Türk Tabipleri Birliği, hekimin yukarıda belirtilen toplumsal sorumluluklarına sahip çıkması için, içeriği toplumun sağlık gereksinimlerine göre belirlenen, halk sağlığı, tıp etiği ve sosyal bilimler alanlarına daha yoğun ve öncelikli yer veren bir tıp eğitiminin gerekliliğini önemle vurgular.

Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi
(Türk Tabipleri Birliği, 2010)

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HEKİM HAKLARI BİLDİRGESİ
4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.
20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Türk Tabipleri Birliği hekimlerin mesleklerini uygularken bazı haklara sahip olduklarını kabul eder. Ancak öncesinde önemle vurgulamak gerekir ki, hekim hakları hasta hakları kavramına karşı geliştirilmiş haklar değildir. Diğer bir deyişle, hekim hakları hasta hakları temel alınarak gerekçelendirilemez ve hasta haklarının getirdiği sorumlulukları azaltmaz. Hekim haklarını hekimin sağlık hizmeti sunduğu kişi ve topluma karşı hakları ve hekimin sağlık hizmetini örgütleyen ve finanse eden kurumlar ve çalıştığı kurumlara ilişkin hakları olarak iki şekilde tanımlamak gerekir:

1. Hekimin sağlık hizmeti sunduğu kişi ve topluma karşı hakları

a. Tıbbi ölçütler dışında hiçbir özellik ya da ölçüte göre ayırım yapmadan hizmet sunma, hekimlik mesleğinin temel değerlerindedir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda da belirtildiği üzere, hekim belli koşulların oluşması halinde sağlık hizmeti sunmayı reddedebilir. Ancak bu hakkın kullanılması için aşağıdaki koşulların sağlanması gerekir; aksi takdirde hekim “ayırım yapmama” ilkesini çiğnemiş olacaktır.

- Kişinin sağlık durumu acil bir girişim gerektirmiyor olmalıdır.
- Sağlık hizmeti sunulacak kişi erişilebilir ve gereksinimle uyumlu nitelikteki bir başka hekime yönlendirilebiliyor olmalı ve bu yönlendirme kişinin sağlığını tehlikeye atmıyor olmalıdır. Hekim hizmet sunduğu kişiyle ilgili edindiği tüm tıbbi bilgileri meslektaşına aktarmakla yükümlüdür.
- Hekim hizmet sunmayı reddetme nedeni ve diğer hizmet olanakları konusunda hastayı bilgilendirmeli, yönlendirmenin sağlık üzerinde olumsuz etkisi olmayacağını açıklamalıdır.
- Sözlü ya da fiziksel bir şiddet söz konusu olduğunda hekim hizmet sunmayı reddedebilir. Ancak yine de, yukarıdaki üç koşulun sağlanması ozen gösterilmelidir.
- Hekim kendisine başvuran ya da hizmet sunmakta olduğu kişi ile daha önceden var olan kişisel bir ilişkisi nedeniyle mesleki yargılarının etkilenebileceğinden kaygılanıyor ise, böylesi bir durumda o kişinin uygun nitelikte sağlık hizmeti alamayacağı düşüncesi ile hizmet sunmayı reddedebilir. Bu durumda da ilk üç koşulun gerekleri yerine getirilmiş olmalıdır.
- Bulaşıcı bir hastalık söz konusu olduğunda; çalışma ortamında rutin korunma araçları bulunmuyor ve o hastalığın bulaş riski tıbbi uygulama ile anlamlı biçimde artıyor ise, hekim kendisini ve başkalarını korumak gerekçesiyle hastayı uygun olanakların bulunduğu yerlere yönlendirebilir. Böylesi bir durumda hekim çalışma ortamının olumsuzluklarının en kısa zamanda düzeltilmesi için gerekli girişimlerde bulunmalıdır.

- Rutin korunma önlemlerinin yetersiz kaldığı, enfeksiyon zinciri henüz tam olarak tanımlanmamış bulaşıcı hastalıklar söz konusu olduğunda, böyle bir duruma ilişkin kesin kurallar getirmek güç olmakla birlikte, Türk Tabipleri Birliği hekimin mesleki bilgi ve becerisi dolayısıyla hala toplumun diğer üyelerine göre etkin girişimde bulunabilecek tek kişi olduğunu, ayrıca tıp mesleği ile toplum arasında bulunan geleneksel sözleşmenin gereği olarak hekime sorumluluk düştüğünü anımsatır.
- b. Hekim, sağlık hizmeti sunulan kişi ve yakınlarından gelebilecek istemleri, bilimsel bilgiye uyumluluğu temelinde değerlendirerek geri çevirme hakkına sahiptir. Ayrıca bu türden istemler, toplumsal kaynakları göz önünde bulundurarak adil dağılımı sağlamak adına da geri çevrilebilir.

2. Hekimin sağlık hizmetini örgütleyen ve finanse eden kurumlar ve çalıştığı kurumlara ilişkin hakları

- a. Çalışma koşullarına ilişkin haklar: Hekim; çalışma ortamının fizik özelliklerinden mesleki risklerin olası en düşük düzeye indirilmesine ve hizmetin uygun nitelikte sunulabilmesi için gerekli araçların sağlanmasına dek tüm koşulların belli nitelikte olmasını talep etme haklarına sahiptir. Hekimlerin çalıştıkları kurumlarda, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı sağlanmalıdır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar, özellikle de devlet hem sağlık hizmetlerini sunması, hem de denetleme görevinin olması nedeniyle, bu hakkın kullanılmasının koşullarını güvence altına almakla yükümlüdür.
- b. Hekim, hekimlik meslek ahlakına uygun olmayan davranışlara ortak olmayı reddetme hakkına sahiptir.
- c. Özlük hakları: Hekim bir çalışan olarak çalışma güvencesine sahip olma, yeterli gelir elde etme, izin kullanma, emeklilik, sürekli mesleki gelişimini sağlayacak etkinliklere katılma gibi haklara sahiptir.
- d. Demokratik haklar: Hekim örgütlenme hakkına, çalıştığı kurumlarda yönetsel ve hizmete ilişkin kararlara katılma ve denetleme hakkına sahiptir.
- e. Hekim; geri ödeme kurumları ya da çalıştığı hastane gibi kurumların bilimsel bilgiyle gerekçelendirilmeyen istemlerini reddetme / uygulamama hakkına sahiptir. Türk Tabipleri Birliği yukarıdaki hakların yanı sıra hekimlerin sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim haklarının olduğunu da vurgular.

Türk Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi
(Türk Tabipleri Birliği, 2010)

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Türk Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi; Dünya Tabipler Birliği tarafından kabul edilmiş Lizbon Bildirgesi, Santiago versiyonu (2005) ve DSÖ Avrupa Bürosu Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam 1994) esas alınarak ve ilgili iç hukuk düzenlemeleri gözetilerek hazırlanmıştır. Hasta hakları bir insan hakkı ve sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir unsurudur. Hekimlik mesleğinin insan onuruna saygılı ve hekim hasta ilişkisinde tıp etiği ilkelerinin öncelendiği koşullarda yürütülmesinde hasta haklarının önemi göz önünde tutulmalıdır. Hasta haklarının tanınmasında, uygulanmasında ve geliştirilmesinde hekimlerin önemli görev ve sorumlulukları bulunmaktadır; ancak hasta haklarından temelde tüm sağlık sisteminin sorumlu olduğunun bilinmesi gerekir. Bu çerçevede hem sağlık sisteminin hasta haklarına uygun biçimde oluşturulması, hem de bu hakların hekimler ve diğer tüm sağlık çalışanları tarafından benimsenmesi için gerekli önlemlerin alınmasına destek verilir. Hasta haklarını kısıtlayan hiç bir ekonomik ve politik uygulama kabul edilemez. Türk Tabipleri Birliği sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta haklarına saygı gösterilmesini iyi hekimliğin vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul eder.

Türk Tabipleri Birliği hasta haklarıyla ilgili olarak aşağıdaki ilkeleri vurgular:

- İnsan haklarının tıp alanındaki uzantısı olan hasta hakları, genel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma, bilgilendirme ve seçim yapma unsurlarını içermelidir. Sağlık hizmetinden yararlanma; ayrımcılığa uğramamayı, klinik ve etik kararları özgürce alan bir hekim tarafından bakılmayı, tıbbi açıdan en uygun tedaviyi almayı ve kaynaklardan adil biçimde yararlanmayı kapsar.

Bilgilendirme; hastanın durumu hakkında bilgi almasını ve tıbbi kayıtlara ulaşmasını, bilgi aktarımının anlayabileceği biçimde yapılmasını, bilgi almama hakkını ve kendisi yerine bilgilendirilecek kişiyi belirlemeyi kapsar.

Seçim; sağlık kurumunu, hekimi, tıbbi uygulamayı seçmeyi ve başka hekimlerden görüş alınmasını isteme hakkını kapsar.

- Bireyin “sağlıklı olma” durumunun sürdürülmesi ve geliştirilmesi, sağlığını bozacak her türlü etmene karşı koruyucu önlemlerin alınması esastır. Hastalık durumunda ise koşulsuz olarak, yeterli ve nitelikli sağlık hizmeti alması esastır. Genel olarak sağlık, özel olarak hastalıklar hakkında eğitim verilmesi de hizmetin bir parçasıdır.

- Sağlık hizmetleri sunumunda hastanın kendi kaderini belirleme ve özgür seçim yapma hakkı korunmalıdır. İnsan onuru ve bütünlüğüne saygının ifadesi olan

aydınlatılmış onam veya ret hakkı, her tür tıbbi uygulamanın temeli olarak bütün hastalara tanınmalıdır.

- Hastanın kişisel bilgilerinin, tanı ve tedavisinin, sağlık durumunun ve her türlü özel bilgilerinin gizli tutulması ve korunması sağlanmalıdır. Elektronik ortamda tutulan kayıtların gizliliğinin sağlanması için gerekli ve yeterli önlemler alınmalıdır.
- Hastanın güvenli sağlık hizmeti alma hakkı vardır. Hizmet niteliğinin güvence altına alınması sağlık hizmeti sunumunun önemli bir boyutudur. Hekimler sağlık hizmetinin niteliğini gözetmede sorumluluk üstlenmelidirler.
- Hasta sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir. Hekim, tedavisinin sürdürülmesi tıbben gerekli olan hastayı makul destek ve yeni düzenlemeleri yapmak için yeterli olanak sağlamadan bırakamaz.
- Hastanın tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.

ANKET FORMU

Hizmet Sunma Yükümlülüğü Sınırlarının Tıp Etiği Açısından Analizi

Bu araştırma ile; hekimlerin hastalara hizmet sunma yükümlülüğünün bir sınırı olup olmadığı, hangi koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün ortadan kalkacağına dair düşünceleriniz saptanmaya çalışılmaktadır. Bu soru günümüzde şiddet, bulaşıcı hastalık salgınları, olağandışı durumlar gibi koşullarda çalışan sağlık çalışanları için özellikle önem kazanmıştır. Böylesi koşullarda hizmet sunma yükümlülüğünün sağlam gerekçeleri olup olmadığı üzerine düşünceleriniz çok değerlidir.

Araştırmayı, Prof.Dr. M. Murat Civaner'in danışmanlığında yürütmekteyim.

Bu anket tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Ayrıca istediğiniz zaman bırakabilirsiniz. Anket için kimlik bilgilerinizi vermenize gerek yoktur. Yanıtlarınız sadece araştırmacılar tarafından ulaşılabilecek bir veri tabanında gizli tutulacak, araştırma sonrasında da hiçbir biçimde kimlik belirtici bilgi verilmeyecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır.

İlginiz ve katkınız için teşekkür eder, meslek yaşamınız boyunca başarılar dilerim.

Filiz Bulut
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Prof.Dr. M. Murat Civaner
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Tel: 224.295 4272

Cinsiyet: K E

Tıp fakültesini tercih etme nedeniniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Ailem ısrar etti.
- Doktor olan yakınlarımı örnek aldığım için.
- Gittiğim dersanenin önerisiydi.
- Öğretmenlerimin önerisiydi.
- Sınav puanıma en uygun seçenek buydu.
- Çocukluğumdan beri idealimdeki meslekti.
- Yüksek gelir getireceğini düşündüğüm için.
- Biyoloji bilimlerine ilgimden ötürü.
- Hekimlik toplumda saygı gören bir meslek olduğu için.
- Başkalarının dertlerine çare bulmak için.
- Diğer:

Mesleki riskler için aşağıdaki ifadelerden sizin için uygun olanı işaretleyiniz.
(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Mesleği seçerken mesleki risklerin neler olduğunu biliyordum (bulaşıcı hastalıklar, şiddet, ...)
- Seçerken tam olarak bildiğimi söyleyemem.
- Bütün mesleki riskleri bilsem seçmeyebilirdim.
- Şu anda bilmiyorum; ama ben bu mesleği seçtim, dolayısıyla risklerini de her durumda kabullendim.
- Sadece bugün bilinen riskleri kabullenerek seçim yaptım. Bu durum, ileride ortaya çıkabilecek riskleri de kabul ettiğim anlamına gelmez.
- Ekleme istedikleriniz:

Öğrenciliğiniz sırasında hasta ya da yakınlarından şiddet gördünüz mü?

- Sözlü şiddete uğradım.
- Fiziksel şiddete uğradım
- Şiddet görmedim ancak buna tanık oldum.
- Ekleme istedikleriniz:

Sağlık hakkına dair düşüncelerinizi aşağıdakilerden hangisi en iyi ifade eder?

- Bence herkesin sağlık hakkı yoktur.
- Herkesin sağlık hakkı vardır; bu hak ödeme gücüne göre erişilebilen sağlık hizmetlerini kapsar.
- Herkesin sağlık hakkı vardır; bu hak gereksinime göre erişilmesi gereken sağlık hizmetlerini kapsar.
- Ekleme istedikleriniz:

Dönem II’de seçmeli Tıbbi Deontoloji dersi aldınız mı?

- Evet
- Hayır
- Anımsamıyorum.

BÖLÜM II

Bu bölümdeki soruları lütfen aşağıdaki tanımları dikkate alarak yanıtlayınız.

Hizmet sunma yükümlülüğü; kısaca, ‘hastaya gereksinimi olan hizmeti sunma yükümlülüğü’ olarak tanımlanabilir. Bu yükümlülük Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği kuralları gibi çeşitli düzenlemelerde “*Hekimin öncelikli görevi, insanın yaşamını ve sağlığını korumak, hastaları iyileştirmeye çalışmak, insan onurunu gözetmek*” biçiminde tanımlanmaktadır. Hizmet sunma yükümlülüğü “Hekimlik Andı”nda ise “*Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma tüm benliğimle söz veriyorum.*” ve “*Önceliğim her zaman hastamın sağlığı olacak.*” satırlarıyla ifade edilmektedir.

Hizmet sunma yükümlülüğünün gerekçelerini; ‘mesleğin geleneksel erdemleri’, ‘mesleği seçmiş olma’, ‘toplumsal sözleşme’, ‘en iyi bilen olma’ ve ‘hasta hakları’ oluşturmaktadır. Bu gerekçeler kısaca;

- **Geleneksel erdemler**, hekimlik mesleğinin tarih boyunca geleneksel olarak yardım etme erdemi üzerine kurulu olması,
- **En iyi bilen olma**, hekimlerin aldıkları eğitim nedeniyle toplumun diğer üyelerine göre sağlıkla ilgili konuları en iyi bilen kişiler olması,
- **Toplumsal sözleşme**, toplumun hekimlik mesleğine belli bir konum ve ayrıcalıklar tanınması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak hastaların yararına kullanmayı kabul etmesi, (*Tıp kurumu ile toplum arasında Hekimlik Andı'nda verilen sözlerle somutlaşır*)
- **Mesleği seçme**, tıp mesleğini seçerek tıp eğitimi alma,
- **Hasta hakları**, hastaların gereksinimlerine göre hizmet alma hakkı

biçiminde tanımlanabilir. Hekim bu gerekçelerle hastasına hizmet sunmakla yükümlüdür.

OLUMSUZ ÇALIŞMA KOŞULLARI

Senaryo 1 – Yetersiz tıbbi malzeme

Bulduğunuz poliklinikte eldiven, maske gibi bazı tıbbi malzemeler yetersiz, bazıları ise hiç bulunmuyor. Rutin hizmet sırasında korunmanızı sağlayan bu malzemelerin yokluğunda sizce hizmet sunma yükümlülüğü (HSY);

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....
.....

III. Yoktur; çünkü;

.....
.....

Senaryo 2 – Aşırı yorgunluk

Bir hastanenin kliniğinde araştırma görevlisi olarak iki günde bir nöbet tutuyorsunuz. 24 saatlik yoğun bir nöbetin arkasından poliklinik hizmeti vermeniz bekleniyor. Kendinizi oldukça yorgun hissediyor, konsantre olmakta güçlük çekiyorsunuz. Bu şekilde hastalara zararlı olma riski taşıdığınızı düşünüyorsunuz. Sizce böyle bir koşulda HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme

.....

II. Emin değilim; çünkü;

.....
.....

III. Yoktur; çünkü;

.....
.....

Senaryo 3 – Kalitesiz malzeme

Hastanızın kalbine stent takılması gerekiyor. Piyasada çeşitli marka ve türlerde stent mevcut. SGK sizin hekim olarak uygun gördüğünüz 4,000 TL'lik türü karşılamıyor. Bununla birlikte eğer SGK'nın karşıladığı 500 TL'lik kalitesi düşük stenti takarsanız hastanın yarar görmeme ve hatta komplikasyon gelişme riski yüksek; bu nedenle malpraktisle de suçlanabilirsiniz. Bu koşullarda HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....
.....

III. Yoktur; çünkü;

.....
.....

Senaryo 4 – Zaman ve sayı baskısı

Hastalara nitelikli bir hizmet sunulması için ayrılması gereken sürenin ortalama 15-20 dk olması gerektiğini biliyorsunuz. Ancak çalıştığınız hastanede performans dayalı ödeme sistemi var ve randevu sistemi her hastaya 5 dakika aralıklarla randevu vermekte. Eğer hastanıza daha uzun süre ayırırsanız sizi bekleyen diğer hastalar kapıyı çalmaya, şikayet etmeye başlıyor. Her hastaya sadece 5 dakika ayırırsanız bu kez hastanın yeterli hizmet alamayacağını ve sizin de hata yapma riskinizin artacağını biliyorsunuz. Sizce böyle bir sistemde hastaya HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....
.....
III. Yoktur; çünkü;
.....
.....

ŞİDDET

Senaryo 5 - Sözlü şiddet

Bulduğunuz hastanenin acil servisinde pratisyen hekim olarak çalışmaktasınız. Bir hasta yakını tarafından, kendi hastası acil olduğu halde ilgilenilmediği iddiasıyla size sözlü şiddette bulunuluyor. Bu durumda hizmet sunma yükümlülüğü (HSY);

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;
.....
.....

III. Yoktur; çünkü;
.....
.....

Senaryo 6 - Fiziksel şiddet

Acil servis çok yoğun ve size sözlü şiddette bulunan hasta yakını bu defa fiziksel şiddette bulunuyor. Bu sırada güvenlik görevlisi olaya müdahale ediyor. Bu durumda HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;
.....
.....

III. Yoktur; çünkü;
.....
.....

Senaryo 7 – Silahlı çatışma

Yaklaşık iki aydır görev yaptığınız bölgede silahlı çatışmalar yaşanmakta. Olay yerine giden ambulanslara da saldırı gerçekleştiğini biliyorsunuz. Akşamüstü silahlı bir çatışma yaşandığı, doğum için hastaneye gelmekte olan bir kadının çatışmanın ortasında kalarak yaralandığı haberi iletiliyor ve acil olarak ambulansla hekim çağrılıyor. Böyle bir durumda hekimin HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....
.....

III. Yoktur; çünkü;

.....
.....

BULAŞICI HASTALIK SALGINI

Senaryo 8

Bulduğunuz bölgede, enfeksiyon zinciri tanımlanmamış, koruyucu önlemlerin ve klasik tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı, mortalitesi oldukça yüksek yeni bir bulaşıcı hastalık salgını ortaya çıkıyor. Böyle bir durumda HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....
.....

III. Yoktur; çünkü;

.....
.....

KİŞİSEL DEĞERLER

Senaryo 9 – Transseksüel hasta

Darp nedeniyle acil servise başvuran bir hasta için acil servise çağrılıyorsunuz. Hastanın klavikulasında kırık saptıyorsunuz ve operasyon endikasyonu koyuyorsunuz. Hastanızın dış görünümünden transseksüel olduğunu anlıyorsunuz. Hasta seks işçisi olarak çalışırken darp edildiğini söylüyor. Kişisel olarak eşcinsellerden hoşlanmıyor, onların toplum için zararlı olduğunu düşünüyorsunuz. Böyle düşünen bir hekim için HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
- Ayrımcılık yapmama yükümlülüğü
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....

III. Yoktur; çünkü;

.....

Senaryo 10 – Gebeliğin sonlandırılması

Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olarak bir hastanede çalışmaya başladınız. Sekiz haftalık gebe bir kadın gebeliğinin isteğe bağlı sonlandırılması talebiyle hastaneye geliyor. Herhangi bir tıbbi endikasyon bulunmuyor. Ülkemizde 10 haftaya kadar gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasının yasal olduğunu biliyorsunuz. Siz ise yaşamın kutsallığına inanıyor, böyle bir isteği cinayetle eşdeğer görüyorsunuz. Böyle düşünen bir hekim için HSY;

I. Vardır; çünkü aşağıdaki gerekçeler hala geçerlidir:

- Geleneksel erdemler
- Toplumsal sözleşme
- En iyi bilen olma
- Hasta hakları
- Mesleği seçme
- Ayrımcılık yapmama yükümlülüğü
-

II. Emin değilim; çünkü;

.....

III. Yoktur; çünkü;

.....

TEŞEKKÜR EDERİM

8. TEŞEKKÜR

Bir tezin yazılma süreci hakkında birçok görüş ileri sürülmektedir. Görüşler genellikle tez yazmanın oldukça sancılı bir süreç olduğundan bahsetmektedir. Bu sancılı süreci ben de yaşayarak tecrübe etmiş bulunmaktayım.

Teşekkürüme, benim ilk öğretmenim, hastalandığımda beni sırtında taşıyan, okumam için parasını son kuruşuna kadar bana verdiğine şahit olduğum, ileri görüşlü, sözlerinin kıymetini yaşadıkça daha iyi anladığım, tecrübelerinde hiç yanılmadığını gördüğüm, hayata hep doğruluğun penceresinden bakan, iyilikleri ve cömertlikleri ile tanınan ve yaşadığı sürece hep hastalıkla boğuştuğundan hastane kapılarından gelemeyen, eşsiz insan Dedem ile başlamak isterim. 9 Ekim 2012 yılı bir Salı günü, Güneş ve yağmurun bir arada onu uğurladığı, asla unutmayacağım o gün bu dünyadan ayrıldı.

Geride onun düşünceleri ile hayat bulan ben, ona bir teşekkür hediyesi olarak bu tezi adıyorum. İkinci olarak da benim her zaman yanımda olan, gözünden yaşlı dilinden duası hiç eksik olmayan ve dedemin bana emaneti, hem annem hem ebem olan babaanneme bütün içtenliğimle teşekkür ediyorum.

Hatırladığım en eski anım olan anneme, bütün borçlarına rağmen bana destek olmaya çalışan babama, bir şekilde ablalarına destek olmaya çalışan kardeşlerime de en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Her üzüntümde yanımda olmaya çalışan, beni güldüren, var oldukları için şanslı hissettiğim arkadaşlarıma da sonsuz teşekkür ediyorum.

Bölümdeki hocalarımdan motivasyonumun düşmemesi için yüreklendirici sözlerinden dolayı Doç. Dr. Elif Atıcı ve Yard. Doç. Dr. Sezer Erer Kafa hocalarıma teşekkür ediyorum.

Tezimi bitirmeye yakın tanıdığım ancak uzun süredir tanıyormuş hissi veren İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'nde görevli hemşire Sevda Çoban ve birim sekreteri Nefise Sever'e desteklerinden dolayı en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Yaşama farklı bir gözlükle baktığına inandığım, sözleri ve enerjisiyle hayatımda önemli ve iyi bir değişim yaratmama neden olan Doç. Dr. Alpaslan Türkkın hocama sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez için yaptığım ankete gönüllü olarak araştırma bulgularımda söz ve düşünceleri ile katkı yapan geleceğin hekim adaylarına ayrıca teşekkür etmek istiyorum. Onlara ulaşmamda bana yardım ettiği için intern öğrencilerin temsilcisi Hasan Nasuhi Budak'a da çok teşekkür ederim.

Son olarak da, Yüksek Lisansa başladığım ilk günden beri, benden desteğini esirgemeyen danışman hocama teşekkür etmek istiyorum. Özellikle yaptığım komik

hatalarıma rağmen benden ümidini kesmediği için, bıkmadan usanmadan benim anladığımdan emin olana kadar anlattığı için, sorduğum soruları bütün yoğunluğuna rağmen yanıtlamaya çalıştığı için ve kütüphanesini dilediğim gibi kullanmama izin verdiği için teşekkür etmek istiyorum. Ayrıca bu yolda bana balık tutmayı öğretmek için verdiği mücadelede için teşekkür ediyorum. Son olarak da, nerede ve ne zaman olursa olsun bir işi doğru ve düzgün yapmam gerektiğinin anlamının ne kadar kıymetli olduğunu anlamamı sağladığı için Prof. Dr. M. Murat Civaner'e sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.



9. ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Giresun’da doğdum. İlkokul ve liseyi Giresun’un Bulancak ilçesinde tamamladım. 2011-2015 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi’nde *Felsefe* lisansımı aldım. Lisansım devam ederken Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü’nde yan dal öğrenimi gördüm.

2015-2016 eğitim-öğretim yılı başlangıcında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans programında eğitim almaya başladım. Yüksek Lisans eğitimime devam ederken Türkiye Biyoetik Dergisi’nde yayımlanan “*Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!”*” başlıklı makaleyi danışman hocam ile birlikte hazırladım. Biri uluslararası olmak üzere toplam üç kongrede dört sözlü bildiri sundum.

Uludağ Üniversitesi’nin veteriner hekim olan Güler-Osman Köseoğlu’nu anma adına düzenlediği “*İçinden Fıkra Geçen Öykü Yarışması*” nda, 2017 yılı birincilik ödülünü kazandım.