

MAKALE

Aslıhan Akpinar¹
Tuncay Müge Alvrur²
Nermin Ersoy³
Pınar Topsever⁴

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD. Ankara

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD. Kocaeli

⁴Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. İstanbul

Bu çalışma 4-7 Kasım 2009 tarihlerinde Bursa'da düzenlenen II. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi'nde sunulmuş ve Bildiri Kitabında basılmıştır.

Yazışma Adresi:

Öğr. Gör. Dr. Aslıhan Akpinar
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı 06100 Sıhhiye-Ankara,
Tel: 03123051098
E-posta: aslyakcay@yahoo.com

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Düzce İli Aile Hekimlerinin Yaşadığı Etik Sorunlara Dayanan Bir Etik Eğitim Programı Önerisi

ÖZET

Amaç: Aile hekimliği uygulamasına 2005 yılında başlanan Düzce ilinde görevli hekimlerin, uygulamalarında sık karşılaştıkları, karar vermede zorlandıkları ve eğitim talep ettikleri etik sorunları belirlemektir.

Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma 2007 yılı Mayıs-Haziran aylarında Düzce ilindeki aile sağlığı merkezlerinde yürütüldü. Araştırmacılar tarafından hazırlanan çalışma formu aile hekimliğinde sık karşılaşılan 13 etik konuyu içeriyordu. Aile hekimlerinin bu konularla karşılaşma sıklığı, başa çıkma gücü ile etik eğitim ihtiyacı sorgulandı.

Bulgular: Çalışma evrenini oluşturan 98 aile hekiminin 56'sı (%57,1) araştırmaya katıldı. Katılımcıların %89,3'ü bir yıl ve daha uzun süredir aile hekimliği yapmaktaydı ve hekimlerin %80,4'ünün kayıtlı hasta sayısı 3000'in üstündeydi. Hekimlerin %67,9'unun hasta grubu homojendi. Aile hekimleri ayda en az 1 kez aydınlatılmış onam almak için hastaya ne kadar bilgi vermesi gerektiğini belirleme (%72,7), kişisel yarar-fedakârlık çatışması (%44,6), hastanın yeterliğini belirleme (%41,8), alternatif tedavi talepleri (%41,0), ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler (%39,2), hastaya gerçeğin söylenmesi (%28,6) ve kaynakların paylaşımı (%27,3) konularında ikilem yaşadıklarını bildirdi. Hekimlerin çözmekte zorlandıklarını ifade ettikleri konular da şöyle sıralandı: Hastanın yeterliğini belirleme, mesleki yetersizliğin bildirimini, aydınlatılmış onam, çocuğun yararını korumak, gerçeğin söylenmesi ve kişisel yarar-fedakârlık çatışması. Aile hekimlerinin çoğu 13 etik konuda da eğitim talep etmişken çocuğun yararını korumak, gerçeğin söylenmesi, yeterliği belirleme, üçüncü kişilerin yararı ve aydınlatılmış onam sırasıyla öncelikli eğitim talepleri arasında yer aldı.

Sonuç: Sonuçlarımız aile hekimlerinin etiğe uygun hizmet sunmada güçlük yaşadıklarını düşündürmüş ve güçlük yaşanan bu sorunlar karşılaşma sıklığı ve eğitim talebi doğrultusunda tartışılarak bir etik eğitim müfredatı taslağı oluşturulmuştur. Aile hekimliği sertifika eğitimlerine bu taslak çerçevesinde etik eğitimin eklenmesini öneriyoruz.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Etik, İhtiyaç tespiti, Eğitim

A Draft Ethics Curriculum Based on Ethical Issues Experienced by Family Doctors in Düzce

ABSTRACT

Aim: To determine ethical issues experienced by family doctors in Düzce, the pilot province for implementation of the primary health care reform 'Transformation in Health' in Turkey in 2005.

Method: We conducted this study between May and June 2007 in Düzce. A self-administered-questionnaire prepared by the researchers included 13 ethical issues inquiring about physicians' frequency of encounter, difficulty in managing the problem, and learning needs in ethical topics.

Results: Fifty-seven percent of family doctors who were practicing in Düzce (56/98) took part in the study. Most of them (89.3%) were in practice over a year, had more than 3000 registered patients (80.4%) with homogenous distribution (67.9%). Physicians reported to encounter ethical dilemmas related to informed consent (72.7%), conflict of self-interest and altruism (44.6%), determining competency (41.8%), claims of alternative therapy (41.0%), relationship with representatives of drug companies (39.2%), truth-telling (28.6%), and resource allocation (27.3%) at least once a month. Participants were experienced difficulties when solving dilemmas related to determining competency in patients, reporting incompetency of a colleague, informed consent, best interest of the child, truth-telling, conflict of self-interest and altruism, respectively. Best interest of the child, truth-telling, determining competency in patients, protecting others' interest and gaining informed consent were prioritized topics for education.

Conclusion: Our results implied that family doctors experienced difficulties in ethical conduct during daily clinical practice. The most frequently mentioned ethical issues were evaluated with respect to expressed learning needs which served to develop a draft ethics curriculum.

Keywords: Family Practice, Ethics, Needs Assessment, Education

GİRİŞ

Aile hekimlerinin, yaşamın her evresinde bireyin ihtiyaçlarıyla belirlenen sağlık hizmetlerini birey merkezli, toplum yönelimli olarak sunması beklenir (1). Hastanın gerçek ihtiyaçlarını ve isteklerini anlamak kadar toplumsal dengeleri koruması beklenen aile hekiminin, genellikle birden fazla aile üyesine, uzun bir zaman sürecinde, kapsamlı bakım veren bir hekim ve bir hasta savunucusu olarak yüklendiği rolleri nedeniyle (1,2) hasta bakımını etkileyebilecek karmaşık etik sorunlarla sıkça karşılaştığı bildirilmektedir (3-5).

Etik konulara ve tıbbi normlara dayanarak kararlar vermek durumunda kalan aile hekimi; kişinin ve çevresinin yapısına, eğitimine, değerlerine ve deneyimlerine göre etik standartlarını geliştirmelidir (1). Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ve Dünya Aile Hekimleri Organizasyonu'nun (WONCA) aile hekimliği tanımlarıyla da desteklendiği gibi (1) aile hekimliğinin etiğe uygun sürdürülmesine yardımcı olmak amacıyla kazanılması gereken etik bilgi, tutum ve beceriler bulunmaktadır. Aile hekimliğinin uzun yıllardır uygulandığı ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkelerde aile hekimlerine özgü etik eğitim programları hazırlanmış ve aile hekimleri topluluklarının resmi internet sitelerinde sunulmuştur. Ülkemizde ise aile hekimliği uzmanlık eğitiminde bir etik eğitim standardı bulunmamaktadır (6).

Ön pilot il olarak Düzce'de 2005 yılında başlanan aile hekimliği uygulaması 24.11.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanuna" dayanmaktadır (7) ve Kasım 2009 itibarıyla 33 ilde aile hekimliğine geçiş süreci tamamlanmıştır. Kanunda aile hekimi, "kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü" hekim olarak tanımlanmıştır. Aile Hekimliği uygulamasında çalışması planlanan hekim sayısı aile hekimliği uzmanları ile sağlanamadığından, geçiş döneminde uzmanlara ek olarak Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan hekimlerin de uygulamalara dâhil edilmesi planlanmıştır. Böylece uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli eğitimden geçirilmesiyle başlanmış olup hekimler uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmektedir. Bununla birlikte aile hekimliği uyum eğitimine de modüler eğitime de tıp etiği dâhil edilmemiştir.

Oysa meslek etiği eğitiminin sürdürülmekte olan "aile hekimliği eğitim programlarına" dâhil edilmesi aile hekimlerinin günlük uygulamalarında karşılaştığı etik ikilemleri çözmesini sağlamak yanında hasta memnuniyetini artırmaya katkı sağlayarak hizmet kalitesini de yükseltebilecektir (8-10).

Aile hekimliği geçiş dönemi eğitimlerinde klinik uygulamadan araştırmalara, kurumsal yapıdan hasta-hekim iletişimine çok çeşitli konularda yeterli bir eğitim verilmesi gerekmektedir. Bu programa eklenmesi önerilen etik eğitimin de aile hekimliği uygulamasında en fazla ikilem ve güçlük yaşanan konulara ağırlık verilerek hazırlanması programın etkinliğini artırabilecektir.

Bu nedenle aile hekimliği temel eğitimi için bir etik eğitim programı tasarlamak üzere ülkemizde aile hekimliği yapmakta olan hekimlerin günlük uygulamaları sırasında bazı etik konular ile karşılaşma sıklıkları, karar verme güçlükleri ve ilgili konuda eğitim ihtiyaçlarını belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma yeri ve katılımcıların seçimi: Bu tanımlayıcı araştırma 2005 yılında aile hekimliği uygulamasına ön pilot il olarak başlamış olan Düzce ilinde, 2007 yılının Mayıs ve Haziran aylarında yürütülmüştür. Çalışma evrenini aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimliği sertifikası sahibi 98 aile hekimi oluşturmaktadır. Çalışma hakkında yüz yüze bilgilendirme sonrası katılım konusunda sözlü onamları alınan hekimler çalışma formunu doldurmaları için yalnız bırakılmıştır. Bölgede aile hekimliği eğitimini tamamlayarak görev yapmakta olan toplam 98 aile hekiminin 60'ına ulaşılmış, 4'ü çalışmaya katılmayı reddetmiş ve toplam 56 hekim (%57,1) çalışmamıza katılmıştır.

Veri toplama araçları: Araştırma için Levitt ve arkadaşları (11) tarafından (1994) Kanada'da yapılan bir araştırmada kullanılmış olan çalışma formu örnek alınmıştır. Sorular fakültemiz aile hekimliği uzmanları ve tıp etiği uzmanları tarafından Türkçeye çevrilmiş, Türkçe çevirisi ve ülkemizde uygulanabilirliği açısından bir pilot çalışmayla sınanmıştır. Sorgulanan etik kavramların doğru anlaşılama endişesi çalışmada katılımcılara formda söz edilen tüm etik konuların tanımını içeren bir açıklama formu da sunulmasını gerektirmiştir. Çalışma formu hekimlerin kişisel ve profesyonel özelliklerine ilişkin 9 soru ile aile hekimlerinin sık karşılaşması beklenen 13 temel etik konuyu içermektedir. Örneklerle açıklanmış olan etik konular ile aile hekimlerinin karşılaşma sıklığı, bu konulara ilişkin karar verme güçlüğü ve eğitim talepleri sorgulanmıştır.

Etik Kurul onayı: Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 10.10.2006 tarihinde İAEK 13/6 karar sayısıyla etik onay alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi: Katılımcıların demografik (cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma) ve mesleki özellikleri (mesleki deneyim süresi, aile hekimliği deneyim süresi, kayıtlı hasta sayısı, hasta grubunun özelliği) ile etik konularla karşılaşma sıklığı, bu etik sorunları çözmeyi ne kadar güç

buldukları ve bu konularda eğitim taleplerine ilişkin verilerin yüzde dağılımları alınmıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları: Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle çalışmamıza çalışma evrenini oluşturan 98 hekimin %57'si katılmıştır. İkinci olarak, aile hekimlerinin yaşadıkları etik ikilemleri kuramsal örnekler üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Bu nedenle sonuçlarımız aile hekimliği uygulamalarındaki tüm hekimlerin günlük uygulamalarında karşılaştığı etik sorunları birebir yansıtmayabilir.

BULGULAR

Katılımcıların özellikleri: Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %64,3'ü erkek, %35,7'si kadındı. Yaş ortalaması 33,0±5,3 olan (24–51 yaş) hekimlerin %37,5'inin çocuğu vardı. Mesleki deneyim yılı ortalaması 7,7±5,5 olan (3 ay – 22 yıl) hekimlerin yarısı 6 yıldan az mesleki deneyime sahipti ve %89,3'ü bir yıldan uzun süredir aile hekimi olarak görev yapmaktaydı. Büyük çoğunluğunun (%80,4) kayıtlı hasta sayısı 3000'in üstündeydi ve çoğunluğunun hasta grubu homojen olup (%67,9) hasta grubu çocuk ağırlıklı (n=3) veya yaşlı ağırlıklı (n=1) olan birkaç hekim vardı (Tablo 1).

Ana Bulgular: Aile hekimlerinin karşılaşma sıklığı, karar verme gücü ve eğitim talebini belirlemek üzere sunulan etik konular sırasıyla şunlardır: (a) Aydınlatılmış onamın gücü: hastaya tanı ve tedavi seçenekleri hakkında ne kadar bilgi verileceğine ilişkin yaşanan ikilem. (b) Yeterliliği belirlemek: hastanın tıbbi tedavisi hakkında karar verme ve bu kararı uygulama kapasitesinin tam olduğuna ve saygı gösterilmesi gerektiğine karar vermek. (c) Çocuğun yararını korumak: çocukların tedavisine ve haklarını korumaya yönelik öneriler sunmak ya da bu yönde kararlar vermek. (d) Kaynakların paylaşımı: mevcut tıbbi

kaynaklarımızın ihtiyacı olan her hastaya yetmemesi. (e) Mahremiyeti korumak: hastaya ait bilgilerin üçüncü kişilere açıklanması. (f) Kişisel yarar ile fedakârlık arasındaki çatışma: sizin yararınızla hastanızın yararı çatıştığında bir seçim yapmak. (g) Mesleki yetersizliği bildirmek: mesleki yetersizlik, dikkatsizlik, özensizlik veya madde kullanımı gibi nedenlerle vasat tıbbi hizmet veren meslektaşınızın durumuna tepki göstermek.

Tablo 1. Aile hekimlerinin kişisel ve mesleki özellikleri (N=56)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	36	64,3
Kadın	20	35,7
Yaş		
≤ 32 yaş	29	51,8
> 32 yaş	27	48,2
Çocuk		
Var	21	37,5
Yok	35	62,5
Profesyonel deneyim		
≤5 yıl	29	51,8
>5 yıl	27	48,2
Aile hekimliği deneyimi		
≤12 ay	6	10,7
>12 ay	50	89,3
Kayıtlı hasta sayısı		
≤ 3000 hasta	11	19,6
> 3000 hasta	45	80,4
Hasta yapısı		
Çocuk ağırlıklı	3	5,4
Yetişkin	14	25,0
Yaşlı	1	1,8
Homojen	38	67,9

Tablo 2. Düzce ili aile hekimlerinin ağırlığına göre 13 etik konu ile karşılaşma sıklığı (2005)

Etik Konular	Karşılaşma sıklığı (%)				
	Hiç	Nadiren	Ayda 1	Haftada 1	Günde 1
(1) Aydınlatılmış onamın gücü	5,5	21,8	20,0	32,7	20,0
(2) Yeterliliği belirlemek	7,3	50,9	30,9	10,9	-
(6) Kişisel yarar-fedakârlık çatışması	8,9	46,4	19,6	14,3	10,7
(12) Gerçeğin söylenmesi	8,9	62,5	23,2	5,4	-
(13) Alternatif tedavi talepleri	14,3	44,6	21,4	19,6	-
(8) İlaç tanıtıcılarıyla ilişkiler	19,6	41,1	19,6	7,1	12,5
(7) Mesleki yetersizliği bildirmek	34,5	41,8	9,1	9,1	5,5
(4) Kaynakların paylaşımı	36,4	36,4	9,1	12,7	5,5
(3) Çocuğun yararını korumak	41,1	55,4	1,8	1,8	-
(11) Diğer kişilerin yararını korumak	42,9	46,4	7,1	1,8	1,8
(5) Mahremiyeti korumak	44,6	41,1	8,9	3,6	1,8
(9) İnsanlar üzerine araştırmalar	69,6	25,0	3,6	1,8	-
(10) Yardımlı intihar	83,9	14,3	1,8	-	-

(h) İlaç tanıtımcılarıyla ilişkiler: ilaç tanıtımcılarından hasta için ilaç seçiminizi etkileyebilecek hediyeler kabul etmek. (i) İnsanlar üzerinde araştırmalar: hastalarınızı klinik araştırmalara kaydetmek için izninizin istendiği durumlar. (j) Yardımlı intihar: bir hastaya intiharına yardım etmek amacıyla bilgi veya araç sağlamak. (k) Diğer kişilerin yararını korumak: hastanın yararına davranmanın diğer kişilere zarar verebileceği durumlar. (l) Gerçeğin söylenmesi: hastaya, hastalığının tanısı veya prognozu hakkında üzüleceğini sandığınız bilgiler vermek. (m) Alternatif tedavi talebi: hastanın hipnoz, bitkisel tedaviler, muska gibi yöntemlere başvurmak konusunda fikrinizi istemesi gibi. Aile hekimlerinin çoğunun (>%50), aile hekimliği deneyimi süresince hasta bilgilerini araştırma amaçlı kullandırma (%30,4) ve hastanın intihara yardım talep etmesi (%16,1) dışındaki etik sorunlarla karşılaştığı bulundu. Özellikle aydınlatılmış onam almak için hastaya tanı ve tedavisi hakkında ne kadar bilgi vereceğini belirleme (%72,7) aile hekimlerinin çoğunun sıkça (ayda en az 1) karşılaştığı etik sorundu. Daha sonra sırasıyla kişisel yarar-fedakârlık çatışması (%44,6), hastanın yeterliliğini belirleme (%41,8), alternatif tedavi talepleri (%41,0), ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler (%39,2), gerçeğin söylenmesi (%28,6) ve kaynakların paylaşımı (%27,3) konusunda sıkça (ayda en az 1) ikilem yaşamaktaydı. Mesleki yetersizliği bildirmek

(%23,7), mahremiyeti korumak (%14,3), diğer kişilerin yararını korumak (%10,7) ve çocuğun yararını korumak (%3,6) ise dörtte birinden azının sık karşılaştığı etik konulardı (Tablo 2). Aile hekimlerine bu sorunlarla başa çıkmada güçlük yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda hekimlerin çoğu (%69,6) hiç karşılaşmadığı insanlar üzerinde araştırmalar konusundaki ikilemlerin çözümünün de (%78,2) hiç güç olmadığını ifade etti. Diğer taraftan çoğunun (>%50,0) karşılaştığı alternatif tedavi talepleri, kaynakların paylaşımı, mahremiyetin korunması, diğer kişilerin yararının korunması ve ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler konularında yaşanan ikilemleri çözmeye de çoğunluğu (>%50) hiç güçlük yaşamadığını bildirdi (Tablo 3). Gene çoğunun karşılaştığı hasta yeterliliğinin belirlenmesi, mesleki yetersizliğin bildirilmesi, aydınlatılmış onam ve çocuğun yararını koruma konusundaki ikilemler sırasıyla çoğunun çözmekte güçlük yaşadığı konulardı. Hatta mesleki yetersizliği bildirmek ve çocuğun yararını korumak aile hekimlerinin oldukça veya çok güç bulunduğu iki konuydu. Çoğunluğun hiç karşılaşmadığı ve çözmekte de hiç zorlanmayacağı intihara yardım talepleri karşısında yaşanacak ikilem aile hekimlerinin %16,7'sinin çok güç çözümleneceğini bildirdiği etik konuydu. İlaç tanıtıcılarıyla ilişkiler, kaynakların paylaşımı, insanlar üzerinde araştırmalar ve alternatif tedavi taleplerine ilişkin ikilemler ise yalnızca birkaç hekim tarafından oldukça veya çok güç bulundu (Tablo 3).

Tablo 3. Düzce ili aile hekimlerinin ağırlığına göre 13 etik konunun çözümünde yaşadığı güçlük oranı (2005)

Etik Konular	Yaşanan güçlük (%)				
	Hiç	Çok az	Biraz	Oldukça	Çok
(2) Yeterliliği belirlemek	14,5	29,1	40,0	14,5	1,8
(7) Mesleki yetersizliği bildirmek	30,2	13,2	22,6	20,8	13,2
(1) Aydınlatılmış onamın güçlüğü	30,4	21,4	41,1	5,4	1,8
(3) Çocuğun yararını korumak	32,1	21,4	25,0	16,1	5,4
(12) Gerçeğin söylenmesi	33,9	14,3	37,5	12,5	1,8
(6) Kişisel yarar-fedakârlık çatışması	35,7	25,0	26,8	5,4	7,1
(13) Alternatif tedavi talepleri	51,8	17,9	25,0	3,6	1,8
(4) Kaynakların paylaşımı	51,9	26,9	19,2	-	1,9
(5) Mahremiyeti korumak	56,4	12,7	10,9	14,5	5,5
(11) Diğer kişilerin yararını korumak	56,4	14,5	14,5	12,7	1,8
(10) Yardımlı intihar	61,1	7,4	5,6	9,3	16,7
(8) İlaç tanıtıcılarıyla ilişkiler	65,5	16,4	16,4	1,8	-
(9) İnsanlar üzerinde araştırmalar	78,2	5,5	12,7	-	3,6

Aile hekimlerine on üç etik konunun aile hekimliği eğitimlerine dâhil edilmesi gerekip gerekmediği sorulduğunda hekimlerin çoğunun tüm konularda eğitim talebi olduğu görüldü. Hekimlerin en yüksek oranda (%90,7) eğitim talep ettiği konu çoğunun yalnızca nadiren karşılaştığı fakat çözmekte güçlük yaşadığı çocuğun yararını korumaydı (Tablo 4). Aile hekimlerinin en fazla güçlük yaşadığı konulardan olan yeterliliğinin belirlenmesi, mesleki

yetersizliğin bildirilmesi, aydınlatılmış onam, çocuğun yararının korunması, gerçeğin söylenmesi konularının öncelikli eğitim talepleri arasında yer aldığı görüldü.

Aile hekimlerinin son üç sırada eğitim talebi bildirdiği üç etik konu çoğunluğun hiç karşılaşmadığını ve çözümünde hiç zorlanmadığını bildirdiği kaynakları paylaşma, ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler ve araştırma etiği konularıydı (Tablo 4).

Tablo 4. Düzce ili aile hekimlerinin ağırlığına göre 13 etik konuya ilişkin eğitim talebi

Etik Konular	Evvet (%)
1. Çocuğun yararını koruma	90,7
2. Gerçeğin söylenmesi	89,1
3. Diğer kişilerin yararını koruma	88,9
4.Yeterliliği belirleme	88,9
5. Aydınlatılmış onam	82,1
6.Mesleki yetersizliğin bildirim	77,4
7. Alternatif tedavi talepleri	73,2
8. Mahremiyet	72,7
9. Ölmeye yardım	63,0
10. Kişisel yarar - fedakârlık ilişkisi	60,4
11. Kaynakları paylaşırma	55,8
12. İlaç tanıtıcılarıyla ilişkiler	55,6
13. Araştırma etiği	54,7

TARTIŞMA

Aile hekimliği için önerilecek bir etik programının aile hekimliği uygulamalarında karşılaşılan gündelik etik konulara odaklanması gerektiği, bununla birlikte bir eğitim programının hazırlanmasında karşılaşma sıklığı, karar verme güçlüğü ve eğitim talebinin ayrı ayrı önemli etkenler olduğu bildirilmiştir (11). Bu nedenle sonuçlarımız her üç etken göz önüne alınarak ve aile hekimlerinden beklenen yeterlikler çerçevesinde tartışılmıştır.

Sonuçlarımıza göre aile hekimlerinin sıkça karşılaştığı aydınlatılmış onam ve hasta yeterliliğini belirleme ile nadiren karşılaştığı gerçeğin söylenmesi konularının aynı zamanda çözümünde güçlük yaşanan konular arasında olduğu görülmüştür. Hekimlerin sıkça karşılaştıkları bu üç ikilem de aydınlatılmış onam ile yakından ilişkilidir. Çünkü aydınlatılmış onamın koşullarından ikisi hastanın yeterliğinin / karar verme kapasitesinin belirlenmesi ve gerçeğin söylenmesidir (12).

WONCA'nın aile hekimliği tanımında da bulunan "hasta özerkliğine her zaman saygı göstermek" (1) tüm tıbbi uygulamaların ön koşulu olan (13) aydınlatılmış onam ile somut hale gelir. Aydınlatılmış onam karar verme kapasitesine sahip olan hastanın, hekim tarafından *hastalığı, önerilen tedavi yöntemleri, var olan diğer tıbbi tedavi seçenekleri ve her bir yöntemin yarar, zarar ve riskleri, tedavinin yaşam kalitesine olası etkisi ile tedavisiz kalmanın sonuçları* hakkında bilgilendirildikten ve bu bilgileri anladıktan sonra müdahaleye gönüllülikle onam vermesidir (12). Hekimler, hastanın özerk seçimlerine saygı göstermeli, yani karar verme yeterliğine / kapasitesine sahip bireylerin kendi aydınlatılmış kararlarını vermelerine izin vermelidir. Bununla birlikte bazı hastalıklar veya ilaçlar hastanın karar verme kapasitesini bozabilir. Böyle durumlarda hastalar kendileri için en faydalı kararları veremeyebilirler. Bu nedenle hastanın karar verme kapasitesinin belirlenmesi çok önemlidir (12,14).

Üstelik hastalarla sıklıkla farklı ortamlarda karşılaşmaları nedeniyle birinci basamak hekimlerinin hastanın karar verme kapasitesini en iyi değerlendirebilecek konumda olmalarının beklendiği bildirilmiştir (15). Gerçeğin söylenmesi de aydınlatılmış onam gibi hekim hasta arasındaki güven ilişkisinin korunmasının önemli bir parçasıdır. Gerçeğin dürüstçe açıklanması hastaların yalnızca kendilerine ne olduğunu anlayıp baş etmelerine değil, aynı zamanda hasta hekim arasındaki güven ilişkisinin gelişmesine ve sürdürülmesine yardımcı olur (16). Özellikle çalışmamızda olduğu gibi kötü haberlerin verilmesi söz konusu olduğunda aile hekiminin rolünün daha önemli olduğu söylenebilir. Çünkü hastayla zaman içinde gelişen uzun süreli bir ilişki kuran (1,4) aile hekimi hangi tür bilgilerin hastasına 'zarar verebileceği' bilgisine sahip olmak yanında gerçeği, etkisini hafifletecek şekilde vermenin uygun yollarını bulabilir (16).

Aile hekimlerinin sıkça karşılaştığı ve çözmekte güçlük yaşadığı aydınlatılmış onam, yeterliğin/kapasitenin belirlenmesi ve gerçeğin söylenmesi konularının aile hekimliği uygulamalarıyla yakından ilgisi ve aile hekimlerinin eğitim taleplerinin yüksekliği göz önüne alındığında bu üç konunun etik eğitim programlarında eğitim öncelikleri arasında yer almasını öneriyoruz.

Aile hekimlerinin sıkça karşılaştığı ve çözmekte güçlük yaşadığı diğer bir konu kişisel yarar ve fedakârlık arasındaki çatışmadır. Mesleğin doğasında var olan ve hekimlik yeminiyle de ortaya konan şekilde hekim hastasının iyiliğini her zaman kendi çıkarının üstünde tutmalıdır (17). Bununla birlikte hekimin hastaya yararlı olmakla birlikte kendini önemli risk altına sokan eylemleri gerçekleştirmesinin bir etik yükümlülük olarak yüklenemeyeceği bildirilmektedir (18,19). Bu nedenle hangi eylemlerin etik yükümlülük olup (HIV pozitif hastanın tedavisi) hangilerinin olmadığını (güvenlik güçleri gelmeden silahlı çatışma ortamındaki hastaya müdahale etmek); aile hekimliği özelinde de bakımın sürekliliği ve göreve hazır olmanın sınırlarını belirlemek önem taşır. Aile hekimliği eğitim programında bu konunun da eğitim öncelikleri arasında yer alması hekimlerin yaşadığı ikilemlerin ve güçlüklerin önlenmesini sağlayabilir. Ancak çalışmamızda aile hekimleri sık karşılaştıkları ve çözmekte güçlük yaşadıkları bir konu olmakla birlikte kişisel yarar – fedakârlık çatışması konusunu eğitim taleplerinde alt sıralara taşımışlardır. Levitt ve ark.'nın çalışmasında da elde edilen benzer sonuçlar, hekimlerin kendi davranışlarının uygunluğunun tartışılmasına, hasta merkezli konulardan daha az istekli olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır (11).

Aile hekimlerinin çoğunun nadiren karşılaştığı fakat çözmekte güçlük yaşadığı bir konu çocuğun yararının korunmasıdır. Uluslararası ve ulusal

düzenlemelerle koruma altına alınmış olan çocuk hakları sağlık hizmetlerinin sunumunda çocukların en iyi faydasının gözetilmesini gerektirir. Çocuğun yararını korumak hastanın sağlık sistemiyle ilk karşılaşma noktasında olan ve hasta savunucusu rolü de bulunan (1) aile hekimlerinin de etik ve hatta yasal ödevidir. Ayrıca aile hekimlerinin genellikle tüm aile üyelerine uzun süreli bakım verdiği ve bebek/çocuk izlemi yaptığı düşünüldüğünde (1) ülkemizde son yıllarda duyarlılığın daha da arttığı bir konu olan çocuk istismarını erken tespit etmesi beklenebilir.

Çocuğun yararını korumanın aile hekimliği uygulamalarıyla ilgisi ve aile hekimlerinin en öncelikli eğitim talep ettikleri konu olduğu da göz önünde tutularak bu konunun da eğitim öncelikleri arasında yer almasını öneriyoruz.

Aile hekimlerinin nadiren karşılaştığı veya hiç karşılaşmadığı bununla birlikte çözmekte en çok güçlük yaşadıkları konu meslektaşlarının zarara neden olabilen, yetersiz ve etiğe aykırı uygulamalarının bildirilmesidir. Uluslararası Tıp Etiği Kodu'na göre hekimlerin etiğe aykırı veya yetersiz eylemleri olan veya sahtecilik ve dolandırıcılığa karışan meslektaşlarını uygun otoritelere bildirme ödevi vardır. Bu yükümlülük ilk bakışta kolay gibi görüle de, meslektaşlar arasındaki bağlılık gibi geleneksel motifler yanında arkadaşlık ilişkileri, ekip içi iletişim veya kurum içi pozisyonunu korumak gibi kişisel motifler bu konuda ciddi ikilem yaşamasına neden olabilir. Ayrıca böyle bir bildirim sonucunda, bildiren için, suçlanan kişi ve diğer meslektaşların düşmanlığı gibi zararlı sonuçlar doğurabilir. Bu gibi çekinceler nedeniyle yetersiz meslektaşını bildirmemek ise hastaların zarar görmesine neden olabilir (14,17).

Çalışmamızda aile hekimlerinin önemli kısmının eğitim talepleri arasında yer alan meslektaşlarının yetersiz eylemlerinin bildirilmesi konusunun en fazla güçlük yaşanan konu olduğu ve mesleki yetersizliği en iyi ayırt edebilecek olanların gene hekimler olduğu göz önünde tutularak bu tür durumlarda izlenecek adımların da eğitim öncelikleri arasında yer almasını öneriyoruz (17).

Alternatif tedavi talepleri, kaynakların paylaşımı ve ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler aile hekimlerinin sık karşılaşmakla birlikte çözmekte pek güçlük yaşamadıkları konulardır.

Hekimlerin önemli kısmının eğitim talep ettiği alternatif tedaviler pek çok kişi tarafından tamamlayıcı olarak görüle de modern tıp uygulamalarıyla çatışabilmekte ve bilimsel olarak kanıtlanmamış bu uygulamalar hastaların zarar görmesiyle de sonuçlanabilmektedir (17). Bu nedenle hastanın yararı ve esenliği göz önünde tutulduğunda aile hekimlerinden alternatif tedaviler konusunda hastalarını bilgilendirmeleri, ilaç etkileşimleri göz önünde tutularak alternatif tedaviler alıp almadıklarını açıkça sormaları beklenir. Çünkü hekimler, bu konuda bilgileri

sınırlı bile olsa, alternatif tedavilerin kullanımı konusunda hastalara rehberlik edebilir ve kanıtlanmamış tedavileri seçmeme konusunda hastaları uyarabilirler (17,20).

Kaynakların paylaşımı ise günümüzde en sık tartışılan etik konularındandır. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı aile hekimlerinin temel görevleri arasındadır ve ikinci-üçüncü basamak hizmetlere gereksinimi olanların uygun şekilde ulaşmasını sağlarken savunmanlık yaparak gereksiz tarama, test ve tedavilerin yol açabileceği zararlardan hastaları koruması beklenir. Aile hekimliği temel yeterlikleri arasında bulunan toplum yönelimli olma aynı zamanda birey gereksinimleri ile toplum gereksinimleri arasında kaynakların kullanımı açısından bir denge kurmayı ve kararlarda maliyet etkinliği göz önünde bulundurmaya gerektirir (1). Hekimlerin kaynakları adil paylaşım ödevi bir taraftan hasta istese bile nafile tedavileri uygulamamayı diğer taraftan kaynaklar yetersiz olduğunda artırılmasını desteklemeyi gerektirir (17). Aile hekimliği uygulamalarının başladığı illerde kaynakların ihtiyaçları karşılayacak ölçüde geniş olmasının hastalar arasında seçim yapma gereksinimini belirli ölçüde önlemesi beklendiğinden, hekimlerin hasta seçiminden çok adalete ilişkin diğer konularda ikilem yaşadıkları düşünülebilir. Bu nedenle aile hekimleri eğitim taleplerini son sıralara taşımasalar da programda kaynakların paylaşımı konusu hastalar arası seçim ölçütleri kadar, kaynakların etkin kullanımı bağlamında hasta isteklerinin sınırlarını da içermeli, hekimlerin kaynakları koruma ve hastalarına en iyi bakımı sağlama arasındaki dengeyi nasıl kuracakları konusu da eklenmelidir (17).

Eğitim talebi son sıralarda olan ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler ise aile hekimliği uygulamasında özellikle önemlidir. Hekimin ilaç tanıtımı yapan firma temsilcileriyle ilişkisinde yaşanabilen en ciddi etik sorun; ilişkinin hasta için önerilecek ilacın belirlenmesinde etkili olmasıdır (21). İlaç tanıtıcılarıyla ilişkinin sınırlarının belirlenememesi hekimin kişisel çıkarlarını hasta yararından üstün tutmasına yol açabileceği gibi sağlık bakım maliyetlerinin artmasına ve toplumun hekimlere güveninin zedelenmesine neden olabilir (14). Bu nedenle ilaç tanıtıcılarıyla ilişkilerin sınırları da programda belirli ölçüde yer almalıdır.

Aile hekimlerinin nadiren karşılaştığı veya hiç karşılaşmadığı ancak öncelikli eğitim talep ettiği bir konu da diğer kişilerin yararının korunmasıdır. Aile hekimi tanımı itibarı ile birey merkezli, aile ve toplum yönelimli sürekli bakım vermeye yükümlü olduğundan (1) hastası ile hastanın ailesi veya toplumdaki diğer kişiler arasındaki yarar çatışmalarını etiğe uygun şekilde çözülmesi beklenecektir. Aile hekimlerinin yüksek eğitim talebi, olası çatışmalara yönelik duyarlılıkları şeklinde yorumlanabilir. Örneğin yarar çatışmaları başlığı altında aile hekimlerinin en sık

karşılaşmaları beklenebilecek durum, üçüncü kişilerin yararı için tıbbi gizliliğin bozulmasıdır. Tıp etiğinin en eski yükümlülüklerinden olup tıpta güven ilişkisinin korunmasının temel öğelerinden biri olan tıbbi gizliliğin bozulması ancak diğer kişiler açık, yakın ve ciddi bir tehlikeyle karşı karşıya olduğunda ve gizlilik ihlal edilmeden bu zararı önlemek mümkün olmadığında haklı çıkarılabilir (22).

Bu örnek aile hekimlerinin yarından fazlasının karşılaştığı fakat daha azının çözmekte güçlük

yaşadığı mahremiyetin korunması konusu ile ilişkilidir. Genellikle aile üyelerinin tamamına, hatta belki de diğer yakınlarla hizmet sunulduğundan aile hekimliği uygulamalarında hasta hekim ilişkisi daha karmaşık olup mahremiyet ve gizliliğe ilişkin etik ikilemlerle sıkça karşılaşılabilir (23).

Bu nedenle tıbbi gizliliğin korunması ve istisnaları konusunun aile hekimlerinin önemli bir kısmı gibi eğitim programına eklenmesinin yararlı olacağını düşünüyoruz.

Tablo 5. Aile hekimliğinde etik eğitimi programı önerisi

Konu başlıkları	İçerik	Yöntem
Tıp etiğinin temelleri	Tıp etiğinin kuramsal temelleri, Yarırcılık ve ödev bilim kuramı İlkecilik yaklaşımı, Tıbbın erdemleri	Teorik ders
Uygulamalı etik eğitimi	Aşağıdaki sıraya göre etik konulara ilişkin etik gerekçeler, kural ve kodlar: (1) aydınlatılmış onam, (2) yeterli / karar verme kapasitesi, (3) gerçeğin söylenmesi, (4) kişisel yarar - fedakârlık çatışması, (5) çocuğun yararını korumak, (6) mesleki yetersizliğin bildirilmesi, (7) alternatif tedavi talepleri, (8) kaynakların paylaşımı, (9) ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler, (10) diğer kişilerin yararını korumak, (11) mahremiyet ve tıbbi gizlilik, (12) yaşamın sonuna ilişkin etik konular, (13) araştırma etiği	Teorik ders
Etik karar verme süreci (Öncelikli konularda klasik vaka örneklerine karar verme süreci uygulama)	Etik sorunu tanıma; Tıbbi endikasyonları, hastanın tercihlerini, yaşam kalitesi ve çevresel etkenleri belirleme; Vakada baskın olan etik konuları belirleme; Karar seçeneklerini belirleme ve karar verme; Kararı haklı çıkarma	Teorik ders ve uygulama dersi (küçük grup tartışması)
Aile hekimlerinin kendi yaşadıkları vaka örnekleri ile karar verme süreci uygulaması	Aşağıdaki sıraya göre etik konulara ilişkin karar verme süreci uygulaması (1) aydınlatılmış onam, (2) yeterli / karar verme kapasitesi, (3) gerçeğin söylenmesi, (4) kişisel yarar - fedakârlık çatışması, (5) çocuğun yararını korumak, (6) mesleki yetersizliğin bildirilmesi, (7) alternatif tedavi talepleri, (8) kaynakların paylaşımı, (9) ilaç tanıtıcılarıyla ilişkiler, (10) diğer kişilerin yararını korumak, (11) mahremiyet ve tıbbi gizlilik, (12) yaşamın sonuna ilişkin etik konular, (13) araştırma etiği	Uygulama dersi (küçük grup tartışması ve standart hasta görüşmesi)

Aile hekimlerinin karşılaşma ve güçlük çekme oranından daha fazla eğitim istediği konulardan biri ölmeye yardımdır. Levitt ve ark. (11) tarafından da gözlenen bu sonuç ölümcül hastalıkları olan hastaların uzun süreli tedavi ve bakımıyla ilgilenmek durumunda bulunan aile hekimlerinin bu konudaki sorumluluklarını öğrenme ve tartışma isteği olarak değerlendirilebilir. Ölmeye yardımcı sınırlı koşullarda kabul eden birkaç ülke dışında (14) hekimlerin hastaların ölmesine yardım etme yükümlülüğü bulunmamaktadır (17,24).

Bununla beraber aile hekimlerinin hasta savunucusu rolü ve uzun süreli ilişkisi nedeniyle hastanın değerlerini iyi bilen bir hekim olarak, yaşamın sonu kararlarında rehberlik etmesi beklenir (4). Bu nedenle aile hekimleri için, yaşamın sonunda bakım, tedavileri esirgeme ve sonlandırma, ölmeye yardım ve ötanazi konularını aydınlatacak ve konunun etik ve yasal boyutlarını da içeren yaşamın sonuna ilişkin etik konular başlığının

programa dâhil edilmesinin, katılımcılarımızın çoğu gibi, yararlı olabileceğini düşünüyoruz. Son olarak aile hekimlerinin yalnızca küçük bir kısmının nadiren karşılaştığı ve yaşanan güçlük ve eğitim isteğinde son sırada yer alan konu klinik araştırmalar için hastalarının kaydedilmesinin istenmesiydi. Aile hekiminin hasta bilgilerinin gizliliğini korumak yanında klinik araştırma katılımcısı olacak hastalarının zarar görmesini engellemesi beklenmektedir (25). Ayrıca aile hekimliğinde araştırmaları geliştirmeye verilen önem de dikkate alındığında araştırma etiği konusunun da belirli bir ölçüde eğitimlerde yer alması uygun olacaktır.

Çalışmamız sonucunda ülkemizde aile hekimliği ön pilot uygulama yeri olan Düzce'deki aile hekimlerinin birey merkezli, toplum yönelimli olarak sunmaları gereken hizmetlerinde, bir hasta savunucusu olarak yüklendikleri roller nedeniyle karşılaşmaları olası olan etik sorunların sıklığı, bu

sorunları çözme gücü ve bu sorunlara ilişkin eğitim talebi belirlenmiştir. Sonuçlarımıza dayanarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

Öneriler:

1. Çalışmamızın sınırlarının farkında olarak, tablo 5’de konu başlığı, içeriği ve yöntemi gösterilen bir eğitim programı hazırlamanın ve aile hekimliği sertifikası eğitimlerine dâhil etmenin uygun olduğunu düşünüyoruz.
2. Küçük grup tartışmalarının ve gerçek vakalarla eğitimin etik eğitiminde etkili yöntemler olduğu (9)

3. Aile hekimlerinin yaşadığı etik sorunlar konusunda niteliksel çalışmaların ülkemizdeki tüm aile hekimlerini temsil edebilecek şekilde sürdürülerek ihtiyaçlar doğrultusunda resmi bir aile hekimliğinde etik müfredatı oluşturulmasını,
4. Aile hekimliği sertifikası eğitimlerinde hekimlerin ikilem yaşadıkları kendi vaka örneklerinin değerlendirilerek eğitim vakaları haline getirilmesini öneriyoruz.

KAYNAKLAR

1. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication, 2002:5-23.
2. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarış F. [Concepts, task in family medicine and history of the discipline: medical education]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2007;(27):412-8.
3. Manson H. The need for medical ethics education in family medicine training. *Fam Med.* 2008;40(9):658-64.
4. Dickman RL. Family medicine and medical ethics-a natural and necessary union. *J Fam Pract.* 1980;10(4):633-7.
5. Christie RJ, Hoffmaster CB, Bass MJ, McCracken EC. How family physicians approach ethical problems. *J Fam Pract.* 1983;16(6):1133-8.
6. Algin K, Şahin İ, Top M. [Professional Problems of the Family Physicians and the Corresponding Solutions from Their Own Perspectives in Turkey]. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2004;7(3):249-275.
7. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Resmi Gazete, Tarih: 9.12.2004 Sayı: 25665.
8. Sams RW 2nd, Opar SP. Medical ethics in family medicine: the first learning needs assessment tool. *Fam Med.* 2007;39(7):463-4.
9. Al-Jalahma M, Fakhroo E. Teaching medical ethics: implementation and evaluation of a new course during residency training in Bahrain. *Educ Health (Abingdon).* 2004;17(1):62-72.
10. Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract.* 2000;50(460):882-7.
11. Levitt C, Freedman B, Kaczorowski J, Adler P, Wilson R. Developing an ethics curriculum for a family practice residency. *Acad Med.* 1994;69(11):907-14.
12. Ersoy N. [Informed Consent]. İçinde: Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş, ed. *Çağdaş Tıp Etiği*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2003:204-40.
13. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
14. Lo B. Resolving ethical dilemmas. A guide for clinicians. 4th ed. Baltimore: Wolters Kluwer, 2009:75-81, 151-59, 238-41, 251-5.
15. Lawhorne L, VandeKieft G, Fleck LM. A daughter's duty. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(1):57-62.
16. Hébert PC, Hoffmaster B, Glass KC, Singer PA. Bioethics for clinicians: 7. Truth telling. *CMAJ.* 1997;156(2):225-8.
17. World Medical Association. Medical Ethics Manuel. 2nd ed. Ferney-Voltaire Cedex: The World Medical Association; 2009:17-19,68-73,86-91.
18. Güven T, Ersoy N. [Virtues: A New Approach in Medical Ethics]. *Tıp Etiği* 2000;8(1):51-59.
19. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. Oxford (NY): Oxford University Press, 2009:47-51.
20. Sugarman J, Burk L. Physicians' ethical obligations regarding alternative medicine. *JAMA.* 1998;280(18):1623-5.
21. Türk Tabipleri Birliği. [Declaration concerning Physician-Industry Relationship]. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2008:46-8.
22. Ersoy N. [Medical Confidentiality]. *Sendrom* 1998;10(4):24-8.
23. Pérez-Cárceles MD, Pereñiguez JE, Osuna E, Luna A. Balancing confidentiality and the information provided to families of patients in primary care. *J Med Ethics.* 2005;31(9):531-5.
24. Türk Tabipleri Birliği. [Declaration concerning Beginning and End of Life]. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2008:27-34.
25. Mıstık S. [Family Physician's Approach to Clinical Trial Volunteer]. *Sendrom* 2003;15(8):63-5.