

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİŞ HEKİMLERİNİN AYDINLATILMIŞ ONAM  
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DENEYİMLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**Necla AKTAN**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Tıp Tarihi ve Etik AD.  
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIğI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ  
2005



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DİŞ HEKİMLERİNİN AYDINLATILMIŞ ONAM  
HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DENEYİMLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**Necla AKTAN**

Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin Tıp Tarihi ve Etik AD.  
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü  
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Yrd. Doç. Mine ŞEHİRALTI

KOCAELİ  
2005

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne**

İş bu çalıma, jürimiz tarafından Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Nermin ERSOY

Üye Yrd. Doç. Dr. Ümit GÜNDOĞMUŞ

Üye Yrd. Doç. Dr. Mine ŞEHİRALTI (Danışman)

---

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2005

Prof. Dr. Nejat GACAR  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

### **Diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki bilgi, tutum ve deneyimlerinin incelenmesi**

Aydınlatılmış onamın; son yıllarda gelişen sosyal değerler ve toplum bilinciyle değişen diş hekimi-hasta ilişkisinin tıbbi, etik ve yasal yönünü netleştirerek tarafları güvence altına aldığı düşüncesi çağımız tıp etiğinde yürürlükte olan bir kabuldür.Yapısı ve sunumundan dolayı hasta ve hekim arasında tıpta olduğundan daha fazla sorun çıkabilme ihtimali olan diş hekimliğinde bu konuda bilgi ve uygulama eksikliğimiz olduğunu, oysa diş hekimliği alanında hastaların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınmasının oldukça önem taşıdığını düşünmekteyiz.

Bu amaçla planlanan çalışmamızda, yürürlüğe girmesi planlanan “tıpta yanlış uygulama yasa taslağı” zemininde ileri düzenlemelere geçilmeden evvel ülkemizdeki diş hekimlerinin aydınlatılmış onam konusundaki bilgi, tutum, mesleki yeterlilik, uygulama ve iletişim becerilerini araştırarak durum tespiti yapmak ve aynı zamanda aydınlatılmış onamın elde edilmesiyle ilgili önerilerini almak hedeflenmiştir.

Toplam 197 diş hekiminin katılımıyla yapılan çalışmada kişisel bilgiler, etik bilgi, tutum, mesleki yetkinlik, uygulama ve iletişim olmak üzere altı bölüm içeren bir anket formu kullanılmıştır. Çalışmadaki veriler SPSS istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; katılımcıların 124’ü ( %62,9 ) erkek, 73’ü kadın ( %37,1 ) olup, 155’i ( %78) serbest, 27’si ( %8 ) kamu, 15’i ( %14) kamu+ serbest olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlası 31-40 yaş (%54,3; n:107) grubundadır ve 6- 15 yıl arasında deneyim yılına (%56,3; n:111) sahiptir. Diş hekimlerinin yaklaşık yarısı (%44,7; n:88) etik eğitimlerini lisans ve lisansüstü eğitim sırasında aldıklarını ifade ederken, çok büyük kısmı (%82,2; n:162) etik bilgilerinin yeterli olmadığını ve hemen hemen tamama yakın bir kısmı da (%92,4; n:182) “aydınlatılmış onam” konusunda bilgi sahibi olmadıklarını düşünmektedirler. Aydınlatılmış onam konusundaki tutumları genel olarak pozitif yönde (S.T.P ortalaması= 22,47; SS= 3,095) olmakla birlikte uygulamanın diş hekimlerinin olası yasal işlemlere karşı kendilerini savunucu önlemler almalarına neden olacağı kaygılarını taşımaktadırlar (Ortalama= 2,15; SS= 1,014). Tecrübe ve alınan eğitim miktarı arttıkça diş hekimleri mesleki uygulama

konusunda kendilerini daha yetkin hissetmektedirler ( $F= 5,204$ ;  $P= 0,006$ ,  $t= 3,572$ ;  $P= 0,000$ ). Kendi ifadelerinden çıkarılan sonuçlara göre ülkemiz dış hekimleri genel olarak aydınlatılmış onam kavramı gereklilikleriyle örtüşen pratik uygulamalar içindedirler (S.T.P ortalaması= 31,33;  $SS= 2,716$ ). Fakat özellikle serbest çalışan dış hekimleri uygulamalarında hastayı bilgilendirmeye kamuda çalışan dış hekimlerinden daha çok önem vermektedirler ( $X^2= 6,893$ ;  $P= 0,009$ ). Etik bilgilerini lisans ve lisans üstü eğitim sırasında alan dış hekimleri ve genel olarak aydınlatılmış onam hakkında bilgisi olduğunu ifade eden dış hekimleri daha yüksek şekilde aydınlatılmış onamın gerekliliklerini yerine getiren uygulamalar belirtmektedirler ve hastalarıyla daha yüksek bir iletişim içindedirler ( $X^2= 5,862$ ;  $P= 0,015$ ,  $U= 928,000$ ;  $P= 0,038$ ). Çalışmamıza katılan dış hekimlerinin yine kendi ifadelerine göre genel olarak iletişim değerleri yüksek olmakla birlikte (S.T.P ortalaması= 17,62;  $SS= 2,127$ ), kadın dış hekimleri daha yüksek bir iletişim özelliği ve etiğe uygun davranışlar göstermektedir ( $t= 2,214$ ;  $P= 0,028$ ,  $X^2= 9,712$ ;  $P=0,009$ ).

Sonuçların bu yönde olduğu çalışmamızda katılan dış hekimlerinin yarısından fazlası aydınlatılmış onamın temel öğelerinden olan hasta bilgilendirilmesinin yazılı olarak yapılmasından (%58,4;  $n= 115$ ) ve daha büyük kısmı da aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınmasından yana (%64;  $n= 126$ ) görüş bildirerek bu konudaki sağduyularını ifade etmişlerdir. Ayrıca eğitim seviyesinin yükselmesinin dış hekimlerinin aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınması tercihini de artırdığı görülmüştür ( $X^2= 4,588$ ;  $P= 0,032$ ).

Çalışmaya katılan dış hekimleriyle ülke genelindeki dış hekimlerinin kişisel özelliklerindeki koşutluk nedeniyle sonuçlar, önerilerde bulunmamıza izin verecek niteliktedir. Bu bulgulara dayanarak ülkemizde dış hekimliğindeki etik eğitimin yeniden planlanmasıyla etik ve yasal bilincin yükseltilmesi ve böylelikle hem hastalar hem de hekimler için dış hekimliği pratiği işleyişinin daha güvenilir ve kolay bir ortamda uygulama yolunun açılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Etik, dış hekimliği, aydınlatılmış onam, onam formları, tutum, dış hekimi-hasta ilişkisi, iletişim, etik eğitim.

## ABSTRACT

### **The inspection of dentist's knowledge, attitude and behavior about informed consent**

There is an agreement of informed consent, clarifying and protecting the medical, ethical and legal aspects of developing dentist- patient relationship by the new social values and consciousness. We think that we don't have enough knowledge and practice about informed consent in the area of dental profession that there is a big possibility for dental profession is more prone for the troubles than the medical profession, because of the nature and presentation of the profession. But we think that to inform the patient and take their consent is important.

We planed this study with the aim of assessing the dentist's attitude, self-efficacy, behavior, communication skills and take their advice to have informed consent at the base of "the draft of malpractice act in medicine" before advanced arrangement is started about informed consent.

197 dentists completed a questionnaire that has six sections, namely socio-demographic features, knowledge, attitudes, self-efficacy, behavior and communication skills. We evaluated the results by the SPSS statistical program.

Respect to the results; this questionnaire is completed by 124 men, 73 women. 155 of dentists work in their own practice, 27 in the public service and 15 both in their own practice and public service. More than half of the dentists are 31-40 years old and have 6-15 years of experiment in their profession. About half of the dentists have their ethical knowledge during licensee or after licensee education. The very big part of the dentists think that their ethical knowledge is not enough and nearly all of them think they do not know anything about informed consent. In general, while they have positive attitudes toward informed consent, the big majority have the opinion that the practice of informed consent makes the dentists to guard themselves against possible legal procedures. The more dentists have the professional experience and education, the more they have the perceived self-efficacy. Results concerning their own experiences show that our countries' dentists are in the performing practice respect to informed consent necessities. But especially

dentists who work in their office give more importance than who works in public services to informed consent. Dentists who have their ethical knowledge during their education are performing more suitable practices for informed consent and they show higher communication skills with the patients. Results concerning their own expression show that even though generally dentists have high communication skills, women dentists have higher communication skills and show higher ethical behavior.

In our study, with these results more than half of dentists prefer to inform patients in written form and majority prefer to take consent of the patient in written form, than show their thoughtfulness about this concept. The more they have higher education the more they prefer to take informed consent in written form.

Dentists who were taken this study statistically represent the community in a good scale. With respect to these results, we propose that by the replanning of the ethical education in dentistry, heighten the ethical and legal consciousness, set safe and easy practice for both dentists and patients.

**Key Words:** Ethics, dentistry, informed consent, consent forms, attitude, dentist-patient relationship, communication, ethics education.



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin, tüm akademik faaliyetlerimin ve yüksek lisans tez çalışmamın her aşamasında, eğitim, öğretim ve bilimsel çalışma konularındaki değerli birikimlerini büyük özveri ile yansıtan, sabır ve hoşgörü ile desteğini esirgemeyen Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi tez danışmanım sayın Yrd. Doç Dr. Mine Şehiraltı'na, eğitimime yaptığı değerli katkıları ve tez çalışmamdaki tüm yardımlarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Nermin Ersoy'a, istatistik çalışmalarımnda hiçbir yardımı esirgemeyen Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Doç. Dr. Sarper Erdoğan'a, bütün tez çalışmam boyunca bana sabırla katlanan ve zaman veren eşim Serhat Candemir ile bebeğim Atlas Candemir'e ve çalışmaya katılma bilincini gösteren tüm meslektaşlarıma teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>VIII</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IX</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>XI</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>XII</b>
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	<b>XIII</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>4</b>
2.1. Özerklik Kavramı .....	4
2.2. Aydınlatılmış Onam .....	5
2.2.1. Tıp Etiği İçinde Aydınlatılmış Onam Kavramının Gelişimi ve Diş Hekimliği Ayrımı.....	6
2.2.2. Diş Hekimliği İçinde Aydınlatılmış Onam Kavramının Etik Değişime Paralel Olarak Gelişimi ve Yasal Tespiti .....	9
2.2.3. Aydınlatılmış Onamın Türkiye'deki Etik ve Yasal Durumu .....	15
2.2.3.1. Tıbbi Uygulama Standardı .....	19
2.2.4. Aydınlatılmış Onam Tanımı ve Öğeleri .....	20
2.2.5. Onamın Çeşitleri .....	27
2.2.6. Onam Formları .....	31
2.3. Diş Hekimliğinin Temel Değerleri .....	33
2.4. Sağlık Uygulamalarında Profesyonellik Kavramı ve İş Etiği İlişkisi .....	36
2.4.1. Kanıta Dayalı Tedavi, Klinik Uygulama Rehber Kuralları ve Aydınlatılmış Onam .....	44
2.5. Diş Hekimi - Hasta İlişkisi .....	48
2.6. Diş Hekimliğinde İletişim .....	52
2.7. Diş Hekimliğinde Etik Eğitim .....	58
<b>3. GEREKÇE VE AMAÇ</b> .....	<b>62</b>
3.1. Araştırma İle İlgili Genel Bilgiler .....	62
3.2. Amaç .....	64

<b>4. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>66</b>
4.1. Katılımcılar .....	66
4.2. Çalışma Formu .....	67
4.3. Çalışma Sonuçlarının Değerlendirilmesi .....	69
<b>5. BULGULAR</b> .....	<b>70</b>
5.1. Çalışmaya Katılan Diş Hekimlerinin Kişisel Değişkenleri .....	71
5.2. Bilgi .....	74
5.3. Tutum .....	75
5.4. Diş Hekimlerinin Hissettiği Mesleki Yetkinlik .....	78
5.5. Davranış .....	89
5.6. İletişim Becerisi .....	94
5.7. Diş Hekimlerinin Hastanın Bilgilendirilmesi ve Aydınlatılmış Onam Elde Edilmesine Yönelik Tercihleri .....	98
<b>6. TARTIŞMA</b> .....	<b>100</b>
6.1. Çalışmaya Katılan Diş Hekimlerinin Kişisel Değişkenleri .....	101
6.2. Diş Hekimlerinin Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Tutumları ve Etkileyen Faktörler .....	103
6.3. Diş Hekimlerinin Kendilerini İfade Ettikleri Mesleki Yetkinlik .....	105
6.4. Diş Hekimlerinin Kendi Uygulamalarındaki Davranış Şekilleri .....	108
6.5. İletişim .....	111
6.6. Diş Hekimlerinin Hastanın Bilgilendirilmesi ve Aydınlatılmış Onam Elde Edilmesine Yönelik Tercihleri .....	117
<b>7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b> .....	<b>121</b>
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ</b> .....	<b>126</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>131</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>132</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: American Dental Association
EBD	: Evidence Based Dentistry/ Kanıta Dayalı Diş hekimliği
EBT	: Evidence Based Treatment/ Kanıta Dayalı Tedavi
CPG	: Clinical Practice Guidelines/ Klinik Uygulama Rehber Kuralları
CDSS	: Communication in Dental Setting Scale
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
İDO	: İstanbul diş hekimleri Odası
SNODENT	: Standardized Nomenclature of Dentistry
SNOMED	: Standardized Nomenclature of Medicine
S.T.P	: Skala Toplam Puanı
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDB	: Türk Diş hekimleri Birliği
TTB	: Türk Tabipler Birliği

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 5.1.1.</b>	Çalışmaya katılan ve Türkiye genelindeki diş hekimlerinin cinsiyete göre dağılımı .....	72
<b>Şekil 5.1.2.</b>	Çalışmaya katılan ve Türkiye genelindeki diş hekimlerinin çalışma şekillerine göre dağılımı .....	73

## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 5.1.</b> Çalışmaya katılan dış hekimlerinin uzmanlık alanlarına göre dağılımı .....	70
<b>Çizelge 5.1.1.</b> Dış hekimlerinin kişisel değişkenleri .....	71
<b>Çizelge 5.2.1.</b> Dış hekimlerinin etik bilgisi .....	74
<b>Çizelge 5.3.1.</b> Dış hekimlerinin “aydınlatılmış onam” hakkındaki tutumları .....	75
<b>Çizelge 5.3.2.</b> Deneyim yılı aydınlatılmış onamın zaman kaybına yol açarak hastaya ayrılan zamanı azaltacağı fikri arasındaki ilişki .....	76
<b>Çizelge 5.3.3.</b> Dış hekimlerinin kişisel değişkenlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki tutum skorlarına etkisi .....	77
<b>Çizelge 5.4.1.</b> Dış hekimlerinin hissettikleri mesleki yetkinlik .....	78
<b>Çizelge 5.4.2.</b> Kişisel değişkenlerin dış hekimlerini ne kadar yeterli hissettiklerini gösteren yeterlilik toplam puanlarına etkisi .....	80
<b>Çizelge 5.4.3.</b> Kişisel özellikleri ile Türkçe’yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek arasındaki ilişki .....	82
<b>Çizelge 5.4.4.</b> Kişisel değişkenlerle hastaların tüm sorularına cevap vermek arasındaki ilişki .....	83
<b>Çizelge 5.4.5.</b> Kişisel değişkenlerle düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek arasındaki ilişki .....	84
<b>Çizelge 5.4.6.</b> Kişisel değişkenler ile hastaları seçenekler konusunda bilgilendirmek için tüm gelişmelerden haberdar olmak arasındaki ilişki .....	86
<b>Çizelge 5.4.7.</b> Kişisel değişkenlerle yüksek eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek arasındaki ilişki .....	87
<b>Çizelge 5.4.8.</b> Dış hekimlerinin etik bilgi durumlarının hissettikleri yeterlilik skorlarına etkisi .....	88
<b>Çizelge 5.5.1.</b> Dış hekimlerinin kendi ifade ettikleri davranışları .....	89
<b>Çizelge 5.5.2.</b> Kişisel değişkenlerin dış hekimlerinin kendi uygulamalarındaki davranışlara etkisini gösteren toplam puanlara etkisi .....	90

<b>Çizelge 5.5.3.</b> Kişisel değişkenler ile tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendirmek arasındaki ilişki .....	91
<b>Çizelge 5.5.4.</b> Kişisel değişkenler ile tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirmek arasındaki ilişki .....	92
<b>Çizelge 5.5.5.</b> Kişisel değişkenler ile karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını almak arasındaki ilişki .....	92
<b>Çizelge 5.5.6.</b> Diş hekimlerinin etik bilgi durumlarının davranış skalası toplam puanlarına etkisi .....	93
<b>Çizelge 5.6.1.</b> Diş hekimlerinin iletişim becerileri .....	94
<b>Çizelge 5.6.2.</b> Kişisel değişkenlerin diş hekimlerinin iletişim puanlarına etkisi .	95
<b>Çizelge 5.6.3.</b> Kişisel değişkenler ile hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlamak arasındaki ilişki .....	96
<b>Çizelge 5.6.4.</b> Kişisel değişkenler ile tedavi sonunda koruyucu öneriler verme arasındaki ilişki .....	96
<b>Çizelge 5.6.5.</b> Diş hekimlerinin etik bilgi durumlarının iletişim toplam puanlarına etkisi .....	97
<b>Çizelge 5.7.1.</b> Bilginin sözlü veya yazılı olarak verilmesi .....	98
<b>Çizelge 5.7.2.</b> Diş hekimlerinin aydınlatılmış onamın sözlü/yazılı olarak alınması tercihi .....	98
<b>Çizelge 5.7.3.</b> Kişisel değişkenlerin aydınlatılmış onamın sözlü veya yazılı alınması tercihine etkisi .....	99

## 1. GİRİŞ

Diş hekimleri, hemen bütün toplumlarda ve zamanlarda, insanların gitmekten en çok çekindiği hekim grubunu oluşturmuştur. Bu çekinmenin altında bir çok faktör yatmaktadır. Hastalar açısından bakıldığında; ağız bölgesinin gerek fiziksel gerek psikolojik olarak özel bir bölge olması, ağızda yapılan invaziv çalışmaların diğer tıp dallarından farklı olarak bilinçliyen ve çoğunlukla kendilerinin de işleme katılımıyla yapılması, diş ağrılarının katlanılmaz olması, diş hekimliğinin günün teknolojisiyle iç içe olması yüzünden çok fazla ekipman kullanılan muayene ortamı, hepsinden önemlisi de çalışılan ortamın ağız olması nedeniyle hekimle kısıtlı diyaloga girilebilmesi bu faktörler arasındadır.

Bunun yanında özellikle son 25 yıldır yaşanan profesyonelleşme, endüstrileşme, teknolojinin geniş oranda sağlık sistemi içine entegre olması ve tüketicileşme genel olarak sağlık çevresinde büyük değişikliklere neden olmuştur. Batı toplumunun ekonomik içeriği ve sağlık sistemine kuvvetli iş kültürünün sokulması; pazar, kar, randıman kavramlarıyla tıp pratiğini dramatik şekilde etkilemiştir.

Sosyal yaşamdaki değişiklikler, toplumsal değerlerin özerkliği ön plana çıkaracak şekilde değişmesi, gelişen hasta hakları ve insanların bilgiye kolay ulaşımını sağlayan bilişim teknolojilerindeki ilerlemeler genelde olduğu gibi diş hekimliği hizmetlerinde de hastaların teknik ve estetik taleplerini yükseltmiş böylelikle büyük oranda gelişmiş teknolojinin kullanıldığı, daha zaman alıcı, pahalı, yüksek estetikli tedaviler hastalar tarafından “talep edilir” olmuştur.

Diş hekimleri de toplumsal yaşam içindeki bu değişimden aynı şekilde etkilenmişler ve günün değerlerine, teknolojisine uygun olarak aldıkları eğitim ve gelişimin sonucu bu özellikteki uygulamalar onların da “tercihleri” haline gelmiştir.

Sosyal yapıdaki değişim bir çok batı ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de devlet destekli sağlık sisteminin geliştirilmesine eşlik ederek tüm sağlık sisteminin, devlet idaresi tarafından kontrol edilmesine neden olmuştur. Sağlık sisteminin devlet rehber kurallarıyla hayata geçirilmesi sağlık çalışanlarının sağlık bakımının içeriği ve sunumu üzerine olan etkisini azaltmıştır. Bu süreç içinde araştırmacılar ve politika üreticileri tıpla ilgili bulguları diş hekimliği sektörüne uygularken iki meslek



arasında var olan eğitim, iş gücü, hizmet sunum şekli ve alanları, hastalık içerikleri, sosyal güvencelerin diş hekimliği tedavilerine yaklaşımı ve hepsinden önemlisi hastaların diş hekimliği ve genel sağlık ihtiyaçlarını algılama şeklindeki farklılıklarını da göz önünde bulundurmamışlardır.

Diş hekimliği hizmetlerinin bu perspektifle sunumunda; gerek hasta ve hekimlerin değerlerindeki değişiklikler, gerek devletin hekim- hasta ilişkisine dahil olması ve gerekse meslek içindeki bazı hekimlerin yanlış davranışları sonucu halkın hekimlere olan güveni ve bu güven karşılığında onlara sağladıkları özerklik azalmıştır. Aynı zamanda hastaların tedavi kararlarında daha aktif rol alma yönünde tercih göstermeleri ve sorgulama eylemleri artmıştır.

Bir çok araştırmacıya göre bunlara ilave olarak, diş hekimliğindeki işlemlerin daha çok isteğe bağlı olması, estetik beklentilerin hekim ve hasta için farklı olması ve diş hekimliği hizmetlerinin eskiye nazaran daha pahalı olması nedenleriyle karar verme süreci diş hekimliğinde tıptan daha farklı ve kapsamlıdır. Bu durum, diş hekimleri ve hastalar arasında zaten var olan problemleri artırarak diş hekimi-hasta arasındaki iletişim problemini daha da ön plana çıkartmaktadır.

Böylelikle hasta, hekim ve devlet üçgeninde tüm gerekliliklerin ve taleplerin yerine getirilmesini hayata geçirebilecek kavram olarak merkezi noktada bulunan aydınlatılmış onam; hastaların tedavi gerçeklerinin tespit edilerek taleplerinin yerine getirilmesini ve aynı zamanda diş hekimi-hasta ilişkisine iş etiği kurallarının da uyarlanmasını sağlayarak hekime duyulan güvenin yeniden kazanılması ve diş hekimliğinin etik ve yasal açıdan prestijinin korunmasında faydalı olacaktır.

Diğer tıp alanlarında çok çalışılmakla birlikte, hasta-hekim arasında daha fazla sorun çıkabilme ihtimali olan diş hekimliğinde aydınlatılmış onam konusunda özellikle ülkemizde yok denecek kadar az sayıda çalışma yapılmıştır. Oysa diş hekimi- hasta ilişkisine tüm bu gelişmeler ve farklılıklar ışığı altında bakıldığında diş hekimleri ve hastalar arasında, diğer tıp dallarındaki hekim-hasta ilişkisinden daha kapsamlı ve bazı açılardan farklılıklar gösteren, fakat her şekilde çok daha fazla güven ilişkisini gerektiren bir hekim-hasta ilişkisi olduğu görülmektedir. Diş hekimliği alanında hastaların bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamının alınması oldukça önem taşımaktadır ve günümüzün tıp etiğinde olması istenen hekim-hasta ilişkisi aydınlatılmış onam kavramıyla güvence altına alınmıştır.

Aydınlatılmış onam uygulamalarının yerleşebilmesi için, öncelikle diş hekimlerinin konuyla ilgili etik ve yasal bilgilerinin yeterli olması ve konuya yaklaşımlarında duyarlı olmaları önem taşımaktadır. Bu amaçla; diş hekimlerinin aydınlatılmış onamla ilgili bilgi, tutum, kendi hissettikleri mesleki yeterlilik, uygulama ve iletişim becerilerini inceleyerek durum tespiti yapmak hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Özerklik Kavramı

Belmonth Raporu (1978) ile “**özerklik**”, “**yararlılık**” ve “**adalet**” temel etik ilkeler olarak açıklanmıştır. Özerklik bireyin; özgür, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu kararına dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlilik ve yetkinliğidir. Özerklik kavramı, özerk birey, özerk seçim ve özerk eylem öğelerini kapsamaktadır.

**Özerk Birey:** Kendi eyleminin “özerk eylem” olup olmadığının ayırımını yapabilen kişidir. Özerk bireyin özerk eylemde bulunabilmesi için ; kendi kendini yönetme yetisine sahip olması, herhangi bir eylem için uygun ve tutarlı bir dizi etik ilkeleri göz önünde bulundurabilmesi, tutum ve davranışlarında kendi fikrini ortaya koyabilme yeteneğine sahip olması gerekir (Beauchamp and Childress,1989; Ersoy ve Aydın, 1994).

Hukukun da uygulamalarında yeterli birey tanımlamasıyla, özerk bireyi koruduğunu görmek mümkündür. Amerika’da bir çok yasama bölgesi içinde; yararına olan şeylerin ne olduğunu bilen, doğal mirasçısının kim olduğunu bilen, ve o anda bir dilekte bulunmakta olduğunu bilen kimse kanuni olarak karar vermede yeterli kişidir (Hirsh and Gert, 1986).

**Özerk Seçim:** Bireyin, kendi yeterlilik ve özgün koşulları içinde özgün-akılcı karar ve eylemlerini belirlerken yapmış olduğu seçimdir.

**Özerk Eylem:** Özerk bireyin, özerk seçimde bulunarak ortaya koyduğu “eylem” olarak tanımlanabilir. Özerk eylem amaçlı, bilinçli ve istekli yapılan eylem olmalıdır.

**Bireye saygı-Özerkliğe saygı kavramı:** Bireye saygı anlatımıyla dile getirilmek istenen onun sırf insan olduğu için sahip olduğu değer, inanç, yetenek, seçim, düşünce gibi kendisiyle ilgili yönlerin bir başka birey ( grup, toplum, devlet vb.) tarafından değer ve saygı görüp, onun bireysel yönlerinin kabul edilmesidir. Özerkliğe saygı ise; bireyin özerkliğini ortaya koyan eylemlerine, diğer bireylerin saygı göstermesi ve bireyin bu saygıyı bekleme hakkına sahip olmasıdır (Ersoy, 2002a). Çağımızda İki filozof, Immanuel Kant (Deontolojik Kuram) ve Stuart Mill

(Yararcı Kuram) modern özerkliğe saygı anlayışını şekillendirmiştir (Beauchamp and Childress,1989).

Etik ilkelerin kabul edilmesi ve tıp uygulamaları içinde hayata geçirilmesindeki süreç gerçekte bireylerin düşünce sistemleri ve sosyal yaşamdaki evrimlerine paralel olarak gerçekleşmektedir. Ortaçağın baskıcı ortamından sıyrılışı ifade eden aydınlanma çağıyla beraber bireyin kendi aklını kullanarak karar vermesi görüşü önem kazanmıştır. Doğal olarak bu düşünce şekli tıp uygulamalarında da geçerli olmuş ve böylelikle ilk zamanlardan beri tıp uygulamalarının yönlendiricisi olan paternalistik yaklaşım itibarını yitirip daha özerk yaklaşımların yönlendiriciliğinde tıp uygulaması hem hekimler hem de hastalar tarafından tercih edilir olmuştur. Hekim kendisine baş vuran hastanın yararı doğrultusunda davranmakla yükümlüdür. Ancak, kişinin özgürlüğüne son derece önem veren günümüz değerleri,hastaya yarar sağlama çabasının, başka faktörlerinde ışığında değerlendirilmesini gerektirir.Bir başka söyleyişle “hastaya yarar sağlama tıp etiğinin tek ve mutlak ilkesi değildir”. Hasta hekim tarafından uygun bulunanın, gerçekten yararına olup olamayacağı konusunda kendisi karar verebilmelidir (Namal, 2003).

Beauchamp ve Childress’in temel etik ilkelerden biri olarak tanımladığı “özerkliğe saygı ilkesi”ni sağlık çalışanlarının uygulamaya sokabilmesi; ilkeden kaynaklanan ölçüt ve kurallara uygun davranmayı gerektir. Bu gereklilik sağlık çalışanlarının başta gelen yükümlülüklerindedir . Bu anlamda aydınlatılmış onam hastanın özerkliğine saygının uygulamasıdır. Hasta-hekim ilişkisinin başında yer alan aydınlatılmış onam karşılıklı ilişkiyi, güveni, saygıyı sağlar.

Sonuç olarak tıpta özerklik; hastanın kendi durumu ve tıbbi bakımı hakkında tam bir bilgiyi almaya ve kendi kararını vermeye, tedaviyi kabul yada reddetmeye yada istediği anda tedavisini sonlandırmaya hakkı olduğu anlamını taşımaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994; Ersoy, 2002b; Ersoy, 2003).

## **2.2. Aydınlatılmış Onam**

Geleneksel tıp etiği anlayışında göz ardı edilebilen hastanın onamını elde etme sorumluluğu, 1949 Nurenberg kodu ile evrensel bir yapıya ulaşmıştır. Aydınlatılmış onam; çağdaş hasta-sağlık görevlisi ilişkisi içinde kişinin özgür ve

sorumlu karar vermesini sağlayan en önemli araç olarak görölür. Özerklik ilkesinin yürütölmesinden başka “yararlılık”, “zarar vermeme” gibi biyomedikal etiğin temel ilkelerine de uygun davranılmasını sağlar. Bu ilke aynı zamanda hastayı koruduğu gibi, hekimi de korumakta; onların sorumluluğunu hem paylaşmakta hem de zarar/yarar dengesinin, yarar yönünde olması için azami dikkat gösterilmesini sağlamaktadır (Aydın ve Ersoy, 1995).

Bireyin özerkliğine saygı ilkesine ve kendi hakkında karar verme hakkına dayanan aydınlatılmış onam kuralı batı ölkelerinde özellikle Amerikan Hukuk sisteminde iki kavramın gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Bu kavramlardan ilki, modern hekim-hasta ilişkisinin karşılıklı **güven ilişkisine** dayanmasıdır. Hasta sağlık görevlisinin yeterince bilgiyi kendisine aktaracağına, aldatma yada zorlama yoluna baş vurmayaacağına güvenmelidir. Sağlık görevlisi ise bunları sağlayacağını garanti etmelidir. Aydınlatılmış onam hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanması ve anlaşılır olmasını zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle aydınlatılmış onam, hekim ile hasta arasındaki eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hekim-hasta ilişkisini statüden kontrole dönüştürmek anlamına gelmektedir.

Aydınlatılmış onam kuralının dayandığı ikinci temel kavram; hastanın kendisiyle ilgili olarak karar verme hakkıdır. Yeterli bir kişi bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir (Şehiraltı, 2002; Ersoy, 2003).

### **2.2.1. Tıp Etiği İçinde Aydınlatılmış Onam Kavramının Gelişimi ve Diş Hekimliği Ayrımı**

Aydınlatılmış onam, bilgi elde edilmesi kadar bilginin açıklanmasının da hasta ve hekim arasındaki günlük uygulamaların parçası olduğu tıp uygulamaları ve tıbbi araştırmalar içinde özellikle kendine has bir tarihe sahiptir. Hipokrat yazmalarından beri bilginin açıklanması veya açıklanmama kararı tartışmaları tıp etiği tarihinde hep rol almakla beraber, aydınlatılmış onam tarihi antik tarihe dayanmaz. Aydınlatılmış onam terminolojisinden 1957’den önce yazın içinde hiç bahsedilmemiştir. Bugün tartışıldığı anlamda aydınlatılmış onam kavramı 1972’lerde ortaya atılmıştır. Bununla beraber yaklaşık son 20 yılda hekim-hasta ilişkisinde

devrim meydana gelmiştir. Bu devrim dar anlamda hekimin hastayı bilgilendirme zorunluluğundan hastanın yada sujenin bilgiyi kavrama kalitesi ve onam vermesi yönüne doğru kaymıştır (Beauchamp and Childress,1989).

20. yy.ın son yarısında, tamamen değilse bile büyük oranda dış faktörler bu devrimi etkilemiştir. “Yararcılık modeli”nin tıp etiğinin değişmez modeli olduğu düşünüldüğü süre boyunca, hastaların bilgi ihtiyaçları ve konsültasyonları konusunda büyük oranda hekimler karar verirken, dış etkiler 20.yy.ın ortalarında dereceli olarak varolan görüşe dayalı bu model içine farklı çıkarımlar yerleştirmeye başlamıştır. Bu güçler geniş sosyal gelişmeyle eş zamanlı bir şekilde çalışmıştır. Örneğin; böylelikle hasta hakları bildirgesi, özgürce ve bilgilendirilmiş karar alma hakkını artıran çok çeşitli tüketici ve sivil haklar hareketiyle ilişkilendirilmiştir.

Aydınlatılmış onam’ın etik açıdan haklı çıkarılması için ileri sürülen iddialar temel ahlak değerlerine ve etik ilkelere dayandırılmaktadır. Kötü davranmama, yararlılık (faydacılık) ve özerklik ilkelerine göre haklı çıkarımı yapılmaktadır. Aydınlatılmış onam kavramı, son yıllarda tıbbın yanında diğer sağlık meslekleri, yasalar, sosyal ve davranış bilimleri ve ahlak felsefesi gibi bir çok disiplinin etkileriyle şekillenmiştir. Yasalar ve felsefe özellikle klasik anlayış ve uygulamanın yenilenmesinde baskın rol oynamıştır. Özellikle mahkeme kararları ve bunun sonucu bu görüşlerin analizi aydınlatılmış onam’ın evriminde lokomotif olmuştur.

II. Dünya savaşından bu yana ABD’deki aydınlatılmış onam zorunluluğu ve gerekliliği; konuyla ilgili etkileyici davaların, politik gelişmelerin, idaresel müdahalelerin, hükümet destekli etik komisyonların ve meslek içi gelişmelerin etkisiyle ortaya çıkmış ve gelişmiştir. Görüldüğü gibi aydınlatılmış onam yeni bir tariheye sahiptir ve konuyla ilgili ilk gelişmelerin bir senteze ihtiyacı vardır (Beauchamp, 1989; Beauchamp, 2004). Dış hekimliğindeki aydınlatılmış onam kavramı günümüzde de tam olarak tıptaki aydınlatılmış onam kavramından farklı olarak algılanmamaktadır. Gerek kanunlar gerek tıp etiği içindeki düzenlemeler genel olarak dış hekimliğini de bağlayıcı olarak düşünülmektedir. Konuyla ilgili farklı görüşler olsa da tıp ve dış hekimliğinin tarihi gelişim süreçleri ve hizmet şekilleri dikkate alındığında iki meslek arasında gittikçe daha çok arası açılan bazı farklılaşmaları görmek mümkündür. Kang (2002)’a göre dış hekimliği tıp ile aynı kaynaktan gelmekle beraber kendine has bir durumu vardır. Fakat dış hekimliği etiği

yaptırımları; tıp, cerrahlık, berberlik ve hatta nalbantlık gibi tarihi ve felsefi olarak ana disipliniyle aynı altyapıyı paylaşır. Fraukel and Lurie (2002)'ye göre diş hekimlerinin geçmişi kasabaların berber dükkanlarına dayanır, tıp hekimlerinin ataları ise gezici büyücü hekimlerdir. Doğal olarak her iki gruptan da hastaların sağlıklarıyla ilgilenmesi beklenir. Fakat tıp doktorlarından hastaların her açıdan iyi olmaları için uğraşması, bunu sağlması beklenirken, diş hekimlerinin istekleri ve beklentileri yerine getirilerek tatmin edilmesi gereken bir “müşteri” grubu vardır. Bir çok açıdan tıp ve diş hekimliğinin amacı ve hedefi farklıdır. Bu bağlamda diş hekimliğindeki aydınlatılmış onam en az tıpta olduğu kadar önem kazanmakta ve belki de tıptakinden daha çok ayrıntı ve daha eski bir tarih içermektedir. Tıp ve diş hekimliği eğitimleri, çalışma gücü, hizmet şekli, hastalık içerikleri, hastaların tıbbi ve diş hekimliği tedavi ihtiyaçlarını algılama şekli ve finans sağlayan kurumların finansmanında farklılıklar bulunan, farklı oluşumlar tarafından organize edilen ve farklı etik kurallara sahip olan iki ayrı meslektir. O yüzden tıpla ilgili çıkarımları diş hekimliğine uygularken araştırmacıların ve politika üretenlerin bu farklılıkları dikkate alarak değerlendirme yapmaları gerekliliği savunulmaktadır (Fraukel and Lurie, 2002; Littleton, 1979).

Artık sağlık hizmeti sunan tüm meslekler içinde hastanın bilgilendirildikten sonra tedaviye onam vereceği veya ret edeceği geniş oranda kabul görmektedir. Son 20 yıl içinde bu hakkın yapısı ve ifade ettikleri hakkında çarpıcı bir artış vardır (Doyal and Cannell, 1995). Hastaların bilgiye ulaşımındaki artış, hasta hakları hareketlerinde gelişmeler ve yasalarla desteklenmeyle birlikte hekimler açısından da konuya farklı bakış açıları gelmiştir. Aydınlatılmış onam içeriği daha da değişmiş farklı içerikler dahil edilmiştir (Schouten et al 2004; 2002). Ozar'a göre, aydınlatılmış onamın algılanışında iki eksik vardır. İlki gerçeği söyleme ilkesine dayanır ki bu hekim-hasta ilişkisinin temelidir. Her iki taraf da birbirlerine gerçeği söyleyeceklerine inanmak ister. Hekimin tedavi başarısı da hastadan alacağı doğru ve gerçek anamneze ve tedavi akışı içindeki uygulamalarda ne derece samimi olacağına bağlıdır. Aydınlatılmış onam söylemindeki aydınlatma kısmı ise hep hekimin hastaya doğruyu söylemesi yönüne dayandırılmıştır ki bu kavram içindeki ilk eksik kısımdır (Ozar and Sokol, 2002). Yapılan bazı çalışmalarda hastaların tümünün, sağlık geçmişleri, ilaç alışkanlıkları vs. hakkındaki bilgiyi diş hekimine verme

gerekliliğine inanmadığı gösterilmiştir (Mcdaniel et al. 1995). Diğeri ise onam kısmıyla sadece hasta-hekim ilişkisi içinde hastanın özerkliğinin ön plana çıkarılmasıdır. Oysa seçim yapması gereken sadece hasta değildir ve karşısındakinin durumu uygun kontrolüne izin vermesi gereken de sadece diş hekimi değildir. İdeal ilişki iki tarafında seçime ortak katılımını ve her iki tarafında özerkliklerine karşılıklı saygıyı gerektirir ki bu da kavram içindeki ikinci eksik kısımdır (Ozar and Sokol, 2002).

### **2.2.2. Diş Hekimliğinde Aydınlatılmış Onamın Kavramının Etik Değişime Paralel Olarak Gelişimi ve Yasal Tespiti**

Sağlık hizmeti verenlerin aydınlatılmış onam alma zorunluluğunun yasal temelleri yeterli ve yetişkin bir bireyin kendi vücuduna yapılacaklara karar verme hakkının olmasına dayanmaktadır. 1914’lerden beri bu temel hak New York eyalet mahkemeleri tarafından Cardozo’nun “Ergin yaştaki ve yeterli akıldaki her insanoğlu kendi vücuduna ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve hastanın iznini almadan girişimde bulunan cerrah bir tecavüz girişiminde bulunur” (Cannavina et al. 1995) şeklindeki meşhur ifadesiyle bildirilmiştir. Onam konusundaki bireysel haklarımızın kanunlar tarafından tanınması toplumun kendi hakkında karar verme ve bireysel özgürlük derecesi bilincine dayanmaktadır. Aydınlatılmış onam kavramının gelişim sürecini daha çok ABD’deki süreç ile takip etmek mümkündür. ABD’de diş hekimleri için aydınlatılmış onam zorunluluğu hem ülke hem de eyalet kanunlarıyla tespit edilmiş bir zorunluluktur.

Newyork’lu bir oral cerrahın hastasının bir 20 yaş dişini izinsiz çekmesiyle, 1916’dan beri aydınlatılmış onam eksikliği ile ilgili suçlamaların ileri sürüldüğü davalar birbiri ardına mahkemelere yansımıştır. Aydınlatılmış onam kuralı “sağlık hizmeti sunan kişinin planlanan tedavinin yapısı, böyle bir tedavinin alternatif tedavilere göre faydaları ve riskleri ve tedavi olmama seçeneği ile sonuçları hakkında hastayı bilgilendirmeyi” gerektirir (Doyal and Cannell, 1995; Cannavina et al, 1995; Bailey, 1985; Sfikas, 2003; King, 2001).

Aydınlatılmış onam kavramının kanunlar çerçevesindeki evrimini ilk açılan davalardan günümüze dek açılan bazı dava örneklerindeki suçlama temellerinin



değişimiyle takip etmek mümkündür. ABD’de diş hekimlerini konu alan ve onam üzerine merkezlenen ilk mahkemeler izinsiz dokunma zeminine dayandırılmıştır. Yani bu hastanın, herhangi bir zarar gördüğünü kanıtlaması gerekmediği anlamını taşımaktadır. Diş hekimi dikkatsiz hiçbir girişimi olmasa bile suçlu bulunabilir, hastanın uzman tespiti yaptırmasına gerek yoktur. Bu noktada bir örnek dava Hollinger davasıdır (1933). Diş hekimine giden bayan Hollinger’a, alınan radyografiler sonucunda beş dişinin çekilmesi gerektiği tavsiye edilir. Diş hekimi tarafından cerraha açık talimat yazılır. Hasta genel anestezi altındayken çene kemiğindeki operatif alan içinde nekrotik bölge bulunması nedeniyle yedi diş çekilir. Hasta ihlal nedeniyle dava açar. Bunun sonucunda, hiçbir uzman şahitliği istenmeden, hekimin hastanın yararına düşünmüş olmasına rağmen hem mahkeme hem de temyiz hasta lehine karar verir (Bailey, 1985).

Aydınlatılmış onam kuralı 1960’larda, hastanın riskler hakkında yeterince bilgilendirilmediği taktirde tedaviye anlamlı bir izin veremeyeceği görüşü ile birleştirilmiştir. Mahkemeler ise genellikle aynı şartlar altında sorumlu bir pratisyenin yapacağı açıklama miktarının hastaya verilmesini uygun görmektedir (Sfikas, 2003).

İhlal, tecavüz, saldırı konularını içeren aydınlatılmış onam davaları 1965’lerden bu yana gittikçe azalmıştır. Sonunda 1985’lerde diş hekiminin aydınlatılmış onam almadığını iddia eden birinin bunu kanıtlaması gerekliliği konmuştur. Üstelik 20. yy.ın başında olduğundan farklı olarak hastalar bu durumdan bir zarar gördüklerini de kanıtlamak durumunda bırakılmışlardır. Bu dönemden sonra konuyla ilgili olarak kalan ciddi sorun, aydınlatmanın sınırları olmuştur ve bu durumda daha sonraki örnek dava kararlarıyla bir form kazanmaya başlamıştır. Net bir sonuca bağlanamasa da yavaş yavaş konuyla ilgili standartlar oluşturulmuştur ve 1970’lerden itibaren materyal riski yaklaşımı diş hekimliğinde kabul görmüştür.

Bu bağlamda aydınlatılmış onam ile ilgili köşe taşlarından olan Canterbury v. Spence ve Cobbs vs. Grant davalarında (1972), Amerikan Temyiz Mahkemesi aydınlatılmış onamın açıklama ögesine ait yeni standartları duyurmuştur. Canterbury mahkemesi hastanın kendi hakkında karar verme hakkına ve tedaviye karar vermesini etkileyecek tüm risklerin hekim tarafından açıklanması gerekliliğine büyük önem vermiştir. Mahkeme bu standartlara bazı limitler getirmiştir. Hekim

hastanın tedaviye karar verirken genelde ihtiyaç duymayacağı, oluşma ihtimali çok düşük riskler için hastaya bilgi vermek zorunda değildir ve ortalama bir insan tarafından bilinen yada hastanın zaten bildiği tedavi risklerini de hastaya anlatmak zorunda değildir. Materyal riski yaklaşımının diş hekimliğine sokulmasıyla hastaların davalarında haklı çıkmaları kolaylaştırılmıştır. Çünkü bu yaklaşıma göre hastalardan uzman tespiti göstermesi beklenmez.

Willard örnek davasında (1981), dişlerindeki yan duvar aşınması nedeniyle diş hekimine giden hastaya bu dişleri kaybetmemesi için endodontik tedavi ve kuron kaplama tavsiye edilmiş, tüm işlemin 30 dakika içinde tamamlanabileceği söylenmiştir. Kaplamalar hariç endodontik tedaviler aynı gün içinde ikinci bir diş hekimi tarafından yapılmıştır. Bir sonraki randevuda ikinci diş hekimi tarafından dişlerin çekilmesi gerektiği ve acil olarak kliniğin periodontoloğuna görünmesi gerektiği bildirilmiştir. Periodontolog hastanın gerçekten periodontal problemi olduğunu birkaç dişinin çekilip parsiyel protez yapılması gerektiğini söylemiştir. Bunların sonucunda hasta teşhiste ve diş hekimliği uygulamalarındaki ihmalden suçlamayla diş hekimlerine dava açmıştır. Duruşmada diş hekimleri uzman şahitliği göstermiş ve dava düşmüştür. Fakat hasta temyize gittiğinde, temyiz mahkemesi tarafından kendisine ihmal değil aydınlatılmış onam eksikliği zemininde dava açması önerilmiştir. Temyiz “kanal tedavilerinin ve kuronlamanın doğası hakkında hasta yeterli bilgilendirilseydi; mantıklı bir seçim yapabilirdi” şeklinde karar vermiş ve uzman şahitliğini gerekli görmemiştir.

Bunu takip eden 1984-1985 yılları arasında bir çok eyalette yasama kurulları genel anlamdaki aydınlatılmış onam yönetmeliklerini diş hekimliğine uyarlamışlardır, fakat bunlar da açık olmaktan çok uzak kalmıştır (Ersoy, 2003; Cannavina et al, 1995; Bailey, 1985; Dubé-Baril, 2004). Günümüze kadar Canterbury kararları, dava kanunları, aydınlatılmış onam yönetmelikleri ABD’de gelişmeye devam etmiştir. Bugün ABD’de eyaletler daha ziyade aydınlatılmış onam elde edilmesinde kullanılacak kriterlerin, makul bir hekim kriterleri mi yoksa makul bir hasta kriterleri mi olması gerektiği konusunda fikir ayrılığı içindedirler. Her eyalet farklı davalar sonunda yasalarıyla bu durumu tespit etmiştir. Özetle artık bazı eyaletlerde hekimler ve diş hekimleri aynı şartlarda makul bir hekimin açıklayacağı risklerin açıklanmasını zorunlu kılmaktayken bazılarında ise hasta durumundaki

makul bir kişinin tedaviyi uygulama yada uygulatmama kararı alırken önemli göreceklere riskleri açıklamayı zorunlu kılarlar. Bazılarında ise hem makul hekim hem de makul hasta standartlarının elementleri, konuyla ilgili olarak hekimin suçlanıp suçlanamayacağını tespit ederler. Hekim aynı şartlarda makul bir hekimin açıklayacağı riskleri açıklamakla yükümlüdür, fakat hasta için hekimin yeterli aydınlatılmış onam teminindeki eksikliğinden dolayı bir zarar gördüğünü tespit etmek için; hastanın, doktorun kendisine makul bir insanın tedaviyi reddini mümkün kılacak miktarda bilgi verdiğini kanıtlaması gerekir. Genel olarak “ülke çapında hekimlerin aydınlatılmış onam elde etme zorunluluklarını tespit eden kanunlar dış hekimlerini de bağlar” şeklinde tespit konmuştur. ABD’de 15’den fazla eyalet dış hekimlerine hastaya anestezi vermeden önce, birkaç eyalet ise herhangi bir işlem yada cerrahi operasyon yapmadan önce aydınlatılmış onam elde etmeyi zorunlu kılmaktadır (Sfikas, 2003).

Son yıllarda sağlık sektörüne sokulan tüketicilik anlayışı (consumerizm) dış hekimliğinde tıptan daha çok yer bulacak gibi durmaktadır. 1997’de ABD Sağlık Hizmetleri Endüstrisinde Kalitenin ve Tüketicinin Korunması Komisyonunun Başkan Clinton’a hazırladığı raporda –artık klasikleşen- hastanın bilgilendirildikten sonra karar verme hakkı, meslek sırrının korunması hakkı, acil bakım hakkı ve onuru ile tedavi olma hakkı gibi hakların yanı sıra hastaların sözleşme yapan bir tüketici anlayışı ile sözleşmedeki bilgileri kontrol edebilmesi ve hekimi seçebilmesi gibi belli hakları da hasta hakları kapsamına almıştır (Görkey, 2002).

Aydınlatılmış onam’ın bilgilendirme elementi içinde tartışılmakta olan bir başka konu da hekimin kişisel özelliklerinin açıklanıp açıklanmaması gereğidir. Değişik eyaletler bu konuda farklı bakış açılarına sahiptir. Georgia Üst Mahkemesine bir dış hekiminin tedavi sırasında kokain kullandığı konusunda eksik açıklama yaptığı gerekçesiyle; hasta tarafından dış hekimi için dolandırıcılık zemininde dava açılmıştır. Bu davada mahkeme dolandırıcılık zemininde hekimi suçlu bulmamıştır. Hekimin eksik bilgi vermesinin hastanın onam vermesini engellemediği için, dolandırıcılık suçlamasına zemin oluşturamaz kararı verilmiştir. Benzer şekilde Pennsylvania Üst Mahkemesi doktorun kişisel özelliklerinin ve tecrübesinin aydınlatılmış onam davalarıyla ilişkisiz olduğuna karar vermiştir. Açılan davada hastadan, dış hekimi yapacak olduğu operasyonda çok tecrübeli olmadığını

söylemediğinden eksik aydınlatılmış onam aldığı gerekçesiyle suçlaması istemiştir. Mahkeme bunu uygun görmemiş, ancak hekim tecrübesizliğini söylemeyerek belki de hastanın tedavi kararı almasında yanlış değerlendirme yapmasına neden olabileceğinden yanlış tanıtım davası açmasını önermiştir. Buna karşılık Louisiana Mahkemesi bir diş hekimini kronik alkol alışkanlığını hastaya söylemediğinden operasyon için materyal riski oluşturabilecek bir durumu hastadan sakladığı belki de hastanın operasyondan başka bir tercihte bulunmasını engellediği gerekçesiyle aydınlatılmış onam'ın çiğnenmesi bazında suçlu bulmuştur. Aynı şekilde New Jersey mahkemesinin de ciddi yanlış tanıtmanın aydınlatılmış onamın geçerliliğini etkileyebileceği üzerine kararı vardır.

ABD'de diş hekimlerine acil durumlar ve tedavi ayrıcalığı dışındaki her durum için aydınlatılmış onam alınmasını ve her tedavi reddi için haklı gerekçelerin belirtilmesini gerekli görmektedir. Aydınlatılmış onamın yazılı mı, sözlü mü alınacağı konusunda ise yine eyaletler kesin fikir birliği içinde değildir. Diş hekimleri için yazılı aydınlatılmış onam kanunlarla zorunlu kılınmasa da, bunu yapmaları tavsiye edilmektedir. Yazılı aydınlatılmış onam alınması en azından dava durumunda yanlış tanıtım, eksik açıklama, sahtekarlık ve hastanın kapasite eksikliği olmadan tedaviye rızasının alınmış olduğu çıkarımının yapılmasını sağlayacaktır.

Bundan başka ADA (American Dental Association/ Amerikan Diş hekimleri Birliği) üyesi olan her diş hekimi, ADA'nın hastanın kendi hakkında karar verme hakkına saygı gösterilmesini sağlayan etik zorunluluklarını çalışmalarında dikkate almalıdır. **ADA Profesyonel Çalışma Kodları Bölüm 1.A.** diş hekimlerinin hastalarını, tedavi kararına dahil olmalarını sağlayacak şekilde planlanan tedavi ve alternatifleri hakkında bilgilendirmesi gerektiğini ifade etmektedir (Sfikas, 2002).

Duruma Avrupa açısından bakıldığında ABD ile ortak ve ayrı gelişmeler vardır. Nüremberg kodlarının kabulü, ardından 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirisi uluslararası etik kodların belirlenmesinde büyük rol oynamıştır. 1953 yılında yürürlüğe giren ve ülkemizin 1954 yılında kabul ettiği Avrupa İnsan Hakları sözleşmesi de bireye sağlık konusunda eğitim ve danışma kolaylığı sağlanmasının gerekliliği üzerine bir madde içermektedir. 1948 Cenevre, 1975 Tokyo, 1977 Havai, 1981 Lizbon Bildirgelerinde de aydınlatılmış onam'ın içeriğiyle ilgili maddeler bulunmaktadır. 1994 Amsterdam Geliştirilmiş Hasta Hakları Bildirgesi ve Avrupa

Konseyinin 1997 yılında kabul edilen Avrupa Biyoetik Sözleşmesinde (Oviedo Sözleşmesi) hastanın aydınlatılmış onamının elde edilmesinin önemi vurgulanmıştır (Görkey, 2002; Güven, 2002; Hatun, 1999).

Son zamanlarda Batı ülkelerinde medyada çıkan bazı çarpıcı davalar, hastaların dikkatlerini bu konuya çekmiştir. Artan yargıya intikaller ve “Avrupa İnsan Hakları Yasaları” sağlık hizmeti verenlere karşı taleplerin artmasına neden olmuştur. İngiltere’de aydınlatılmış onamı düzenleyen kanunlar hala sorumlu bir profesyonelin vereceği bilgi kadar hastaya bilgi verilmesi gerekliliğiyle sağlık çalışanları tarafındadır (King, 2001).

Doyal and Cannell (1995)’a göre İngiltere’de aydınlatılmış onam ile ilgili davalar çok sıklıkla görülmemektedir. Bunun nedeni bilgi vermeyle ve hastanın karara dahil edilmesiyle ilgili olarak meslek içine yerleştirilmiş profesyonel standartlardır. Fakat dava durumlarında her iki tarafı destekleyen şahitler varsa mahkeme hekimin lehine sonuçlanacaktır. 1985’te İngiliz Lordlar Kamarası “Amerikan öğretisi” olan aydınlatılmış onam’ı ülke gerçekleri ve dinamiklerine uymaması nedeniyle makul bir hastanın bilgilendirilmiş karar alabilmesi için gereken bilgiyi açıklama zorunluluğunu reddederek makul bir hekimin açıklayacağı bilgi lehine karar almıştır (Schwartz and Grubb, 1985). Bu açıdan durum Kuzey Amerika, Avustralya ve Kanada’dan farklıdır, bu ülkelerde bir problem durumunda denge hasta tarafında olacak şekilde kayacaktır. Örneğin, Kanada Quebec yüksek mahkemesinin Walker v. Roy davasındaki kararı aydınlatılmış onam ile ilgi bir davada imzalı bir onam formu olduğu halde, formun taşınması gereken özelliklerde olmadığı ve hasta bilgilendirmesinin eksik olması gerekçesiyle diğ hekimini aleyhine karar almıştır (Dubé-Baril, 2004).

Hollanda’da aydınlatılmış onam doktrini 1995’te “Medical Treatment Contract Act” ile kanunen tanınmıştır. Bu yasa da en önemli nokta aydınlatılmış onam tespitiyle iyi hekim- hasta ilişkisinin öneminin yansıtılmasıdır. Yasa, hem hasta hem de hekimin haklarını ve görevlerini belirleyerek hastanın pozisyonunun kuvvetlendirilip netlik kazanmasını sağlamaktadır. Bu yasanın temel bakış açısı, planlanan tedavi konusunda hekimin hastanın onamını alırken, hastanın tedavi ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesidir. Bu ikisi birlikte aydınlatılmış onam kavramını oluştururlar. Bu yasayla hastaların özerkliği ortaya konmuş olmaktadır.

Sağlık sistemindeki hızlı gelişmeler, medya ve artan eğitim ile hastaların bilgi düzeylerinin artması ve gelişen bireysellik ile batı ülkelerinde hasta hakları bugün daha önce hiç olmadığı kadar ön plana çıkarılmıştır. Hasta haklarına gösterilen uluslararası dikkat çeşitli deklarasyonlarla ve antlaşmalarla ifade edilmiştir (Schouten et al. 2003a; 2004).

### **2.2.3. Aydınlatılmış Onamın Türkiye’deki Etik ve Yasal Durumu**

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de bireyin özerkliği kanunlarla korunma altına alınmıştır. Özerkliğin sağlık alanındaki uygulamasıyla ilgili en yeni gelişme 2002 tarihli “Tıbbi hizmetlerin kötü uygulamasından doğan sorumluluk” ile ilgili yasa tasarısıdır.

Ayrıca ülkemiz, imza attığı uluslararası anlaşmalar gereğince hasta hakları konusunda alınan uluslararası kararlara da uymayı taahhüt etmiş olmaktadır. Dolayısıyla dünya üzerindeki hasta hakları konusundaki devinimler ülkemizde olması gereken devinimleri de belirten gelişmelerdir.

Çağdaş hukuk, tanı yada tedavi uygulaması için bir araya gelen hekimle hastayı bir sözleşmenin tarafları olarak görür. Hekimin başladığı tedaviyi yasal nedenler dışında yarım bırakmaması tedavi sonunda bir ücrete hak kazanması, hekim ile hasta arasında bir sözleşme bulunduğunu gösterir. Hekim ile hasta arasında 4 tip sözleşme olabilir; iş-hizmet sözleşmesi, eser sözleşmesi, vekalet sözleşmesi, eser sözleşmesi ( Namal, 2003; Ersoy, 2003; Afşin, 2004).

Diş hekimi, dişlerin korunması ve çiğneme fonksiyonunun yeniden sağlanması için çok yönlü işlemler (dolgular, endodontik tedaviler, diş çekimi gibi cerrahi müdahaleler, periodontal, ortodontik tedaviler vb.) uygulamak durumundadır. Konservatif, cerrahi, ortodontik ve periodontolojik işlemlerde diş hekimi ile hastası arasındaki ilişki hizmet sözleşmesi niteliğini taşır. Diş eksikliğini gidermek için hazırlanan protezler ise bir eser sözleşmesi kapsamındadır. Protezlerin üçüncü şahıslara yaptırılması dikkate alındığında bu işlemler istisna sözleşmesinin de konusu olabilmektedir. Protez uygulamalarında hastanın taahhüt ettiği bir ücret karşılığında bir işin yapımı üstlenilmiştir. Diş hekimi ve onun görevlendirdiği bir laboratuvar

hatalı hazırlanmış bir protez söz konusu olduğunda telafi yükümlülüğünü yerine getirmek durumundadır (Namal, 2003; Özdemir ve ark. 2001).

Hekim sorumluluğunun bir sözleşmeye dayanması zorluklar yaratmaktadır. Ayrıca anlaşmayla bireye özgü, baştan tahmin edilemeyen, hastada vaat edilen “başarı”yı olumsuz yönde etkileyecek durum değişikliklerinin olmayacağı varsayılır. Bu bağlamda protez uygulamalarını eser sözleşmesi olarak kabul etmeyen hukukçular da vardır (Namal, 2003; Hancı ve Alkanat, 2005).

Yürürlüğe girmesi planlanan tıpta yanlış uygulama yasaının 12. maddesindeki “tıbbi hizmetlerle ilgili olarak, hasta ile tıp biliminin sınırları içinde sözlü veya yazılı tıbbi anlaşmalar yapılamaz, güvenceler verilemez” ibaresinin, “sözlü veya yazılı olarak hasta ve/veya kanuni temsilcisi ile yapılan ve tedavi sonucuna ait güvenceler veren sözleşmeler geçersizdir” şeklinde değiştirilmesini öneren Hancı ve Alkanat da şöyle bir gerekçe sunmuştur; “Hekim ve/veya sağlık kuruluşu ile hasta ve kanuni temsilcisi arasında sözleşmeler yapılabilir, yapılmaktadır da. Hastanın bir hekime baş vurma bile zımni (üstü örtülü) olarak bir sözleşme teklifidir. Bu madde ile batıl kabul edilmesi gereken tedavi sonucu garantiye alınan sözleşmelerdir. Bu tür sözleşmelerin yapılmasını yasaklamaktan çok, yapılmış sözleşmenin geçersiz (batıl) kabul edilmesine yönelik bir hüküm daha yerinde olacaktır. Doktrinde diş protezleri ve estetik bazı girişimler için güvence veren sözleşmelerin yapılmasının uygun olacağı, çünkü bunların istisna-eser akdi yapısında oldukları vurgulanmakla birlikte kanımızca madde de böyle ayrık bir duruma yer verilmemesi uygun olacaktır” şeklinde görüş bildirmişlerdir (Hancı ve Alkanat, 2005).

Aydınlatılmış onam kavramına göre, hastanın düşünülen tedavi işleminin hastaya her yönüyle açıklanması ve hastanın da bu işlem için diş hekimine izin vermesi gerekmektedir. Eğer diş hekimi izinsiz olarak bir işlemde bulunursa izin sınırlarını ve amacını aşarsa diş hekimi-hasta ilişkisinin esasını oluşturan sözleşmeyi ihlal edebilir veya haksız fiil hukukuna göre kişisel zararlardan sorumlu tutulabilir (Afşin, 2004).

1998’de kabul edilen meslek etiği kurallarında 26. ve 27. maddelerde aydınlatılmış onamının şartları ve gerekliliği vurgulanmıştır. Aynı zamanda tıpta

yanlış uygulama yasa tasarısı içinde “Bilgilendirerek İzin Alma” başlığı altında madde 15’te konuya açıklık getirilmiştir (TTB 47, 1998; Üstün, 2004).

Bazı durumlarda hekim tıbbın genel kabul görmüş kurallarına, bilim ve uygulamasının gereklerine, hukuka uygun davranmasına rağmen hastalarında zarar meydana gelebilmektedir. Sağlık personelinin tıbbi girişimden doğan sorumluluğundan söz edilebilmesi için, eylemin hukuka aykırı olması, bir zararın meydana gelmesi ve zararın kusurlu eylem sonucu olması gerekmektedir. Sorumluluğu belirleyen kusurlu davranıştır. **Kusur**, başka türlü davranma olasılığı varken ve zorunlu iken o şekilde davranmayıp sorumluluğun söz konusu olduğu olaydaki davranış olarak tanımlanmaktadır. Kusur; kast ve ihmal başlıklarında incelenmektedir. Hukuka aykırı sonucun bilerek ve isteyerek meydana getirilmesi **kast**, hukuka aykırı sonucu istememekle birlikte önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmaması ve özenin gösterilmemesi **ihmal** olarak tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanlarının sonuçtan sorumlu tutulabilmesi için, zararlı sonucun ön görülebilir ve önlenebilir olması gerekmektedir.

Yürürlüğe girmesi planlanan hatalı uygulama yasasına kadar yürürlükte olan ceza kanunumuzda mesleki uygulamalarda verilen zararlar ilgili olarak, sağlık çalışanları için ayrı bir düzenleme yoktur. Düzenleme genel tanımlar ile ifade edilen maddelerde karşılığını bulmaktadır. Bunlar; tedbirsizlik- dikkatsizlik- acemilik- nizamata- emir ve talimatlara uymama nedeniyle meydana getirilen, taksirli eylemler sonucu ölüm (TCK madde 455) ve yaralanmaya sebep (TCK madde 459), yürürlükteki kanunlara muhalefet ve görevi ihmal (TCK madde 230) ile ilgili maddelerdir (Özdemir ve ark. 2001).

Sağlık Bakanlığınca hazırlanmış olan ve 2002 tarihli tıpta yanlış uygulama yasa taslağıyla bu alandaki boşluğun doldurulması düşünülmüştür. Bu yasayla tıbbi hizmetlerde temel prensipler, sağlık personeli ile hasta ilişkisi, görev, yetki ve sorumluluklar, üst kurullar, idari işleyiş, zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası, ceza hükümleri konularına açıklık getirilmesi düşünülmektedir (Üstün, 2004).

Çağımızda bilginin serbest dolaşımı ve herkesin bilgiye kolay ulaşımı, bilgisayar teknolojileri, biyolojik bilimlerdeki hızlı ilerleme ve gelişen toplum bilinci insan haklarının da aynı hızla gelişmesine, bu konudaki taleplerin artmasına neden olmuştur. ABD ve Avrupa Konseyi, Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Tıp Birliği de



hasta hakları ile ilgili çalışmalar yaparak bu konuda öneri ve bildireler yayınlamıştır. Uluslararası alandaki bu gelişmeler ise zaman içinde ülkelerin ulusal yasal düzenlemelerine yansımıştır. Ülkemizde de bu ivmenin etkisiyle sağlık uygulamalarına yeni düzenlemeler getirilmesi gerekmektedir (Ersoy, 2003; Görkey, 2002; Özdemir ve ark. 2001; Afşin ve ark. 2003). Tıpta yanlış uygulama yasa taslağı tüm bu gelişmeler ve dünyadaki uygulamalara ayak uydurabilmek adına hayata geçirilmesi planlanan bir taslaktır.

Bu yasa taslağının hayata geçirilmesiyle sağlık personeli, insan hayatına, sağlığına, hastanın kişiliğine iç hukuktan ve milletlerarası hukuktan doğan haklarına saygı ve mesleklerinin gerektirdiğı azami dikkat ve ihtimamı göstermekle yükümlü olacaktır. Yerine getirilmediğı taktirde karşılığı olan hapis ve para cezaları ön görülmektedir. Bu cümle ile genellenen yükümlükleri açmak gerekirse sağlık personeli uygulamalarında önceki uygulamalardan farklı olarak tıbbi kayıtlar, bilgiler ve sırların saklanması zorunludur; bilimsel araştırma veya tedavi etme konusunda hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınması şarttır. Hastasını bırakmak isteyen veya tedaviye almayı istemeyen hekim yazılı olarak bunu hastaya bildirmeli, gerektiğinde vekil hekim bulmalıdır. Hastaya tedavi ücreti önceden bildirilmelidir. Hekimlerin kredilendirilmesi ve akreditasyon zorunlulukları ve dolayısıyla mezuniyet sonrası sürekli eğitim zorunluluğı getirilmiştir. Tıbbi kötü uygulamaları araştırmak ve şikayetleri kabul etmek üzere kurul ve üst kurullar oluşturulmuştur. Hekimlere zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası, tüm yanlış uygulamalar için cezai uygulamalar getirilmiş ve daha ağır durumlarda uygun olan ağır ceza yasalarının geçerliliğı tespit edilmiştir.

Tüm bu gelişmeler doğrultusunda aynı kanun kapsamı içinde olan hekim ve diğ hekimlerinin uygulamalarındaki tedavi standartlarını ve etik yükümlülüklerini çok iyi değerlendirmesi gerekecektir. Özellikle 12. maddedeki “hasta ile tıp biliminin sınırları haricinde sözlü veya yazılı olarak tıbbi anlaşmalar yapılamaz, güvence verilemez” ifadesi dikkate alındığında gerek uygulamalar gerekse hasta ile ilişkileri düzenleyen mesleki etik kuralların bu konuda hekimlerin en büyük rehberi ve güvencesi olacağı görülmektedir (Hancı ve Alkanat, 2005). Bugünün meslek etiğinin temelinde bulunan aydınlatılmış onam bu ilişkileri düzenleyen kılavuz niteliğindedir ve günümüzün uygulama standartları içinde bulunmaktadır.

### 2.2.3.1. Tıbbi Uygulama Standardı

Diş hekimleri, kendilerinden istenilen sonucu garanti etmek yada meydana gelebilecek zararlara karşı kesin garanti vermek durumunda değildirler. Hastaya karşı olan yükümlülük, uygun dental girişimin uygulanmasını, bakım için gerekli olan bilgi ve tecrübeye sahip olunmasını ve bu bilgi ve tecrübe ile girişimde bulunulmasını kapsamaktadır. Bakım standardı, yanlış uygulama durumlarında diş hekiminin hatasının değerlendirileceği objektif bir kriter niteliğindedir. Kabul edilmiş tıbbi uygulama standardı, özellikle yanlış uygulama nedeniyle açılan davalarda bilirkişi olarak görüş bildirecek hekime yol göstermek açısından büyük önem taşımaktadır. Standart bakım ve uygulama; kabul edilmiş tıbbi uygulama kurallarına uygun olarak yapılan işlemlerdir. Hekimin standart uygulamayı yapmamasıyla oluşan zarar da yanlış uygulama olarak tanımlanmaktadır. Tabii bunun için önce belirlenmiş olan ulusal ve uluslararası standartların olması gerekir ki bu görev de öncelikle uzmanlık derneklerine ulusal tabip birliklerine aittir (Ersoy, 2003). Herhangi bir uzmanlık dalında olduğu gibi, diş hekimi de kendi uzmanlık dalında çalışan diğer diş hekimlerinin sahip olması gereken bilgi ve beceri derecesi esas alınarak değerlendirilir.

Uzmanlar için bu tür bakım standardını değerlendirecek kriterler oluşturulurken, diş hekimliği biliminde teknolojinin gelişmesine paralel olarak elde edilen bilgilerin de diş hekimi tarafından özümsemesi gerekir ki sürekli eğitimlerle sağlanmak istenen budur. Bir aksilik durumunda aksinin kanıtlanması yükümlülüğü hastaya aittir. Bunun için de uzman bilirkişiliğine ihtiyaç duyulur. Uzmanın bu konudaki genel standardın sınırlarını belirtmesi gerekir. Bakım standardının saptanmasında kullanılacak kaynaklar diş hekimliği başvuru kitapları olabilir (Afşin, 2004). Ayrıca bazı yazarlara göre; kanıta dayalı tedavi sisteminin yerleştirilmesi ve bu bazda pratik uygulamada rehber kuralların kullanımı mesleki uygulama standartlarının oluşturulması açısından yardımcı olacaktır ve aynı zamanda hekimler arasındaki uygulama farklılıklarını en aza indirecektir (Sutherland et al. 2001a).

Diş hekimliği mensupları arasında sıklıkla uygun yöntem veya tedavi konusunda görüş ayrılığı bulunmaktadır. Bu görüş ayrılıklarını göz önünde bulundurarak, ABD’de mahkemeler “kabul edilebilir azınlık” kuralını

geliştirmişlerdir. Bu kurala göre dış hekimi genel kabul görmüş birçok girişim biçiminden bir tanesini seçerse, bakım standardından herhangi bir sapma veya herhangi bir ihmal söz konusu olmaz. Dış hekiminin seçiminin, söz konusu olguya özgü koşullarda dış hekimliği bilimi açısından makul olması gerekir.

Bakım standardında ortaya çıkan diğer bir sorun, dış hekimlerinin eğitim ve beceri düzeylerinin farklı olmasından kaynaklanır. Uzman bir dış hekiminin göstermesi gereken bakım standardının bir pratisyeninkinden daha yüksek olması beklenir.

Günümüzde ABD’de geçerli olan ulusal veya eşit bakım standardı kuralı tüm uzman dış hekimlerini benzer koşullar altında aynı özen ve beceriyi göstermekle yükümlü tutmaktadır. Gelişen teknik olanaklar, bilimsel yayınların sayesinde iletişimin artması, toplantılar ve seminerler vasıtasıyla sürekli eğitim göz önüne alındığında, mahkemeler uzman dış hekimlerinin verdikleri hizmetlerde bakım standardının bölgesel farklılıklara tabi olmaması görüşündedirler. Bu nedenle, büyük bir kent ile daha küçük bir yerleşim biriminde çalışan bir uzmanın verdikleri hizmetler kapsamında aynı standartları tutturmaları zorunlu olmaktadır.

Geçmişte geleneksel olarak bakım standardı kuralı yalnızca ortalama bir standardın sağlanmasını ön görürken günümüzde mahkemelerde standart ile ilgili beklentiler çok daha üst düzeyde olmaktadır. Dolayısıyla uzman dış hekiminin verdiği hizmet kalitesinde çok daha yüksek düzeyde standart kriterler uygulanması yolu açılmış bulunmaktadır (Afşin, 2004).

#### **2.2.4. Aydınlatılmış Onam Tanımı ve Öğeleri**

Gerek bireye saygı ilkesi bağlamında değerlendirilsin gerekse ayrı bir ilke-değer olarak kabul edilsin, aydınlatılmış onam tıp etiğinin en önemli konusudur. Aydınlatılmış onamın etik sözlüğü karşılığı; “hastanın neye anlaşma yaptığından haberdar olması”dır. Aydınlatılmış onam tanımına göre; **müdahalenin biçimi, tehlikeleri, yararları, varsa seçenek tedavileri, bu seçenek tedavilerin yararları, ve tehlikeleri hakkında hekim tarafından yapılan yeterli açıklamadan sonra, hastanın kendisi tarafından herhangi bir baskı altında kalmadan, gönüllülükle**

**müdahaleyi kabul etmektir.** Onam terimi çoğunlukla tedavinin kabul edildiğini ima etmesine karşın, eşit olarak tedavinin reddedilmesi anlamında da kullanılmaktadır.

**Aydınlatılmış onamın öğeleri: Bilginin öğeleri;** bilginin açıklanması ve bilginin anlaşılması, **onamın öğeleri;** gönüllülük ve yeterlilik ile toplam dört öğeye sahiptir.

**Bilginin açıklanması:** Özerk birey olan hastanın aydınlatılmış-özerk seçim yapabilmesi için hastalığı ve tedavisiyle ilgili tüm bilgiyi almış olması gerekmektedir. Bilginin açıklanmasındaki sorun, bilginin ne kadarının açıklanması gerektiğidir. Açıklamada hekimin, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal durumunu, kültürünü ve değerlerini gözetererek vereceği bilginin miktarını belirlemesi gerektiği savunulmaktadır. Açıklanmaların da önerilen tedavinin yarar, zarar ve tehlikelerini içermesi gerektiği herkesçe kabul edilmesine karşın, tehlikelerin ne kadarının açıklanması gerektiği tartışma konusudur. Açıklanması gereken bilgi miktarının doktordan doktora, kurumdan kuruma değişiklik göstermesi endişesiyle çeşitli standartlar geliştirilmiştir. Bu standartlardan daha fazla kabul gören ve pratik olduğu savunulan makul kişi standardıdır. **Makul kişi standardı;** ortalama bir hastanın karara aydınlatılmış katılımı için neyi bilmeye ihtiyacı olabileceği düşüncesi üzerine odaklanmaktadır. Makul bir kişinin böyle bir durumda neyi bilmek isteyebileceği düşüncesi, hekimi ön yargılı düşünmeye , dolayısıyla açıklaması gereken bilginin sınırlandırılmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hem etik uzmanları hem de hukukçular standart mesleki bilgi formlarının düzenlenmesi gerektiğini, böylece hekimin bilgi miktarı belirlemekle ilgili yükünün azalacağını bildirmektedir (Ersoy, 2003).

Hekimin açıklama ödevinin istisnaları bulunmaktadır. Açıklamanın sınırlandırıldığı yada yapılamadığı ender durumlar şunlardır; hasta eğer aydınlatılmayı tercih etmiyorsa, hekim hastanın doğru-makul tıbbi hükme varacağından kuşku duyuyorsa, bilgi hastanın önemli psikolojik zarar görmesine neden olarsa hekimin açıklama ödevini yerine getirmekle ilgili yükümlülüğü ortadan kalkabilmektedir. Bu gibi durumlar hastanın bilgilenmeden feragat etmesi ve hekimin tedavi ayrıcalığı hakkı kapsamında değerlendirilmektedir.

Hastanın gönüllülükle açıklama kapsamındaki bilginin tümü yada bir kısmını almaktan vazgeçmesi, bilgilendirmeden **feragat** olarak isimlendirilmektedir. Dış hekimliğinde de ilgisizliğini veya bilgi istemediğini açıkça bildiren hasta grubu

azımsanamayacak miktardadır. “Sen diş hekimisin en iyisini bilirsin” cümlesi bu deklarasyonun bir çok diş hekimine ifade edilen şeklidir. Bu durumda hekim bilgi vermek için ısrar etmeli midir (Benbassat et al. 1998; Doyal and Cannell, 1995; Ersoy, 2003)? Gerçekte diş hekimleri, sanıldığı gibi hastaların pasif olmasından hoşnut değildir. Düşünülenin aksine özellikle son zamanlarda diş hekimleri aktif katılımı olan, soru soran hastalarla daha mutludurlar, tedaviye ve tedavi sonuçlarına karşı hastalarından yeterli ilgiyi bulamadıklarında hayal kırıklığına uğramaktadırlar (Chambers, 2001; Schouten et al. 2003b). **Tedavi ayrıcalığı** ise bilginin açıklanmasının hastaya zarar vereceğine yada acı çekmesine neden olacağına inanıldığında onam süreci boyunca bilginin hekim tarafından tutulmasını, gizlenmesini ve acil durumlarda bilgilendirmemeyi de ifade etmektedir.

**2. Bilginin anlaşılması (kavranması):** Açıklanan bilginin anlaşılır kılınması aydınlatılmış onamın etik ve yasal açıdan geçerli kılınması için esastır. Hekim verdiği bilgiyi geçerli kılmıyorsa, açıklama ödevini yerine getirdiği söylenememektedir. Hekim bilgiyi, hastanın durumunu, eğitim düzeyini hesaba katarak açıklamak yükümlülüğündedir. Bu bağlamda hekimin hastanın anlayabileceği bir terminoloji ile tıbbi-yabancı terimlerden kaçınarak bilgiyi sunması gerekmektedir. Hekimin açıklama boyunca hastasını soru sormaya davet etmesi ve kendi ifadeleriyle bilgiyi tekrarlamasını istemesi de bilginin anlaşıldığından emin olmayı sağlayabilecek bir diğer yöntemdir. Açıklamadan sonra bilginin anlaşıldığını sınamak için bazı sorularla bilgiyi geriye almalı, bilginin kavranıldığından emin olmalıdır.

Bazı hastalar inançları yada değerleri nedeniyle bilgiyi anlamamakta ısrar edebilmektedir. Hekim bilgiyi anlaşılır bir biçimde vermiş ve hasta verilen bilginin önemini anlamamakta ısrar ediyorsa, etik açıdan sonuçtan sorumlu tutulmamaktadır (Ersoy, 2003). Diş hekiminin mesleki sorumluluğunun, anlaşılmasını temine çalışmaktan çok alınan kararlara uygun olarak makul bir insanın anlayabileceği açıklık ve derecede bilginin açıklanmasını sağlamak olduğu yönünde de görüşler vardır (Doyal ve Cannell, 1995).

**3. Gönüllülük:** Hastanın kendisi için uygun bulduğu tedaviyi isteyerek kabul etmesi demektir. Hem etik hem de yasal açıdan onamda gönüllülük şarttır. Zorlama, yönlendirme yada baskı hastanın gönüllülüğünü ortadan kaldıran eylemlerdir,

hastanın özerkliğinin bozulmasına neden olabildiği için etik açıdan kabul edilmemektedir.

**Zorlama;** hekimin hastaya kararının yada seçiminin zararlarını ve gerçek tehlikelerini göstermek uğruna, kendi seçimini kabul ettirmek için kasıtlı bir şekilde zorlamada bulunmasıdır. **Baskı;** hastanın önerilen tedaviyi kabul etmesi için açık yada imalı tehditler kullanılmasıdır. **Yönlendirme;** bilginin eksik ve gerçekdışı sunumunu içermektedir. Yalan söyleme, can alıcı bilgiyi ihmal etme yada kasıtlı olarak bilgiyi tahrif etme, aldatma, aşırı abartma gibi etik açıdan onaylanamayan tutum ve davranışlarla hastanın yönlendirilmesidir. **İkna;** Önerilen tedavinin yararlarına hastanın inandırılması girişimidir. Hastanın seçiminin makul, akılcı olması için hekim kendi bilgi ve deneyimi doğrultusunda önerisinin doğru olduğu konusunda hiçbir yalana, aldatmaya, abartmaya, aşırı baskıya başvurmaksızın, hastanın endişe yada reddetme gerekçesini anlamaya çalışarak ikna etmeye çalışmasıdır (Ersoy, 2002a, Mohamed Tahir et al. 2002).

**4.Yeterlilik:** Hastanın belirli bir zamanda belirli bir tedavi seçeneği hakkında anlamlı bir seçim yapma kapasitesi olarak açıklanan yeterlilik daha çok hukukçuların tercih ettiği bir terimdir. Yasal açıdan yeterli bulunmayan bir hastanın kendi tedavisiyle ilgili kararlar alma kapasitesine sahip olabileceği inancı, etik açıdan kapasite teriminin kullanılmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda hasta onamı kapsamında kapasite kavramı ile hastanın önerilen tedavinin olası sonuçlarını yada reddettiğinde doğabilecek sonuçlarını makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneği kastedilmektedir.

Hirsch ve Gert (1986)'e göre eğer uygun olduğunu düşünüyorsa, dış hekim bir hastanın belli bir aktiviteyi yerine getirip getiremeyeceğine karar vermek için o aktivite içindeki yeterliliğini belirleyecek kesin kriterler tespit etmelidir. Dış hekimliğinde yeterlilik durumu; yetersiz, yarı yeterli, tam yeterli olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir:

**Yetersiz:** Bu grup dış hekimliğinde nadir olmakla beraber, çok genç çocukları (3 yaş altındaki) yada mental yetersiz veya çok yaşlı kimseleri kapsar.

**Yarı yeterli:** Yarı yeterli kimseler basit onam veya ret verebilirler. Bu hastalara onamları sorulur fakat onam prosesi sırasında kendilerine verilen bilgiyi anlama ve değerlendirebilme yetenekleri eksiktir. Bu kategoriye örnek olarak Alzhemirli

hastalar verilebilir. 3,5 yaşındaki biberon çürüklü hastalar da bu gruba girer. Canlarının acıyacağı endişesiyle tedaviye izin vermediğinde bu geçerli bir ret sayılmaz.

**Tam yeterli:** Diş hekimliğindeki birçok hasta genelde onam kararı vermede veya reddetmede yeterlidir. Hekim hastanın verdiği kararlar aynı fikirde olsun olmasın tam olarak yeterli olan bir hasta kendi kararını verebilir (Hirsch and Gert, 1986). Konuyla ilgili olarak hastanın değerlendirilmesinde yeterlilikten farklı olan iki kavram daha dikkate alınmaktadır:

**Gerçekçilik ve gerçek dışılık:** Bazen eşanlamlı kullanılsalar da bunlar yeterlilikle farklı kriterlerdir. Seçim yapmak için yeterli bir hastanın gerçekçi veya gerçek dışı karar verebilmesi mümkündür. Yeterlilik hastanın gerçekçi bir seçim yapabilme yeteneğini ifade eder oysa gerçekçilik yapılan seçimin karakteristiğidir. Bu yüzden bir onam yada reddin karakteristiği hastanın yeterliliğini tespit etmez. Hatta tedaviyi reddi gerçek dışı olan bir hasta tedaviyi ret konusunda yeterli olabilir. Fakat bu kavramlar tümüyle de bağımsız değildir. Eğer hastanın tüm kararları gerçek dışıysa bu hastanın tam olarak yeterli olmadığını kanıttır. Hastanın gereksiz yere sıkıntı çekmesine neden olacak kararları “gerçek dışı” olarak tanımlanır. Örn; Hastanın anestezi ve diş hekimliğindeki teknik gelişmelerden haberdar olduğu halde sırf çocukluğundaki kötü bir tecrübeden dolayı gerekli bir tedaviyi istememesi gerçek dışı bir karardır.

Daha kesin bir terminolojiyle; eğer öngörülen sonuçları kişinin yetersiz bir gerekçeyle sıkıntı çekmesine neden olacaksa, o karar yada davranış gerçek dışı olarak tanımlanır. Kişinin kararı yada davranışının gerekçesi, kişinin (yada bir başkasının) zararını hafifletecek, önleyecek veya bazı yararlar kazanmasını sağlayacaksa, o gerekçe bilinçli bir karardır. Diş hekimliğiyle ilgili zararlar; ölüm (nadiren), ağrı, çeşitli kısıtlamalar, özgürlük ve rahat kaybı olarak listelenmektedir. Estetik diş hekimliği hariç, diş hekimliğinde hastalar tedavi kararlarını bir yarar kazanmaktan çok zararın önlenmesi yada giderilmesi adına alırlar. Böylece eğer bir kişi biraz rahatsızlığa ve sıkıntıya göğüs germekle (örn; tam ağız periodontal tedavi almak) bazı diğer zararları önleyebileceğine inandığında (örn; bütün dişlerini kaybetmek), bu inanç rahatsızlığa ve sıkıntıya göğüs germek için bir gerekçedir ve buna değer. Bir kısım gerçekçi insan biraz sıkıntı çekmekle bir zararın önlenebileceği

yada yarar kazanacağı düşüncesindeyse, o gerekçe yeterli bir gerekçedir. Böylece bir gerekçenin yeterli olup olmaması, gerekçenin kuvvetine ve öte yandan gerçek dışı hareketin ciddiyetine bağlıdır. Bir davranış için yeterli olan bir gerekçe başka bir davranış için yeterli olmayabilir.

Diş hekimliğinde bu durum için oldukça ilginç örnekler verilebilir: Örn; küçük bir çürüğün sıkıntısından kurtulmak için tüm dişlerini çektirmek. Ağrıyı kaldırmak bir gerekçedir fakat bu durum için yeterli bir gerekçe değildir. Fakat yaygın bir periodontal enfeksiyonu önlemek için tam ağız çekim istemek yeterli bir gerekçedir. Yine ağızda bir kısım çürüğü olan birine tedavi sonunda tedavi planı çıkarılır, kişiye fiyatı bildirilir. Kişi fiyatı uygun bulur fakat o an için mali gücü olmadığından tedaviyi bir yıl ötelemek ister ve bir yıl sonra tedavinin daha geniş ve pahalı olacağından da haberdardır. Bu durumda alınan erteleme kararı haklı bir gerekçeye dayanır ama aynı durumda olup tedavi ücreti resmi finansçılar tarafından karşılanan bir hastanın erteleme kararı yeterli bir gerekçeye dayanmaz. Böylelikle esasen aynı koşullarda, bazı hastalar tedaviye onam verecek bazıları ise vermeyecektir ve her iki durum da gerçekçi olabilir. Burada bir gerekçeyi haklı bulurken diğerini yetersiz olarak isimlendirmeye eğilim vardır, fakat diş hekimi kasıtsız da olsa böyle bir şey yaparsa gerekçelendirilmede hataya düşebilir (Hirsch and Gert, 1986). Bu kriterler ölçüsünde;

***Tam yeterli*** birinin kararı gerçek dışı olsa da onamı yada reddine rağmen tedaviye zorlamak etik açıdan haklı çıkartılamaz.

***Yarı yeterli kimselerde*** ise durum değişir. Diş çürüğü tedavisi için diş hekimini ziyaret eden 4- 9 yaş arası çocuklarda ebeveynlerin ve diş hekiminin onayladığı bir tedaviyi reddetmek pek yaygın değildir. Böyle bir durum gerçek dışı bir rettir ve korkuya dayanır. Diş hekimi daha ileri bir zarar yaratacağına inanıyorsa hastanın reddine rağmen etik açıdan haklı bir çıkarımla tedaviyi uygulayabilir.

Daha büyük çocuklar (10-17 yaş arası) operatif bir işlem gibi gerekli bir tedaviyi reddedebilir. Bu çocukların durumunda kesin aile otoritesi çocuğun dahil edildiği ortak karar vermeye kayar. Ailenin onaylayıp çocuğun istemediği bir tedavi kararı olduğunda diş hekimi arada kalır ve bu durum hekime gelmeden ailenin halletmesi gereken bir karardır. Çünkü ahlaki olarak diş hekimi, tedavi edilmeme neticesinde olabilecek ölüm, yada kalıcı sakatlık gibi ihtimallerin pek mümkün



olmadığı durumlarda , hatta böyle ihtimaller olsa bile bu hastayı zorla tedavi edemez. Zorla tedavi etme bu hastaya psikolojik açıdan büyük zarar verebilir. Tedavi edilmeme kararı gerçek dışı görünmekle birlikte büyük bir olasılıkla ilerleyen süreçte ağrı nedeniyle hasta zaten tekrar geri gelecektir.

Ergenlik çağındaki hasta ortodontik tedavi gibi tedavilere onam verebilir fakat hastanın bu tedavinin yapısı, hedefleri ve fiyatını anlaması oldukça güçtür. O yüzden bu basit onam hasta tedavinin ifade ettiklerini anlamaya yeterli olmadığı için geçerli sayılmayacaktır. Bu ailenin onam vermesi gereken bir durumdur. Aksi durumlarda çocuğun kabul ettiği bir tedaviyi gerçekçi olmayan bir gerekçeyle reddeden bir aile varsa bu durumda ikna yoluna gidilir, fakat başarılı olunamazsa diş hekimi tedaviyi reddedebilir. ABD’de bir çok eyalet de küçükler (ülkeye ve eyalete göre 14-18 yaşın altındakiler olarak değişmektedir) diş hekimliği tedavisine onam veremezler, diş hekimi ailelerden onam almalıdır. Fakat bu kurala istisna olarak birçok tespit edilmiş durum vardır. Bazı eyaletler evli olan küçüklere onam izni verir. Hamile olan küçükler ve kendi finansal bakımını ailesinden bağımsız olarak sağlayan küçükler de diş hekimliğinde kendi onamlarını verebilirler. Aynı şekilde çocuğu olan küçükler, kendileri ve çocukları adına onam verme hakkına sahiptirler.

Mental özürlü olan yarı yeterli grupta diş hekimi, anlama ve değerlendirme kapasitesinde olmayan hastanın onamıyla tedavi yapamaz. Hastanın en yakını yada kanunen geçerli vasisini onam için araştırmalıdır. Eğer hasta yakını, geçerli onam verirse diş hekimi tedaviyi uygular. Yakın geçerli bir ret verirse diş hekimi buna da uyar. Fakat nadiren yakının reddi gerçekçi olmayabilir bu durumda yakını ikna edemeyen diş hekiminin dikkatli bir kayıt alması ve gerekli tedaviyi reddettikleri gerekçesiyle gönderilmesi gerekir.

Yarı yeterli erişkin hastanın reddine rağmen ailenin onamıyla tedavi yapılamaz. Reddi anlamaması ve kavrayamamasına bağlı olsa da hastaya rağmen böyle bir tedavi yapmak haklı çıkarılamaz. Hiçbir hasta reddi çok gerçek dışı temele dayanmadıkça, zorla tedavi edilmemelidir. Eğer hasta tamamen yetersiz değilse yarı yeterlilik durumundaki basit onam yada retlere yeterince önem verilmelidir. Tedaviyi ret ancak çok ciddi durumlarda görmezden gelinebilir (çok ciddi enfeksiyon, ölüm gibi). Hasta reddediyor, ailesi de gerçekdışı bir şekilde reddediyorsa hekim mahkemeden vekilin değiştirilmesini talep edebilir.

**Tam yetersizlik durumlarında;** yaşı 3'ün altında olan çocuklarda ki genelde travmatik bir durum sonucunda diş hekimine gelindiği durumlardır. Diş hekimini acil durumlar dışında çok küçük çocukların tedavi kararını vermemelidir. Bir veya her iki ebeveyn beraber tedavi için karar vermelidir. Ebeveynler evli değilse yada boşanmışlarsa diş hekimini yasal vasiyi belirten resmi kağıdı ebeveyninden istemelidir. Eğer sorumlu kişi gerçekdışı bir şekilde reddediyorsa, hekim mahkemeden vekilin değiştirilmesini talep edebilir.

Hastanın yeterli olmaması tespitiyle acil durumlar dışında hekim kendisi tedaviye karar vermemelidir. Fakat onun adına karar veren kişinin hasta yeterli olsaydı nasıl karar verecekti şeklinde düşünerek karar vermesi gerekir. Durumun böyle olmadığını düşünen bir diş hekimini vekilin değiştirilmesini mahkemeden talep edebilir. Vekilin hastayı tanıyan onun değerlerini temsil edebilecek ve onun çıkarına düşünen biri olmasına dikkat etmek gerekir (Hirsch and Gert, 1986; Sfikas, 2003; Bailey, 1985; Dubé-Baril, 2004; Mohamed Tahir et al. 2002).

### 2.2.5. Onamın Çeşitleri

Aydınlatılmış onamın hem etik hem de yasal açıdan geçerli kabul edilen şekli gerçek yada açık onam olmasına karşın hastanın ifade şekline ve bildirdiği duruma göre çeşitlilik gösterebilmektedir.

**Açık onam** yada **gerçek onam** : Tıbbi ilişkide haklar yaratan onam “açık onam” (Express-explicit consent) olmaktadır. Açık onam gönüllü ve aydınlatılmış onam demektir. Bu durumda hasta kendisine verilen bilgileri anlamış ve gönüllülükle onam formunu imzalamış dolayısıyla sağlık çalışanları üzerinde haklar yaratılmıştır. Anlamaya dayanmayan bir onam geçerli onam olarak kabul edilmemektedir. Geçerli bir onamın varlığından söz edebilmek için aşağıdaki sorular cevaplandırılmış olmalıdır.

- Hastaya anlaşılır bir bilgilendirme formu verildi mi?
- Muayene yada tedavinin yapısı açıklandı mı?
- Herhangi bir alternatif tedavinin varlığından söz edildi mi?
- Önemli tehlikelerle ilgili düşüncelerden söz edildi mi?
- Tıbbi yan etkilerin yaşam için getireceği sonuçlardan söz edildi mi?

- Hastaya sebepleriyle birlikte tedavi önerildi mi (Ersoy, 2003)?

Sözlü yada yazılı olarak elde edilebilen gerçek onam, özellikle cerrahi işlemler için, önemli yan etki yada tehlike olduğu durumlarda elde edilmeli ve mutlak hastanın dosyasına konmalıdır. Genellikle her uygulama için hastadan açık onam elde etmek istenmektedir, fakat bazı durumlarda ima edilen onam yeterli kabul edilmektedir (Mohamed Tahir et al. 2002).

Doyal and Cannell (1995)'e göre de tıbbi suçlama davalarına karşı olan çekinceler böylesine yazılı onam formalitelerini doğurmuştur. Yine de bu imzalı formlar klinisyenler tarafından aydınlatılmış onam alındığına veya hasta tarafından verildiğine dair yasal bir kanıt sayılmazlar. Örneğin, eğer hasta tedavinin herhangi bir açısından yanlış bilgilendirildiğini iddia ederse o hastanın verdiği onam imzası kanuni bir kanıt olarak kabul edilmeyecektir. Gerçekte diş hekimliğinde yasal olarak geçerli onamların çoğu sözlü olarak hastadan elde edilmektedir ve şartlara uygun olarak alındığında en az yazılı olan kadar geçerlidir. Çünkü tedavi planları süreç içinde değişebilir ve sürekli yazılı onamı yenilemek anlamsız bir eylem olacaktır. Fakat sözlü onamda da problemler vardır. Örneğin, hasta gerçekten unuttuğu için yada çıkar elde etmek için hekimin kendisine yeterli açıklamayı yapmadığını iddia edebilir. Bu nedenle diş hekimlerine tedavi planlamasının sonunda anlaşmaya varılan genel hatlar ve bunların anlaşıldığı konusunda imza alınması önerilmektedir (King, 2001; Doyal and Cannell, 1995).

Yazılı olarak hastanın onamının alındığını taahhüt eden zorunlu bir form yoktur. Fakat genel anesteziye ve operasyona alınmada hastane protokolü içinde bu tür zorunlu formlar vardır. Ancak diş hekimliğindeki çok farklı durum ve hastaya göre tüm durumların sınırlarını çizebilecek bir onam formu mümkün değildir. Ayrıca Quebec Üst Mahkemesinin belirttiği gibi yazılı onamın illa aydınlatılmış onamı ifade etmesi gerekmemektedir (Dubé-Baril, 2004). Amerikan Diş Hekimleri Birliği hukuk danışma biriminin şefi olan Sfikas (2003)'a göre de hastaya yazılı bir onam formu sunmanın yanı sıra sözlü açıklama yapılmalıdır. Çünkü yazılı formun hasta tarafından imzalanması hastanın aydınlatılmış bir seçim yaptığını ifade etmez.

Gerçek bir geçerli onamın elde edilmesi özellikle diş hekimliği gibi yapısı gereği müdahalelerin; gerekli, tedavi edici, acil ve isteğe bağlı olarak bir çok farklı kategoriye sokulabileceği bir uygulama alanında daha da önem kazanmaktadır.

**Genel/ Örtülü Onam;** Genellikle, hastalar hastaneye kabul edildikleri zaman, kendilerine yapılacak tüm işlemlere karşı bir izin formu imzalatılmaktadır. Bu onamı pek çok hastane yetkilisi ve doktor açık onam olarak kabul etmektedir. Bu her şeyi kapsayan onam (blanket consent) formları yasal açıdan geçerli onam belgesi olarak kabul edilmemektedir. Etik açıdan ise, genel onamın hastanın haklarını devretmede istekli olup olmadığını belirleyemediği için geçerli onam olarak kabul edilememekte, hatta acil merkezlerde genel onamın sıklıkla kullanılması yanlış bulunmaktadır (Ersoy, 2003).

Diş hekimliğinde aydınlatılmış onamın yazılı yada sözlü olması gerektiği konusundaki odaklanma, gerçekte bir çok aydınlatılmış onamın moral içeriğini yansıtmamaktadır. Hangi derecede bilgilendirme yapıldığına bakmaksızın onam hastanın koltuktaki fiziksel varlığı ve tedaviye devam eden kabulüyle ima edilir. Pratik olarak tüm diş hekimliği dokunuşlarının açık onam gerektirdiğini ileri sürmek gerçek dışı olacaktır. Bir çok diş hekimliği tedavisinin özellikle isteğe bağlı olduğu ortaya konmaktadır. Gerçekten de bir çok hastanın tedavisi sırasında bilinçli olması ve eğer isterlerse bunu durdurabilme kapasitesinde olmaları, bireysel otonominin bir ifadesi olarak diş hekimliğinde ima edilen onamın güvenilirliğini desteklemektedir. Yine de açık onama karşı ima edilen onamın uygunluğu arsındaki sınırı çizmek kolay değildir. Özellikle tedavi devam ederken plandaki küçük sapmaların yaşandığı durumlardaki ahlaki bakış açıları oldukça ilginçtir. Bu sapmalar; dişlerin iyi araştırılması, bazı tedavilerdeki beklenmeyen başarısızlıklar yada hastanın uyumsuzluğu sonucu olabilir. Bu durumlarda genel olarak tüm tedavi planının yeniden tartışılmasına gerek yoktur. Fakat başlangıçtaki anlaşmadan dolayı hastanın gelecekteki değişikliklere göre doktorun uygun bulduğu tüm tedavi planlarını onayladığını ima etmesini düşünmek de yanlıştır. En emin hareket şekli; ima edilen onamı başta tartışılmış tedavi planının takip edildiği yaklaşımlarla ilişkilendirmek, farklı bir tedavi planı ön görülürse bunu yeniden tartışarak hastanın sözlü onamının alındığının kaydedilmesidir (Doyal ve Cannell, 1995).

Mohamed Tahir et al.'a göre de diş hekimliğindeki rutinin dışına çıkan spesifik tedaviler için açık onam elde edilmelidir. Rutinin dışında olan ve materyal riski taşıyan herhangi bir tedavi için açık onam elde edilmelidir. Açık onam sözlü yada yazılı olabilir. Ama sözlü onam rutin olan daha çok dolgu, profilaksi gibi

durumlarda kabul edilmelidir. Geçerlidir ve şahitlerle hasta kaydına dökümü yapılarak tespit edilmelidir (Mohamed Tahir et al. 2002).

**Sözsüz hal ile ima edilen Onam (Tacit Consent):** Hastanın yapılan öneriye herhangi bir şekilde karşılık vermediği , tepkisiz kaldığı durumlarda dolaylı olarak ifade edilen onamdan söz edilebilmektedir. Gerçekte makul bir kişinin kendisine uygun gelmeyen bir işleme karşı çıkacağı yerde, sessiz kaldığı için hastanın onam verdiği imasının çıkartılmasıdır (Ersoy,2003; Güven, 2002).

**Kastedilen-ima edilen onam (implied consent):** Zımnî rıza olarak da ifade edilebilen kastedilen onam, sessiz kalmayla ima edilen onamın aksine hastanın hareketlerinden çıkarılan onamdır. Örneğin; hastanın kendini kaybetmeden önce “kurtar beni doktor” gibi ifadelerle yardım rica ettiği durumlar gibi.

Tüm bu durumlarda kastedilen onamın haklar yaratmasıyla ilgili tartışmalar olmasına karşılık acil durumlar için böyle bir tartışma yoktur (Ersoy,2003; Güven, 2002).

Mohamed Tahir et al.’a göre, dış hekimliği ve hasta arasındaki onamların çoğu bu çeşit onamdır. İma edilen onam, açık onam olmasa bile hastanın hareketlerinden haklı çıkarımlar yapılarak alınır. Hastanın rutin dış hekimliği tedavisini talep edip onayladığı durumlardır. Örn; hastanın muayene için ağzını açması ve işlemin bitirilmesine izin vermesi... Fakat yine de bu çeşit onam dış hekimine yasal koruma sağlamaz (Mohamed Tahir et al. 2002).

King (2001)’e göre de İngiltere’de açık onamdan çok ima edilen onam dış hekimliği uygulamalarında yaygın olarak uygulanmaktadır.

**Farz edilen- mefruz onam (presumed consent):** Bu onam da ima edilen onamla yakın ilişkilidir. Hasta ne yapılacağını bilseydi mutlaka onam verirdi anlayışıyla hastaya müdahale edildiğinde varsayılır (Ersoy, 2003).

**Vekil onam:** 18 yaşın altındaki küçüklerin ebeveynlerinden elde edilen onamdan farklı olarak, çoğunlukla yakın akrabasının hasta için geçerli onam verebildiği durumdur. Vekilin yeterli kapasitede olması gerekir.

**Ebeveyn onamı:** Anne, babanın çocuğunun tedavisi için aydınlatılmış seçim yapmasıdır. Ebeveynlerin yeterli kapasitede olması gerekir. Ayrıca çocuğun yararına düşünüyor olmaları gereklidir, hekim böyle olmadığına inandığında mahkemeye başvurabilir. Çocuklarla ilgili kararlar alınırken çocuğun da karar işlemine katılımı

temin edilmeye çalışılır. Vekil onam kapsamında sıklıkla ikilemler yaşanan durum 16 yaş ve altında olan genç yetişkinlerin ebeveynlerinin kararına katılmadığında, kendi hakkında karar verme hakkını kullanmalarına izin verilip verilmemesiyle ilgilidir. Yaşı 16'nın altında olan genç yetişkinlerin geçerli bir onam verebilmesi için öne sürülen en temel ölçüt anlama kapasitesi olmaktadır (Ersoy, 2003).

### **2.2.6. Onam Formları**

Birey olan hasta tarafından tıbbi müdahaleye özerk yetkilendirme sağlayan onam, haklar yaratan tek dayanak olmaktadır. Bu nedenle hasta olan bireyin haklarını kullanmasına olanak sağlandığının ve haklarının korunduğunun belgelenmesi önemlidir. Bu bağlamda her hastane yada sağlık kurumu yasaların ön gördüğü şekilde bir onam formuna sahip bulunmaktadır. Ancak onam formu sadece yasal gereklilik değildir. Hastanın tedavi kararına katılmasını sağlayan bir araç olarak kabul edilmesi nedeniyle bir çok durum için ahlak ve etik açıdan da hastanın yazılı onamı gerekli bulunmaktadır.

Onamın geçerli olabilmesi için uygun onam sürecinin başlatılması ve sürdürülmesi önemlidir. Bu nedenle onam sürecinin iki ana ögesinin yerine getirilmesi gerekmektedir. İlki , sözlü açıklamadır. Bunun koşulları bilgilendirme kısmında açıklanmıştır. İkincisi ise yazılı onam kısmıdır. Bunun geçerli olabilmesi için iki koşulun yerine getirilmesi gerekir. İlki hastanın aydınlatılmış karar verebilmesini temin edecek tüm bilginin forma yazılması ve ikincisi de anlaşılabilirliğinin temin edilmesidir. Formdaki bilgiler meslek dışından birinin anlayabileceği şekilde yazılmalıdır. Form gerekli açıklamaları içermeli ve özel açıklamaların yapılması için boşluklar içermelidir. Ayrıca aydınlatılmış onam formları anamnez formları yada ticari kontratlar gibi düşünülmemeli, aydınlatılmış onamın tanımı içindeki öğeleri hayata geçirici nitelikte olmalıdır (Ersoy,2003; Güven, 2002). Diş hekimleri tarafından anamnez formları , hasta kayıtları yada bilgi sunan resmi bazı formlar, yanlış şekilde aydınlatılmış onam formu olarak değerlendirilmektedir. King'in yaptığı bir çalışmada İngiltere'de genel diş hekimliği servisi içinde kullanılan hastaların imzaladıkları formların diş hekimlerinin 2/3

tarafından aydınlatılmış onam formu olarak değerlendirildiğini belirtmişlerdir (King, 2001). Ayrıca ulusal sağlık sisteminin gerekçelerinden biri olmasına rağmen çoğunlukla hastalara yazılı bir tedavi planı her zaman verilmemektedir. Ülkemizde de İstanbul diş hekimleri odasının hekimlere örnek olarak sunduğu form bir aydınlatılmış onam formu olmaktan çok tedavi fiyatını da kapsamına alan bir anamnez formu niteliğindedir (TDB, 2005).

Walker v. Roy davasındaki karar aydınlatılmış onam formlarının taşıması gereken özelliklerde olmadığı için onam alınmış olmasına rağmen diş hekimi aleyhine alınan kararı işaret etmektedir. En önemlisi de hastaya okuma *zamanı* verilmelidir. Yazılı formların hastaya verilmesi, onlara okumak ve kavramak için fazladan zaman verilmesini temin edecektir. Bununla birlikte Dubé-Baril'in belirttiği gibi onam hekim ile hasta arasında bir diyalogu ifade eder. Yoksa bir form üstüne hastanın imzasının alınması hekimin hastayı yeterince bilgilendirmesi ödeviyle yer değiştirmez veya Verheggen (1996)'in belirttiği gibi tamamlanmış onam formu tecrübeli bir klinikçinin hasta ile ilişki kurmaya gayret gösterdiğini ifade eder, fakat bunun varlığının etik yada yasal sorumlulukların yerine getirildiğini garantilemesi gerekmez (Ersoy,2003; Doyal and Cannell, 1995; Dubé-Baril,2004; Mohamed Tahir et al.2002; Verheggen et al. 1996). Diğer önemli nokta ise form üzerindeki imza yerinde sadece hastanın değil hekimin de imzasının alınması için yer olmasıdır. Çünkü aydınlatılmış onam süreci iki tarafın beraber alınmış kararlarıdır. Sorumluluğun karşılıklı paylaşıldığını göstermesi açısından bu önemlidir (Ersoy, 2003). Aydınlatılmış onam şartlarının yerine getirilmesini temine çalışan diş hekimliğinin kullanımına sunulmak üzere hazırlanmış yazılı onam formlarında da bu hususa dikkat edilmiştir (Bailey, 1985; Dubé-Baril, 2004; Mohamed Tahir et al. 2002).

Bazen onam formu yerine, hastanın dosyasına elle yazılan gözlem notlarına güvenilmekte ve bu notların hasta ile konuşma yapıldığının bir kanıtı olduğu ileri sürülmektedir. Ancak bu gözlem notlarının etik ve yasal geçerliliği bulunmasına karşın ortaklaşa imzalanmış bir form kadar geçerli olmadığı unutulmamalıdır. Bir kısım diş hekimi, hastanın diş hekimini her ziyaretinde işlem için onamını belirtmesi gerekmediği fikrindedir, ancak diş hekimlerine kompleks diş hekimliği tedavileri konusunda üç temel bileşenden oluşan onam prosedürünü işlemlerine dahil

etmelerini önerirler. Bu bileşenler; hastayla sözlü tartışma, yazılı onam formlarının kullanımı ve hasta kayıtlarında dökümdür (Bailey, 1985).

Bir kısım diş hekimine göre de açık onam sözlü olabileceği gibi, çok daha kapsamlı tedaviler ve genel anestezi, yardımcı anestezi ve sedasyon gibi uygulamaların yapılacağı spesifik durumlarda elde edilmesi gereken onam mutlaka yazılı açık onamdır. Onamın herhangi bir durumda hekimi kesin olarak savunması gerekmez de onamın alındığına dair bir kanıt olabilir. Fakat yazılı onamın alınması da aydınlatılmış onam alındığı anlamına gelmez (Mohamed Tahir et al. 2002).

Ülkelere ve ülkelerdeki bazı eyaletlere göre değişiklik olsa da bugün aydınlatılmış onam alınmasındaki genel eğilim yazılı olarak ve tanık yanında alınması yönündedir. ABD’de bulunan eyalete göre yazılı onam almak zorunlu olmasa bile bu hala önerilen bir durumdur (Sfikas, 2003). Bununla birlikte; kağıt üzerinde aydınlatılmış onam formalitesini yerine getirmek onamın elde edildiğine dair daha kolay bir kanıt sağlar. Bu nedenle aydınlatılmış onam formları mahkemede kanıt teşkil eder fakat hastaya yeterli bilgi sağlama sorumluluğunun yerine getirildiğini kanıtlamaz (Dubé-Baril, 2004).

### **2.3. Diş Hekimliğinin Temel Değerleri**

Her mesleğin pratiği, müşterilerinin iyiliği için uzmanlığın uygulanması yoluyla bu müşterilerin iyiliğinin bir açısını yerine getirmektedir. Bir mesleğin uygulama sunduğu kişilerin tüm iyiliklerini yerine getirmesi söz konusu olamaz. Daima her mesleğin uzmanlığının spesifik noktalarını belirleyen bir takım sınırlı değerler serisine ihtiyaç vardır ve böylece o meslek için müşterilerine sağlamak zorunda oldukları temel görev ve zorunlulukları tespit edilir. Bu değerler meslek pratikleri için temel değerler olarak adlandırılır (Ozar and Sokol, 2002).

Bridman (1999)’a göre “diş hekimliği kendi moral değerleri olan özerk bir meslektir, fakat genel sağlık için geçerli olan etik ve yasal kapsamda değerlendirilmesi gerektiği bilinmelidir”.

Standart olarak diş hekimliği mesleğinin içeriği ve meslek odaları tarafından hazırlanmış etik kodlar, diş hekimlerinin mesleki değerlerini ifade etmektedir. Uygulama standartlarını gösterir. Ancak bunlar diş hekimliği organizasyonları içinde



tek taraflı ifade edilen kararlardır, oysa meslekte hizmet verenler ve alanlar arasında sürekli gelişmekte olan bir diyalog vardır. Gelişime paralel olarak farklı değerlerin güncel uygulamada kullanılıyor olabilmesi söz konusudur. Bu ilişkinin daha ayrıntılı irdelenmesi faydalıdır (Ozar and Sokol, 2002; Nash, 1984a; Nash, 1984b).

Bir diş hekimi hastasının bakımı için karar alırken kendiliğinden bir çok değerle yüklü çok sayıda kararlar vermektedir. Bunlar bilinçli olarak tartışılıp alınan bir karardan çok iyi oturmuş bir profesyonel alışkanlığın meyveleridir. Fakat değer içerikleri kesin yada imalı olsun diş hekimleri değerlerin önemli olduğu çok sayıda karar olmadan uygulamalarını yapamazlar (Ozar and Sokol, 2002).

Her meslekte olduğu gibi, diş hekimliği pratiğine uyan belli temel değerler vardır ve her diş hekimi buna uymayı ve bir profesyonel olarak uygulamalarında bu değerleri her şeyin üstünde tutacak şekilde çalışmayı kabul eder. Freukel and Lurie (2002) de diş hekimliğinin tıptan farklı bazı etik değerleri olduğunu belirtmişlerdir. Ozar diş hekimliği mesleği için kabul edilmiş altı değer sıralamıştır;

**1. Hastanın hayatı ve genel sağlığı:** Diş hekimlerinin kararlarında kesinlikle önemli rol oynayan bir karardır. Bu değer tartışılmamasının yanında muayene edilen her hasta ve önerilen her tedavi bu temel değer bazında dikkate alınmalıdır. Diş hekiminin bunu dikkate almadan önereceği her türlü karar profesyonel olmayan bir karar olacaktır. Bundan öte, hastanın ağız sağlığı ile genel vücut sağlığı arasında bağlantı kurmaya yeterince önem veremeyen diş hekimi de aynı şekilde ciddi bir mesleki hatayla suçludur.

**2. Hastanın ağız sağlığı:** Diş hekimlerinin hastaları için yerine getirmeye çalıştığı en bilinen değerdir. Oldukça basit bir fikir gibi görülebilmekle birlikte, ağız sağlığı oldukça kompleks bir bilinçtir. Elbette uygun oral fonksiyon için genel standartlar vardır, fakat her bir hasta için doğru fonksiyonun kendine has özellikleri birçok değişkene bağlıdır; hastanın yaşı, dişlenme gelişiminin şekli, diğer sağlık koşulları, fonksiyonel ihtiyaçları, bunun altında yatan anatomisi, vb... Oral sağlık aynı zamanda ağrısız bir fonksiyondur. Fakat ağrı ve rahatsızlık da göreceli bir terminolojidir ve diş hekiminin ele alınan hastada uyması gereken standartlar en azından bir kısmıyla bu sayılan değişkenlere bağlıdır.

**3. Hastanın özerkliği:** Kısaca birinin kendi değerleri, hedefleri, amaçları ve uygulama prensiplerine göre karar vermesi hareket etmesi olarak tanımlanabilir.

Profesyonel-yasal aydınlatılmış onam kavramının dayandığı temeldir ve hekim-hasta ilişkisinde interaktif modelin ideal model olarak ele alınmasının nedenidir. Bu değerler dış hekimliği değerlerini sıralamadaki önceliği oldukça kompleks bir durumdur.

**4. Dış hekiminin tercih ettiği uygulama şekilleri:** Teknik olarak yeterli şekilde çalışan bir dış hekiminin çok sayıda uygulama seçeneği vardır. Kullandığı el aletlerinden seçtiği makinelere, tercih ettiği çalışma felsefesine kadar çok sayıda doğru seçeneği olabilir. Bu geniş seçenek yelpazesine, dış hekimliğindeki çok geniş ve hızlı teknik ilerlemeler neden olmaktadır. Bir dış hekimi tüm bu seçenekler arasında karar verirken hastalar için en iyi olanı düşünmenin yanı sıra kendi zamanı, emeği ve parasını da düşünerek en rahat ve güvenilir olanı değerlendirecektir.

Yeterli dış hekimleri uygulamalarındaki rutini bilinç dışı bir alışkanlık haline getirerek çalışırlar. Bu; genç dış hekimlerinin deneyimle ulaşmaya çalıştıkları aşamadır. Bu durum başarı açısından dış hekimi için olduğu kadar hasta adına da önemlidir. Örneğin; bazı dış hekimleri diş çekmemek için ne gerekirse yapmayı tercih ederken, diğer bir dış hekimi daha geniş bir perspektifle çalışmayı tercih edebilir. Tüm bu hekimler yine de kabul edilebilir tedavi sınırları içinde çalışabilir ve hastanın genel sağlığı veya oral sağlığına bir zarar verme söz konusu değildir. Koşullar böyle olduğunda hastanın özerkliği bu temel değerden üstün tutulur. Hasta genel ve oral sağlığına zarar veremeyecek eşit tedavilerden istediği birini seçebilir.

**5. Estetik değerler:** Hastanın oral yada genel yüz görünüşüne dikkat etmeyen yada hastanın bu konudaki tercihlerine önem vermeyen dış hekimi, kesinlikle profesyonel bir hata yapmış olacaktır. Dış hekimliği içinde bu konuda kabul edilmiş ve eğitim sırasında öğretilen standartlar mevcuttur. Dış hekiminin bu standartlara yeterince önem vermesi profesyonelliği gereğidir. Dış hekiminin yanı sıra bir de hastanın konuyla ilgili değerleri vardır. Dış hekiminin yapması gereken bunlara saygı gösterip hastaya doğru olan uygulama için rehberlik yapmaktır. Bunlar ağız yada genel sağlıktan çok görünümle ilgili olan kararlardır.

**6. Kaynakların yeterliği:** Bu genel bir değerdir ve iki önemli açısı vardır. İlki, kaynakların dış hekimliğinde de diğer mesleklerdeki kadar önemli olduğudur. İnsanın spesifik bazı ihtiyaçlarına cevap vermek üzere dış hekimleri tarafından sağlanan ve kullanılan ekspertiz, belli bir çabayla geliştirilmiştir. Bu kaynak da

sonsuz değildir ve bunu her zaman hazır bulundurmak için belli bir emek sarf etmek gerekir. Bu durumda bu kaynağı özel bir durumu iyileştirmek için kullanmayan veya dūřüncesizce harcayan diř hekim, hastasının yararına olsa bile profesyonel olarak yanlış yapmış olacaktır. İkincisi, diř hekimleri uygulama kararlarında bu kaynakların en etkin kullanımı yoluyla karar verirler. Ozar'a göre "bir diř hekiminin diğer temel değerlerin hakkı verildiğinde harcanan zaman, emek ve kullanılan materyal ile gideri kontrole çalışmasında profesyonel olarak hiçbir yanlış yoktur. Böyle bir durumda diř hekimini kritik eden biri hata yapacaktır".

Ozar (2002)'a göre diş hekimliğinin temel değerlerini önemine göre bu sırayla değerlendirmek çok uygun gözükmektedir. Canadian Dental Association (CDA) 1990 Etik Kodlar yenilemesinde bu temel değerleri aynı sırayla dikkate almıştır. Bunların uygulamasına iki koşul getirmiştir. Belli koşullarda aşağıda sıralanan bir değer, bir stndekiyle yer değiştirebilir. Fakat bu durumlara örnek verilmemiştir. İkincisi ise diğer diş etkenler mevcut olabilir fakat çok nadiren öncelikli değerlere, özellikle de yüksek değerlere, ağır basacak bir etik değere sahiptirler (Ozar and Sokol, 2002).

#### **2.4. Sağlık Uygulamalarında Profesyonellik Kavramı ve İş Etiği İlişkisi**

Ozar tıp, diş hekimliği, hukuk gibi mesleklere ait olmanın bir takım zorunluluklar, haklar ve ayrıcalıklar gerektirdiği konusunda genel bir yargının olduğunu belirtmekte ve tıp mesleklerinin ortaya çıkan dört zellini vurgulamaktadır. Buna göre; hekimlik çok üstün çalışma ve pratik becerisi gerektiren ayrıcalıklı bir ekspertizdir, hekimden beklenen bu ekspertiz bundan faydalanmak isteyenler için yüksek fayda sağlar, bu ayrıcalıklı ekspertiz sonucunda hekim hastaların bakımı konusunda hem bireysel hem de sosyal olarak yüksek karar verme gücüne sahiptir (mesleki otonomi), bireysel olarak; hekimler topluluğuna, tümüyle sağlık hizmeti talep edenlere ve topluma karşı özel mesleki zorunlulukları vardır (Ozar and Sokol, 1994).

Toplum doktorlara, avukatlara, din adamlarına veya öğretmenlere temel insani ihtiyaçları için gereksinim duyar. Onların bilgi ve becerisini değerlendirmek istediğinde bu profesyonellere güvenmeye zorlanır. Bu güven onların sadakatine

dayanmaktadır ve güveni ihlal eden profesyoneller olduğunda ahlaksal tartışmalara girilir (Ersoy, 2002c). Son yıllarda ise meslek etiğinin merkezinde yer alan güven ve profesyonellik ciddi olarak tartışılmaktadır (Beauchamp, 2004, Wiebe, 2000).

Beauchamp (2004)'a göre "profesyonellik de toplumsal gelişmeyle birlikte anlamlı şekilde değişmiştir. Artık profesyonelliğin değişim ihtiyacı ve tıp pratiğinin yeni sosyal, ekonomik yapısı içinde yeniden değerlendirilmesi gerekliliğini ifade etmektedir. Bugün artık bilimdeki ilerlemeler şüphe gerektirmeyecek şekilde insan yaşamını ve kalitesini iyileştirmiştir. Fakat modernlik bir çok soruna çözüm getirirken, tıp pratiği içinde hiç beklenmeyen sorunlar da yaratmıştır". Eskiden varolan profesyonellik kavramıyla bugünkü arasında fark vardır. Buna göre;

***Geleneksel Profesyonellik Kavramında*** hasta ve meslek arasındaki denge, güvene karşı sadakat değerleriyle tespit edilmektedir. Uzun tıp eğitimi sırasında kazanılan ilgi, beceri büyük bir yeterlilikle, hatta bazen hekimin kendi çıkarları pahasına, hizmet verdiği kişilerin yararına kullanılmaktadır. Geleneksel olarak doktorlar belirsizlik ilişkisi içinde kendini adama, güvenilirlik, esneklik, yaratıcılık içeren işlerine karşı özel bir tutum içindedirler. Toplum doktorların kendi özdenetimleri içinde yer almalarını öngörür, bu alış veriş içinde toplum tarafından doktorlara bir takım ayrıcalıklar sağlanmıştır. Profesyonel özerklik ve karar vermede özgürlük; toplumun doktorlara kendilerine güvenilen kimseler olarak verdikleri en önemli ayrıcalıktır. Profesyonellik, doktorun bir iyileştirici olarak tüm potansiyelini kullanabilmesini sağlamak adına bu çeşit bir özgürlüğe dayandırılmıştır. Bu ayrıcalık diğer meslekler tarafından paylaşılamaz. Beauchamp'a göre, profesyonellik, eğitim sırasında kazanılan profesyonel değerlerle meslek pratiğinde uyum sürdürme zorunluluğunun hatırlatıcısıdır. Bir kez genel bir kanıyla doktor hastaların güven duydukları kişi oldu mu; doğal olarak profesyonel, hasta ile bir ahlaki kontrat yapmış olur.

Doktor kendisi için hiçbir ödül olmadan hastalarına fedakarca hizmet etmeyi taahhüt eder. Buna karşılık toplum, doktorların hastalar için karar vermesindeki büyük özerkliklerine uyar. Bu özerklik devletten, aileden ve hatta emsallerinden bağımsızdır. Toplum doktorlara güvenir. Toplumun güveni yoksa bir meslek varolamaz. Bu nedenle, bilgi ve ahlaki otoritelerine dayanarak toplum ve meslek arasında gerçek bir sosyal kontrat yapılır. Tıp mesleğinin diğer herhangi bir mesleğe

karşı büyük avantajının nedeni ise hizmetinin temel ideali olan insan esenliğinin herhangi birinin çıkarından önce gelmesine derinden bağlılığıdır.

**Çağdaş Profesyonellik Kavramı;** sorumluluk ve hesap verme yükümlülüğü arasındaki dengeyi ifade eder. 1970'lerin başından bu yana bir çok gelişmiş ülkede klinikçiler dereceli olarak tamamen devlet tarafından desteklenen daha karmaşık bir sağlık sistemi içine alınmışlardır. Çünkü sosyal yaşamdaki evrim yüzünden, meslek kavramı, rolü ve mesleğin bakış açısı da değişmiştir. Sağlık sisteminde, sistemi destekleyen toplumla olduğu kadar hasta insan ve tıbbi profesyonel arasında karmaşık bir etkileşim vardır (Beauchamp, 2004). Bu bağlamda hekimliğin ne olduğu da yeniden değerlendirmeye alınmıştır. Ozar'a göre sağlık sektörü için meslek tanımı yapmak ve zorunlulukların ne olduğu tespit etmek; ticari, normatif ve yaşam stili olmak üzere 3 ayrı tıp modelini dikkate alan üç ayrı soruya cevap vermekle mümkündür. Buna göre; tıp bir iş midir ve hekim hayatını kazanmak ve kar sağlamak amacıyla mı pratiğini uygular, tıp birinin başkalarına sağlık bakımı vermek üzere davet edildiği bir hizmet midir, tıp birinin özel bir ekspertiz ve profesyonel zorunlulukları yerine getirdiği fakat aslında bir sanatkar yada tamirci olmaktan farklı olmayan bir şey midir? (Ozar and Sokol, 1994).

Uzun zaman için toplum, doktor–hasta ilişkisinin özel olması kavramına saygı duymuştur. Ama günümüzde, toplum sağlık sistemi içinde çalışan tüm profesyonellerin hesap verme yükümlülüklerini sorgulamaktadır. Sağlık sisteminin fırlayan pahaları ve değişen sosyal değerler ve yapı yüzünden, tıbbi personelden daha büyük bir hesap verme yükümlülüğü beklenmektedir (Beauchamp, 2004).

Fakat hastaya karşı varolan geleneksel sorumluluğumuza hesap verme yükümlülüğümüzü ilave etmek günümüz profesyonelliğinin tanımı değildir.

Beauchamp'a göre; profesyonellik tanımlaması yaparken tıbbın majörleri olan bir meslek olduğu hatırlanmalıdır. Tıpta, ağır çalışma pratisyen için esas bir değer olarak şereflendirilir. Bugünse bir çok insan için tıp; talepkar ve karmaşık bir görev olarak, kişisel hayatın büyük oranda kontrol altına alınmasıyla yerine getirilebilen bir meslek olarak dikkate alınmaktadır. Oysa bugün, cerrahlar bile tümüyle meslek tarafından sarıp sarmalanmayı reddetmektedirler. Artık **yaşam stili** çok önemlidir. Bir çok pratisyen tıp pratiği uygularken iyi kalitede bir yaşam istediklerini açıkça ifade etmektedir. Geleneksel tıp birçoklarına göre bir söylem

olarak kabul edilmekle beraber, post-modern zamanın gerçeği, *uyarlanmış bir fedakarlık yorumu* aramaktadır ve kişisel özveri olarak değerlendirilen eski profesyonellik kavramının yeniden gözden geçirilmesini gerektirmektedir.

Post-modern sağlık sistemi içinde klinikçilerin profesyonel sorumlulukları ve özel yaşamları arasında daha iyi bir denge kurmaları gerekmektedir. Bir çoğu kendi profesyonel yaşamlarını geliştirmek ve aileleri için daha çok zaman istemektedirler. Kişi olarak kendi kimliklerini korumayı ve kendi bakımları için daha çok zaman ayırmayı tercih etmektedirler. Tıp mesleği için bu yeni bir tutumdur. Geleneksel olarak birçok profesyonel kendi sağlığı ve kişisel ihtiyaçlarına daha az dikkat etmektedir. Bugün ise tıp mesleği içinde sağlıklı olmanın önemi kavranmış durumdadır. Aynı şekilde hekimler tarafından iyi bir fiziksel durum, bir miktar finansal emniyet ve gelecek için belli bir korunma istenmektedir. Bunlar yeni kuşağın gerçekleridir (Beauchamp, 2004; Ozar and Sokol, 1994).

Yeni kuşak doktorlara göre profesyonellik, bugünün post-modern içeriğinde değerlendirilmelidir. Bu yeni çalışma yolu, meslek için farklı standartları koyar ve bunlar profesyonelliğin eski kavramıyla karışmaktadır. Sorumluluk ve hesap verme yükümlülüğü önemli kalmakla birlikte, yenilenen post-modern kavramda pratisyenler için yaşam kalitesi de ciddi olarak toplum ve hekimlik arasındaki dengede dikkate alınır. Örneğin; Kanada’da bu problem hekimlerin çalışma saatlerinin azaltılması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesiyle çözülmüştür.

Beauchamp (2004)’a göre iletişim teknolojileri ve bilgi çağındaki gelişmelerden etkilendiğimiz evrimsel bir periyot ve tıp pratiğini kaçınılmaz olarak etkileyen büyüleyici yeni bilgilerde patlama olan bir çağ yaşanmaktadır. 1950’lerde yaşanmış olan büyük bilimsel gelişme döneminin bir tekrarı 20. yy.ın ortalarında yeniden yaşanmıştır. Fakat mesleğin bazı geleneksel değerlerini korumaya çok dikkat ederek teknolojinin her şey olduğu siber profesyoneller olmamaya dikkat etmek gerekmektedir.

Diş hekimliği profesyonellik kavramı içinde değerlendirildiğinde tıptan daha farklı ve belli açılardan daha kapsamlı bir durum göstermektedir. Littleton (1979)’a göre tıp ve diş hekimliği; eğitimleri, çalışma gücü, hizmet şekli, hastalık içerikleri, hastaların tıbbi ve diş hekimliği tedavi ihtiyaçlarını algılama şekli ve finans sağlayan kurumların finansmanında farklılıkların bulunduğu iki ayrı meslektir. Özellikle

teknolojinin diş hekimliğine olan güçlü ve hızlı entegrasyonu hastalara sunulan seçeneklerdeki artış ve teknoloji bağımlılığı, estetik taleplerin artışı muayenehane hekimlerinin karar verme sürecini her geçen gün daha fazla tıbbi karardan çok iş kararları olma yönünde değiştirmektedir (Wiebe, 2000). Teknoloji entegrasyonu özellikle estetik amaçlı, aynı zamanda yüksek ücretli tedavileri diş hekimliğine sokmuştur. Üstelik bazen sonucun tam olarak kestirilemediği veya hastanın beklentilerinin karşılamadığı durumlarda da bu yüksek maliyetli girişimler uygulanabilmektedir. Ayrıca diş hekimliğindeki hizmetlerin büyük çoğunluğunun isteğe bağlı olması ve çoğu zaman yaşamsal öneme sahip olmaması, diş hekimi-hasta ilişkisi içindeki karar verme sürecini tıp hekimi-hasta ilişkisinde olandan farklı yönlere kaydırmakta ve mesleğin iş yönünü, tıpta olduğundan daha çok ön plana çıkarmaktadır (Demirel, 2003; Williams, 2001).

Bu yönde değişmekte olan sağlık hizmeti sistemi içinde diş hekimliği mesleğinin sunumu ve uygulaması tıp dahil olmak üzere diğer mesleklerden oldukça farklı bir içeriğe sahiptir. Diş hekimliği mesleğinin, çok açık şekilde büyük yüzdesini oldukça “kırılgan bir pazar” ve “stresli bir çalışma” şekline sahip olan ticari işletme kısmı oluşturmaktadır. Bu durumda mesleği yönlendiren kurallar ve diş hekimlerinin aldıkları kararlar yalnızca tıbbi veya salt ticari kararlar olmayacaktır. İyi bir diş hekimliği sürdürebilmek için birbirine zıt etik prensipleri olan bu iki kutbun çok iyi bir şekilde harmanlanması gerekmektedir. Bu bağlamda profesyonel kodların iş etiğini de içerecek şekilde genişletilmesinin yararlı olacağı görüşleri öne sürülmektedir (Wiebe, 2000; Peltier, 2001; TDB, 2004 ).

Diş hekimlerinin çok büyük kısmı mesleklerini büyük bir özerklik içinde kendi özel muayenehanelerinde uygulamaktadır. Çalışma ortamlarını, çalışma felsefelerini ve politikalarını, çalışma saatlerini, beraber çalışacakları kimseleri, kullanacakları ekipmanları, hastalarını ve hatta uygulayacakları tedavi şekillerini kendileri belirleyen profesyonellerdir. Mesleki rutinleri içindeki karar verme sürecinde çok fazla teknik detay ve mali hesaplamalarla ilgilenirler. Profesyonel açısından her bir tedavi şeklinin; hem tıbbi hem de ekonomik kar-zarar dengesinin hesaplanması gerekmektedir ki bu hesaplamalar içinde tıp etiğine uyması beklenen taraf diş hekimidir. Diş hekimleriye bilgi, becerilerini sürdürmek adına eğitim, teknik destek, malzeme, ulaştırma, muayenehane işletmesi vb. hizmetlerini almak

için ilişkide olduğu tıbbi formasyonu olmayan iş adamlarıyla bir iş ilişkisi içindedir ve bir iş adamı olarak piyasa kurallarına uymak zorundadır (Peltier, 2001; Cannavina et al. 1995; Van Der Sanden, 2003; TDB, 2004).

Duruma diğer taraftan bakıldığında ise dış hekimliğinde hastalar alternatifleri yeterince değerlendirebilecek kapasitede değildir, hekimine güvenmek zorundadır. Dış hekim hastasına temel bilgileri ve konu hakkındaki kendi samimi fikirlerini söyleyerek hastasının doğru karar almasına yardımcı olur. Dış hekim kararlarında kendinin değil hastanın çıkarını dikkate almalıdır ve hasta da bunun böyle olduğuna güvenmelidir. Hasta durumu değerlendirmek için güçsüz pozisyonda olduğunu bilir (özellikle ağrı veya acil kriz durumlarında), bu yüzden dış hekiminin iyi niyetine karşı sadakatini koyar. Dış hekim de buna karşılık hastanın çıkarını ilk plana alır, bilgisini ve deneyimini hastaya karşı kullanmaz. Toplumun izniyle oluşturulan bir kavram olan mesleki otonomi; dış hekimleri insanları düşündüğü sürece toplum tarafından sürdürülür ve zenginleştirilir. Toplum izin verdiği bu otonomiye çeşitli organlarla yönlendirir. Dış hekimleri etik zorunluluklarını terk ettiklerinde, otonomileri de düzenlemeler, lisans iptalleri gibi uygulamalar yoluyla sınırlanır. Mesleki otonomi zorunluluğu ifade eder ve ayrıcalık ile ödev arasında aktif bir ilişki vardır (Peltier, 2001; cannavina et al. 1995).

Muayenehane ortamındaki bu büyük otonomi; dış hekimlerinin çalışma ortamlarında oldukça özgür olmalarını sağlarken, aynı zamanda onlara büyük bir sorumluluk da yüklemektedir. Bu durum; sıradan hekim- hasta ilişkisindeki güven faktörünü ve emniyet ihtiyacını dış hekimliğinde bir kat daha öne çıkarmaktadır. Oysa genel olarak sağlık mesleklerine olan toplum güveni sarsılmıştır ve şimdilerde bu mesleki otonomi, sosyal yapı ve değerlerdeki değişiklikler, profesyonellik kavramının değişmesi, bilişim teknolojilerindeki ilerleme sayesinde herkesin bilgiye kolayca ulaşılabilmesiyle hastaların hekime karşı tam teslimiyet dönemlerini geride bırakarak kendi tedavileri hakkında karar vermeye aktif katılım tercihleri ve meslek içinden bazı kimselerin yanlış hareketleri yüzünden sorgulanmaktadır. Artan yargıya intikaller, yeni Avrupa İnsan Hakları Anlaşmaları dikkatlerin sağlıkçılara yönelmesine ve sağlık sektöründe çalışanlardan beklentilerin artmasına neden olmuştur. Bir çok ülke kanunlarında hekimlerin özerkliğini sorgulayarak daha çok



hasta özerkliğini güvence altına alan kanunlar çıkarmıştır (Beauchamp, 2004; Cannavina et al, 1995; Görkey, 2002; Schouten et al. 2003b).

Eskiden diş hekimliğindeki yayınlar daha çok teknik gelişmeler, reklamlar yada hukuki konularla ilgiliyken bugün artık diş hekimliği artan sayıda geniş kapsamlı etik konuları açıklamaya çalışmaktadır. Bunun büyük nedeni mesleki otonomideki azalma ve iş kültürünün yoğun şekilde diş hekimliğine girmesidir (Rule and Veatch, 1993). Cannavina at al. (2000) mesleki otonominin gelecekteki seviyelerinin diş hekimlerinin profesyonel davranışlarıyla belirleneceğini ön görmektedirler.

Bir kısım araştırmacı ise diş hekimlerinin mesleki otonomilerinden daha fazla kayıp vermemeleri için profesyonellik anlayışlarını yeniden gözden geçirmeleri, mesleki “yüksek değerlerini” yeniden tespit etmeleri gerektiği ve EBT (Evidence-Based Treatment:/ Kanıta dayalı tedavi) yöntemlerini uygulamalarına sokmalarının yararlı olacağı görüşünü savunmaktadırlar (Namal, 2003; Beauchamp, 2004; Cannavina et al. 1995; King, 2001; Schouten et al. 2003b; Chapple et al. 2003; Morreim, 2002).

Beauchamp (2004)’a göre; çağımızın post-modernlik anlayışı, hemen hemen modernliğin tüm büyük fikirlerine karşı şüpheciliktir. Bugün ilerleme, modadan yada bireylerin kişisel tercihlerinden daha az önemlidir. Standartlar daha kaypaktır ve estetik daha ön plandadır. Aynı zamanda neo-liberalizmde canlanma vardır ve modernizmdeki halk kültüründen post-modernlikteki iş kültürüne geçiş vardır. Geleneksel hekim-hasta ilişkisi güçlü-güçsüz ilişkisine temellendiğinde, meslek değerlendirmesi aciz olanın durumundan faydalanarak çıkar elde etmek gibi düşünüldüğünde içinde etik problemleri barındıran bir hal alacaktır (Wiebe, 2000; Krantz et al. 1980). Oysa bugün özellikle sosyokültürel yapı, bilgi ve iletişim alanındaki büyük değişiklikler tıp hizmetlerinin sunumu ve algılamasında her iki taraf adına yeni değerlendirmelere neden olmuştur. Eskiden farklı olarak sağlık hizmetlerini sunanlar günümüzün profesyonellik anlayışı doğrultusunda mesleki uygulamalarına yaşam kalitesi ve finansal emniyet taleplerini yerleştirmişler, bu hizmeti alanlar ise yeni donanımlarıyla bu hizmeti ve sunum şeklini irdeler, karşılaştırır, neden-sonuç ilişkisi talep eder olmuşlardır. Böylelikle fedakar hekim tipinden profesyonelliğin gereklerini yerine getiren bir hekim anlayışına değişim

olduğu gibi, hasta açısından da hekimin sadakatine güvenip hatalarını da kabullenen bir anlayıştan hekimi profesyonel olarak değerlendirip hesap verme yükümlülüğünü getiren bir yöne kayma vardır (Beauchamp, 2004). Diş hekimliği uygulamaları içine CPG'lerin (Clinichal Practise Guidelines/ Klinik Uygulama Rehber Kuralları) yerleştirilmesine karşı tavır alan hekimlerin gerekçelerinden biri; bu uygulamaların hayata geçirilmesinin otonomilerini azaltarak hesap verme yükümlülüklerini ve zeminini genişleteceği inancıdır (Sutherland et al. 2001a).

Toplumdaki sosyal ve yasal değişime paralel olarak bu kuralların yerleştirilmesi diş hekimliği mesleğinin de uygulama sınırlarının tespiti anlamına gelmektedir. Sınırları netleştirilen , hesap verme yükümlülükleri artırılan bir düzende hekimler de güvenilirliklerini artırmak, kendilerini emniyete almak ve sigorta sistemleriyle ilişkiler içinde maliyetlerini azaltmak amaçlarıyla aynı veya farklı alanlardan gruplaşmalarla, organize olarak çalışma yollarına gitmişlerdir. Bu organizasyonları hayatta tutmak ekonomik kazanç ve bunun gereği olan iş idaresiyle mümkün olmaktadır. Bu durumda yeni yapı tıp mesleklerini de kendiliğinden pazar sistemi içine dahil etmiş olmaktadır. Pazar sistemi promosyon, product/ürün, placement/dağıtım, price/fiyatı kapsayan 4P kuralının uygulaması anlamına gelmektedir ki bu doğrudan tıp hizmetlerine uygulandığında; product yönünden medikal ürünün yapısıyla ilgili, price yönünden adalet ve eşitlik problemleri, placement yönünden aracılık ve hizmete ulaşım problemleri, promosyon yönünden ise kandırma, bilgi eksikliği ve çıkar çatışması yönünden etik sorunlarla karşılaşmaktadır (Cannavina et al. 1995; Beauchamp, 2004). Latham (2004), 5. P olarak profesyonellik kavramının yerleştirilmesiyle iş etiği içindeki 4P kuralının tıp hizmetlerinin pazarlamasına uygulanabileceği görüşünü ileri sürmektedir. Kanıt dayalı tedaviler etik olarak uygun tıp pazar planı içindeki ilk basamaktır. Böylelikle gerçekten etkili medikal tedaviler geliştirmek ve bunları hastaya satmak ön görülmektedir. Bu girişimlerle tüketicilik anlayışı ve dolayısıyla iş etiğinin tıp hizmeti içine dahil edilmesi söz konusu olmaktadır (Latham, 2004).

Aydınlatılmış onam ise böyle bir tıp hizmetinin sağlanabilmesinin iskeletini çizen ve teminat altına alan yaklaşım şeklidir (Cannavina et al. 1995). İş etiği uzmanı David Holley (1987); satışın alıcı ve satıcı için yararlı olması, her iki tarafın da iyi bilgilendirilmiş olarak, zorlanmadan, mantıklı şekilde tartışarak karara bağlanmış

olması gerektiğini öne sürmektedir. Bu üç karar koşulunu bozacak herhangi bir promosyon etik dışı sayılmaktadır. Görüldüğü gibi bu kurallar aydınlatılmış onamın da esaslarıdır (Latham, 2004). Bu durumda aydınlatılmış onam; hastanın özerkliğine saygı duyulmasını sağlarken aynı zamanda iş etiğindeki piyasa gerçeklerinin tıp hizmeti içine yerleştirilmesi yoluyla hekimlerin profesyonel haklarının da korunarak saygınlıklarının geri kazandırılması olarak düşünülebilir.

Diş hekimliği ticari açıdan değerlendirildiğinde; her bir muayenehanenin ayrı hizmet politikası, her bir diş hekiminin farklı uygulamaları sıradan hekim-hasta ilişkisindeki güven faktörünü ve emniyet ihtiyacını bir kat daha öne çıkarmaktadır (Peltier, 2001; Cannavina et al. 1995; Van Der Sanden, 2003; TDB, 2004).

Doyal and Cannell (1995)'e göre; hastalar eğer tam olarak bilgilendirilmişse ve tedavi kararları konusunda kontrolleri varsa doktorlarına daha çok güvenme eğilimindedirler. Çağımızda hekimler ve diş hekimleriyle hastaların ilişkileri, etik kuralların yanında çağın bu gereklerinin yerine getirilmesini sağlamayı hedefleyen kanunlarla belli akitlere bağlanarak yeni anlayışın sorunsuz bir ortamda işleyişi sağlanmaya çalışılmaktadır. Çağımızda hekimlerin hastalara verdikleri hizmetlerin karşılığını almalarında etik açıdan problem olmadığı gibi yapılan düzenlemeler, sınırları belli bir ilişki içine mali profilin de özellikle yerleştirilerek önceden netleştirilmesi ve tarafların bu çerçeve içinde hareket etmesini ön görmektedir. Her iki tarafın da bu ilişki içinde tedavi öncesi ve sonrası yerine getirmesi gereken kurallar vardır. Hekim mesleki bilgisinin tüm gereklerini yerine getirdiğini, hasta ise karşılığı olan ücreti verdiğini kanıtlamakla yükümlüdür ve bu ilişki vekalet anlaşmasıyla tespit edilmiştir. Böylelikle hekimler iş hayatı içinde kendi mesleki değerlerini dikkate alarak hizmet sunan, profesyoneller olarak değerlendirilme eğilimindedirler (Namal, 2003; Ersoy, 2003; Ozar and Sokol, 2002; Afşin, 2004; Özdemir ve ark. 2001; Afşin ve ark. 2003).

#### **2.4.1. Kanıta Dayalı Tedavi, Klinik Uygulama Rehber Kuralları ve Aydınlatılmış Onam**

Beauchamp (2004)'a göre; savaş sonrası sağlık sistemleri de sosyal değerlerdeki gelişmeyi takip etmiştir. Birçok batı ülkesinde post modernlik devlet

destekli sağlık sisteminin geliştirilmesine eşlik etmiştir. Böylelikle daha önce hiç olmadığı gibi tüm sağlık sistemi devlet iradesi tarafından kontrol edilir olmuştur.

1993'te Amerikan patoloji Akademisi (American Academy of Pathology), Amerikan Diş hekimliği Birliği'ne (ADA- American Dental Association) hastalık şartlarının sınıflandırılması için SNOMED bilgisayar kod sistemini değiştirmek ve kullanmak adına fiilen sınırsız haklar vermiştir. Program SNODENT (diş hekimliği için standardize edilmiş terminoloji ) adı altında diş hekimliğine uyarlanmıştır. Bu, duruma göre hangi tedavinin verileceğinin sınıflandırması hariç tutulmakla beraber, iyi tespit edilmiş prosedür kodlarına uygun davranılmasıdır. Teşhis ve tedavi kodlarının eşleştirilmesi ve sonuçlarıyla birlikte alternatif tedavilerle ilişkilendirilmesi sağlık hizmetinin hayata geçirilmesinde isimsel değişiklikten öteye bir potansiyele sahiptir. Bazılarında, araştırmacıların çeşitli durumlarda etkin ve etkisiz işlemler konusunda farklılaşabileceği ve nc basamak deyiciler olan sigorta şirketlerinin etkisiz gördükleri tedavileri ödemekten kaçınacakları konusunda korkular vardır. SNODENT'in 1999'da uygulamaya konuğu duyuurulmuş fakat hemen ardından ileri bir çalışma için karardan geri dönülmüştür (Chambers, 2001).

Chambers ( 2001)'a göre; tıp modelinden sonra şekillenen kanıta dayalı diş hekimliği (EBD- Evidence- based Dentistry), pratisyenlere gerçekçi, bilimsel temellere dayanan işlemleri yerleştirme yolu olarak duyuurulmuştur. Hekimin yaptığı işin büyük kısmının teşhis koymak olduğu, çok büyük miktarda hastalık içeriği olan ve hekimlik pratiğinin hastanelerde veya büyük hekimlik gruplaşmalarıyla uygulandığı tıp içinde bunun vaat ettikleri memnuniyet vericiyken, durum diş hekimliğinde bu kadar hoş karşılanmamıştır.

CPG, literatürün sistematik olarak taranmasıyla oluşturulur. CPG'ler kanıta dayalı uygulama prensipleri kullanılarak sağlam, kesin bir metodoloji ve kapsamlı, konsltatif, transparant işlemler önerecektir. Böylelikle terapatik olan ve olmayan tedavi yaklaşımlarının kanıta dayalı olarak sınıflandırılabilmesi ve diş hekimliğinin sunumu, yönetimi, kontrolü ve değerlendirmesi politikalarının oluşturulmasıyla, diş hekimleri ve halk arasındaki iletişimin kolaylaştırılması planlanmaktadır. Bu durum da terapatik ve nonterapatik işlemlerin tanımı gerekmektedir (cannavina et al.1995; Sutherland et al. 2001a; İsmail and Bader, 2004).

Cannavina et al. 2000'a göre İngiltere'de tedavi farklılıkları; diş hekimlerinin mesleki otonomisinin, mesleki kontrol organları, üçüncü basamak finansçılar ve hata yapıldığında faturayı ödeyen ulusal sağlık sistemi teminatçıları tarafından tetkik altına alınmasına neden olmuştur. Tedavi yada işlem yanlış gittiğinde veya tedavi sınırları aşıldığında gittikçe daha çok yasal işlemlere baş vurma yanlısı olan halkın da dikkatli bakışları bu konu üzerine çekilmiştir. Tedavi farklılıkları, tıbbi bakımın fiyatlarındaki artış, iç pazar oluşumu, tüketicilik ve bunun sonucu suçlama davaları ve tazminat ödemelerindeki artış, elektronik iletişimdeki ilerlemeyle beraber bilginin hareketiyle sağlanan bilgi devrimi ile alakalıdır. Bu noktalar yüzünden EBT tedaviler AB (Avrupa Birliği) ve ulusal çıkarları açısından makro ve mikro ölçekte risk yönetimi stratejisi olarak dikkate alınmaktadır

Ülkemizde de EBD'yi destekleyen görüşler bulunmaktadır (Oktay, 2004). Gerçekte EBD modelini diş hekimliği uygulamalarının düsturu haline getirmek ve klinik pratiğinde rehber kuralları (CPG/ Clinical Practice Guidelines) diş hekimliği uygulamalarının belkemiği yapmaya yönelik çalışmaları savunanlar; CPG oluşturulmasının, EBD'ye dayalı profesyonel sorumlulukların gösterilmesiyle diş hekimliği mesleğinin imajının iyileştirilebileceğini ileri sürmekte ve CPG'lerin hem diş hekimliği mesleği hem de hastalar açısından faydalı olabileceğini düşünmektedirler (Sutherland et al. 2004). Bu kuralların, pratik içindeki diş hekimleri için var olan bilginin kalitesini artıracığı, böylelikle hastanın tedavi kalitesini yükselteceği ve diş hekimleri arasında bu kuralların yerleştirilmesine karşı olan tepkinin, bir yanlış anlamadan dolayı olduğunu düşünmektedirler. Araştırmacıya göre bu kurallar, varolan karar verme sürecini değiştirmek için değil iyileştirmek üzere diş hekimlerine rehber kurallar olarak getirilmek istenmektedir. Diş hekimi- hasta ilişkisi ve karar verme sürecinin kompleksliği nedeniyle rehber kuralların, içerikleri değişken ve sıkça tahmin edilemez olan reçetelerden çok klinisyenin rotadan çok uzaklaşmasını engelleyecek olan yol haritaları gibi olacağı ifade edilmektedir. Bu kuralların uygulanmasıyla daha tutarlı, etkili, etkin bir tıp uygulaması sağlamak ve tıbbi sonuçları iyileştirmek hedeflenmektedir (Sutherland et al. 2001a). Fakat Sutherland (2001a)'ın çalışmasında; Kanada'lı diş hekimlerinin büyük çoğunluğu bu kuralların, en iyi niyetle etkisiz akademik girişimler olduğu, hatta daha kötüsü profesyonel karar verme ve otonomilerine bir tecavüz olduğu, hatta

disiplin davalarında veya suçlama davalarında bireysel olarak dış hekimlerine karşı kullanılabilme potansiyellerinin bulunduğu görüşünü bildirmişlerdir. Bir kısmı da bu kurallara dayanarak, üçüncü basamak finansçı olan sigorta şirketlerinin hastaların bireysel ihtiyaçlarını dikkate almadan, dış hekimliği ödeneklerini geri çekebilecekleri veya reddedebilecekleri düşüncesiyle ekonomik haksızlıkların ortaya çıkacağını ileri sürmektedirler (Sutherland et al. 2001a).Başka bir çalışmada Hollanda’lı dış hekimlerinin de yarıdan fazlasının CPG’in sadece karar verme işlemine rehber olarak varılması, zorunlu olmamasını istedikleri belirtilmiştir. Ülkemizde olduğu gibi büyük çoğunluğun özel muayenehanelerinde çalışmakta olduğu Hollanda’lı dış hekimleri, bu kuralların dış hekimliği otonomisi için bir deli ceketini olacağını düşünmektedirler. Bu dış hekimlerinin yalnızca %35’i amaçlandığı gibi CPG’in dış hekimlerinin tedavileri arasındaki geniş farklılıkları azaltacağını ve klinik karar verme işleminde hekimler arası güvenilirliği artırabileceğini düşünmektedir (Van Der Sanden, 2003). Konuyla ilgili yasal ve finans açısından şüpheleri vardır. Özellikle bu kuralların dış hekimi- hasta ilişkisine dışarıdan bir kontrol getireceğini düşünmektedirler. Mesleki otonomilerinin sınırlanacağı, her bir hastanın kendine has ihtiyaçları olduğu dikkate alınmadan sigortaların bu kuralları ödemeleri engellemek için kullanacağı, klinik ekspertiz ve hasta değerlerinin dikkate alınmadığı bir “yemek kitabı dış hekimliği” yaratacağı ve hatalı uygulama davalarında dış hekimlerine karşı kullanılacağı inancı içindedirler.

Eve et al. (1996), EBD rehber önerilerinin ve klinik pratiğini değiştirmek yönündeki müdahalelerin klinik karar vermenin gerçek dünyasına aktif şekilde yerleşebildikleri sürece başarılı olabileceklerini belirtmektedir. Araştırmacıya göre; bu alan konuyla ilgili yazı yazarların bildiklerinden daha komplekstir ve araştırma bulguları kadar ekonomik, uygulamaya yönelik, profesyonel ve kişisel güdüleri de içermektedir (The AGREE Collaboration, 2003; Sutherland et al. 2001a, 2001b; Van Der Sanden, 2003; Eve et al. 1996). Beauchamp (2004)’a göre profesyoneller uygulamalarında sadece büyük bir sözsüz anlaşma bilinciyle değil, fakat aynı zamanda belirsizlikle de uğraşmaktadır. Çünkü profesyoneller değerler ve karar vermek arasında denge kurmak zorundadırlar.

Tıbbi tedavilerin belirsizlik sanatı olması yüzden uygulanan tedaviler her zaman kanıta dayalı, başarı yüzdesi çok yüksek yaklaşımlar olmayabilir. Bu açıdan

tedavisine başlanacak bir hastada aydınlatılmış onamın şartlarını yerine getirmek EBT'ye uygun olduğu gibi doğru bir tedavi hizmetinin ilk temel standardı olacaktır. Diş hekimliği ancak halkın güvenini kazandığı ölçüde otonomisini sürdürebilir. Çağımızda diş hekimliği hizmeti almaya giden bir hasta tedavi olmanın yanı sıra teknoloji satın almaya gider ve bunun bir bedeli olacağı her iki taraf için de bilinmektedir. Hatta bazı durumlarda tedavi söz konusu değil (estetik amaçlı uygulamalar gibi örneklerde) yalnızca teknolojinin hizmetinden yararlanma söz konusudur. Bu yüksek pahaladaki gelişmiş teknoloji hayati olmayan, isteğe bağlı işlemler için de kullanılmakta ve başarısızlık durumu her iki taraf içinde zarar anlamına gelmektedir. Bazı durumlarda teşhis ve tedavide belirsizlikler vardır. Bu açılardan diş hekimliğindeki başarısız tedaviler, tıptakinden daha büyük tepkiler alabilir ve artık Swiss (2005)'e göre, "Bana güvenin, ben bir diş hekimiyim" demek yeterli değildir. Eskiden olduğu gibi mesleki olarak hastaların güveni garanti olarak görülemez. Günümüz dünyasında aydınlatılmış onamın şartlarını yerine getirmek diş hekimliği gibi içinde çok farklı dinamikleri olan bir meslekte dengeleri korumak konusunda, hekimlere en çok yardımcı olabilecek araçtır (Beauchamp, 2004).

## **2.5. Diş Hekimi- Hasta İlişkisi**

İnsani davranışları konu edinen etik; insan ilişkilerinin etik ilişki olabilmesi için bazı koşullar ileri sürmektedir. Etik ilişki içinde kişi kendisiyle yada bir başkasıyla kurduğu ilişkide; kişiler birbirine saygı duyar, karşılıklı hak ve özerkliklerini korur. Konusu insan olan tıp içinde kurulan ilişki de etik ilişkidir. Bu nedenle tarafların ilişkinin beklentilerini yerine getirmekle ilgili sorumlulukları bulunmaktadır (Ersoy, 2002).

Diş hekimliği etiğinde çalışmalar yapan Mohamed Tahir at al (1995)'a göre onam süreci zaman almakla birlikte tedaviye ait tüm detayların tartışılması, hastanın spesifik ihtiyaçlarına karşı bilgilendirilmesi ve anlamasının sağlanmasıyla, diş hekimi için iyi bir hekim- hasta ilişkisi yaratılması adına fırsat sağlar. Aynı zamanda hastanın görüş ve katılımlarının da dikkate alınmasını temin eder. Bu durumda tam olarak bilgilendirilmiş ve kendi tedavisinin kararları üzerine kontrol sahibi olduğunu

hissettiğinde hastanın güveni ve hekime inancı sağlanmış olur (Doyal and Cannell, 1995).

Ozar (2002)'a göre her mesleğin hizmet verdikleriyle profesyonel arasında olması gereken ideal bir ilişki şekli vardır ve bu o mesleğin üyeleri için etik kuralların en önemli standartlarından biridir. Bu durumda dış hekimliğinde taraflar arasındaki paylaşımda merkez olan karar verme işleminde dış hekimi ve hasta için en ideal rol nedir? Hekim- hasta arasındaki ilişkilerin tesadüfi özelliklere bağlı olarak sürdürülmesi söz konusu olamayacağına göre bir düzen ve objektiflik içinde sürdürülmesi gerekmektedir. Fakat malzemesi insan olan tıp ve dış hekimliği gibi alanlarda bu konuda oldukça esnek ve kişiye özel inisiyatiflerinde kullanımına olanak sağlayan modeller oluşturulması gerekmektedir. Çeşitli araştırmacılar bu konu üzerinde ideale yakın modeller geliştirmek için çalışmalar yapmışlardır. Dış hekimliği etiği konusunda en önemli isimlerden olan D. Ozar ve J. Sokol'un dış hekimi-hasta arasındaki ilişki üzerine ortaya koyduğu 4 ayrı model en ön planda olan ilişki modelleridir ve değişik açılardan tartışılmaktadır;

**1. Lonca Modeli:** Bu modelin esası, hekimin ekspertize (konu hakkında bilir kişiliğe) sahip olmasına, hastanın da bu bilgiden yoksun olmasına dayanır. Dış hekimi hastanın durumunu anlama (diagnoz) ve açıklama, farklı koşullarda farklı seyir ön görebilme (prognoz), sonuç üzerinde hastanın yararını maksimuma çıkarmak için tedavi veya değişik bakım formları ile müdahale etme (tedavi) yeteneğine sahiptir.

Karar vermenin tüm önemli aşamalarında hastanın rolü sabırdır yani alıcı pozisyonundadır. Hasta durumu hakkında karar vermeye önemli bir katılım yapabilme yetersizliğinden dolayı bir şey yapılan durumundadır, çünkü teorik olarak anlama ve anladığını uygulama pratiği eksiktir. Bilgi, becerinin kaynağı meslek, yani bilgiyi koruyan ve ilerleten hekimler topluluğudur. Bilgi, becerisinden dolayı uygun dış hekimliği bakımının teknik standartları meslek tarafından belirlenir. Williams (2001)'a göre bu modelde ahlaki olarak iki sorun vardır. Bu modelin ifade ettiği hekimin mesleğe karşı öncelikli ödevi olduğudur. Hastaların ihtiyaçlarıyla biraraya geldiğinde hekimin bu öncelikli ödevi yani mesleği, karışıklık yaratmaktadır. İkinci olarak bu modelde hasta özerk olarak görülmez, çünkü sadece doktor hastanın ihtiyaçları konusunda karar verebilecek bilgiye sahiptir. Hastanın otonomisine saygı



duyma ve onun en yüksek çıkarı doğrultusunda hareket etmek mesleki ödeve göre ikinci ve üçüncü sırada yer alır. Bu nedenle lonca modelinin hasta açısından çizmiş olduğu tablo, uzman doktorun müdahalelerine karşı pasif alıcı konumuyla güncel ilişkideki diş hekimi- hasta ilişkisine pek uymamaktadır (Ozar and Sokol, 2002).

**2. Aracı modeli:** Eğer karar verme eylemi tamamıyla hastaya bırakılırsa bu durumda aracı modeli söz konusu olur. Bu modelde doktor sadece hasta için bir aracı vazifesi görür. Bu model hasta için otonom bir rol sunarken, doktor için pek arzu edilir bir rol sunmaz. Hasta tarafından tek gereksinim duyulan doktorun bilgisidir. Bu modelde bir interaktif ilişki isteği yoktur, doktor sadece hastanın isteklerine cevap vermelidir. Bu modelde doktorun rolü garsona benzetilebilir. Hasta emirlerini söyler ve doktor da emirleri uygular. Aracı modeli dünya sağlığı için faydalı bir senaryoya hizmet edecek gibi durmamaktadır. Williams (2001)'a göre, hastanın esenliği bu modelin rehberi değildir. Ayrıca bu modelde ki hata; her mesleğin hizmet verdikleri için çalışırken uymayı, geliştirmeyi taahhüt ettiği kesin merkezi değerleri olduğunu bertaraf etmesidir. Sayılan nedenlerden dolayı bu model de ideal diş hekimi-hasta ilişkisini yansıtmamaktadır (Ozar and Sokol, 2002).

**3. Ticari model:** Lonca ve aracı modelinin zayıflığı birçok insanı onun yerine ticari modele dönmeye teşvik etmiştir. Tüketici hareketi ve sağlık sistemindeki serbest girişimciler tüm diş hekimleri dahil olmak üzere sağlık hizmeti verenleri ilişkilerinde ticari modele göre harekete yöneltmişlerdir.

Bu modelde lonca modelinin tersine kendi sağlığı konusunda karar verici durumda olan hastadır, doktor da aracı modeldeki gibi sadece aracı değil, kendi değerlerini ön plana alarak karar veren durumundadır. Bu açılardan bu model her iki taraf için tercih edilebilir gibi durmaktadır. Fakat diğer açılardan problemler vardır.

Doktor sadece yararın üreticisi durumuna indirgenmiştir. Ticari etik, doktoru herhangi bir yüksek moral standarda mecbur kılmaz. Sadece hasta ve doktorun kendi arasında gönüllü olarak kabul ettikleri kurallar geçerlidir. Bu modelde mesleki profesyonellik kavramı kaybedilir. Doktor mesleğe karşı bir sorumlulukla veya hastanın en yüksek çıkarı doğrultusunda hareket etme zorunluluğuyla bağlanmaz. Tüm diş hekimleri ve hastalar rakip durumundadırlar. Bir taraf diğer taraftan almak istediği şeyin mümkün olan maksimumunu almayı amaç edinmiştir ( para, tatmin, emek, diğer esenlik ihtiyaçları). Hastanın ihtiyacını hekimin kazanç yolu olarak

düşünmek yanlış değildir. Bu model hasta ihtiyaçlarına, sorumluluğuna yada tümüyle kişi sağaltılmasına odaklanmaz. Ozar ve Sokol (2002)'a göre etik açıdan haklı çıkarılmamakla birlikte bir çok diş hekimini ve hasta tarafından destek bulmaktadır. Fakat bu modelde hasta ihtiyacı ve teknik bilgisizliği nedeniyle hekimle eşit pazarlık konumunda değildir. Tüm bahsedilen nedenlerle bu modelde ideal bir ilişki modeli gibi durmamaktadır (Williams, 2001).

**4. İnteraktif model:** Bu modelin çıkarımı; hastanın karar veren olması, fakat aynı zamanda bakıma muhtaç hasta bir insan olmasıdır. Bu modelde eşitliğin üç önemli yönü vardır. Birincisi, doktor ve hasta karar verme konusunda aynı hakka sahiptir ve ikisi de saygıyı hak eder. İkincisi, her biri bir değerler topluluğuyla yaşamaya çalışır. Üçüncüsü, hastanın sağlığı konusundaki kararlar iletişim ve karşılıklı katılımı alınır. İnteraktif modelde hasta kişi sağlığının yerine konması amacıyla ekspertize sahip olan kişi olarak hekimini kabul eder. Bu şekilde otonomiye saygı gösterilir. Doktor ise hastanın vücuduna saygı göstererek kaybedilen kontrol ve sağlığın vücuduna geri dönmesine yardım eder. İnteraktif model birlikte çalışmayı ön plana çıkarır. Bu birlikte çalışma doktorun hastanın otonomisini teşvik etmeye çalışmasını gerektirir. Lonca modelinden farklı olarak hastanın otonomisini ön plana çıkarır, ticari modelden farklı olarak hastayı karar verme konusunda tam kapasiteli alıcı olarak görmez. Ozar ve Sokol (2002)'a göre diş hekimini-hasta arasındaki ideal ilişki modeline en çok uygunluk sağlayan modeldir.

**5. Aktif katılım modeli:** Williams (2001)'a göre Ozar ve Sokol (2002)'un modelleri teorik kurgulardır ve hiçbir diş hekimini veya hasta bu modelden herhangi birine tam olarak uymaz. Hekim- hasta ilişkisinin vakadan vakaya farklılık göstereceğini bilen diş hekimleri için kendilerini bu modellerden birinin sınırları içine yerleştirmek önemlidir. Bir çok değişken hekim–hasta ilişkisi spektrumunu etkiler. Yaş, kültür, cinsiyet, eğitim gibi değişkenler sıkça tedavi kararlarının nasıl sunulacağını ve nasıl alınacağını etkiler. Williams, bu modeller üzerine diş hekimliği için örnek olabilecek “Aktif katılım modeli”ni ilave etmiştir. Klinik diş hekimliği yapan birinin bakış açısıyla bir modelin şu özellikleri taşıması gerektiğini düşünmektedir; “ diş hekimini hastayı muhtemel karar merkezi olarak görmelidir, fakat tüm hastaların karar vermede yer almak istemeyeceğini de bilmelidir. Daha çok ifade edilen değişkenlerden dolayı hekim-hasta ilişkisinde doğal olarak bir güç eşitliği olmadığını

kavranmalıdır. Hastanın sağlığı hakkındaki kararlarda iletişim ve karşılıklı kooperasyonun teşvik edilmesi önemlidir, fakat her iki taraf da bunun için çaba sarf etmedikçe bu gerçekleşemez.” Hastanın çabası istek, takip becerisi, kavrama ve işlemlerle uyumunu gerektirir. Doktor ve hasta arasındaki gerçek kolaborasyon her iki taraftan aktif katılımı gerektirir. Karşılıklı etkileşim yetersizdir. Doktorun, hastanın ifade ettiği istekten çıkarımlar yapması gerekir. Bu model klinik pratiğinde tehditler ve taahhütler getirir. Ama bu, meslek açısından uyulması gereken bir idealdir. Yapılmış alışmalar sıklıkla diş hekimlerinin hastalarının onamlarını, ancak seçenekler zgr ve ilgili bir şekilde dikkate alındıktan sonra elde edebileceklerini ifade etmektedir. Bu tip iletişim, diş hekimliğindeki yeni talepler ve aydınlatılmış onamın standardı olarak vardır. Aktif katılım modelinde aydınlatılmış onam standardı zorunludur” (Cannavina et al. 1995; Ozar and Sokol, 2002; Williams, 2001).

## **2.6. Diş Hekimliğinde İletilişim**

Genel diş hekimliği konsültasyonu birçok tıbbi konsültasyondan daha çok tedavi işlemi gerektirir. Oral kavitenin muayenesi bazen sözlü iletişimi engelleyebilir. Diş hekimine devam eden hastaların tıp hekimine giden hastadan daha çok anksiyateye sahip olması çok muhtemeldir (Newton and Brenneman, 1999). Hastalar açısından ağız bölgesinin gerek fiziksel gerek psikolojik olarak özel bir bölge olması (Pease, 1999), ağızda yapılan invaziv çalışmaların diğer tıp dallarındaki cerrahi operasyonların çoğundan farklı olarak bilinliyken ve çoğunlukla kendilerinin de işleme katılımıyla yapılması, diş ağrılarının katlanılmaz olması, teşhis koymanın çoğunlukla bir süreç gerektirmesi ve tedavilerin çoğunlukla uzun sürmesi, diş hekimliğinin teknolojiyle birinci dereceden ilişkili olması yüzünden çok fazla ekipman kullanılan muayene ortamından dolayı anksiyetenin en çok yaşandığı ortamlardandır. Anksiyete, yaşamı tehdit eden yada tehdit şeklinde algılanan içten veya dıştan kaynaklanan bir tehlike veya tehlike olarak algılanıp yorumlanan bir durum karşısında; korku endişe, gerginlik gibi subjektif olarak hissedilen bir durumdur ve şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği her durumda ortaya çıkar. Anksiyete, kişiliğin genel strese karşı mücadelesinin bir ifadesidir. Ruhi

strese karşı kişilik, anksiyete ile cevap verir (Özdemir ve ar. 2003; Kessler and Whalen, ). Diş ile ilgili endişesi olan hastalarda; İletişim kurmak, işbirliği yapmak daha zordur, tedavi daha uzun sürer ve bu kişiler diş hekimleri için stres kaynağıdır, diş tedavileri esnasında yüksek anksiyeteli hastalar; randevularına gelmezler yada geç gelirler diş hekiminin planlı ve düzenli çalışmasını önlerler, dental anksiyete ile hastaların yapılan tedaviden memnuniyeti arasında ters ilişki olduğu belirtilmektedir (Özdemir ve ar. 2003).

Özdemir ve ark. (2003) diş hekimliğindeki anksiyete üzerinde sosyo-demografik etkenler, daha önceki kişisel tecrübeler ve yöresel faktörlerin etkili olduğu görüşündedir. Krantz et al. (1980) da hastaların özel tedavi yaklaşımlarının kültürel demografik faktörler, eğitim, hastalık ve sağlık personeliyle ilgili geçmiş tecrübelerle alakalı olduğunu belirtmiştir. Dworkin (2001)'e göre diş hekimleri pratiklerinde hem psikolojik/psikososyal faktörler hem de biyolojik/dental kliniksel faktörleri idare etmektedirler. Bu yüzden tıpta olduğu gibi diş hekimlerinin de biyo-davranışsal klinisyen (biobehavioral klinisyen) olarak kabul edilmesi önerisi vardır. Diş hekimleri muayenehanelerine gelen hastanın anksiyetesiyle başa çıkmak durumundadırlar. Aksi halde psikolojik durumu göz ardı edilen, yok sayılan hasta diş hekimine tedavi için geri dönmeyecektir. Diş hekimleri pratik uygulamalarında hastanın anksiyetesini ilaçlardan, davranış modifikasyonlarına kadar uzanan farklı yöntemlerle bertaraf etmektedirler. Dworkin (2001)'e göre diş hekimlerinin bu genişletilmiş rolleri için ekstra psikoloji ekspertizine ihtiyaçları yoktur. Bir çok diş hekimi zaten hastalarının birçoğuyla dikkate değer ve uzun soluklu ilişkiler kurarak bio-davranışsal (biobeheavioral) diş hekimliği klinisyenleri olarak hizmet vermektedirler.

Sağlık hizmetinin dağıtım, planlama ve finansmanında hasta, sigorta şirketleri ve devletin söz sahibi olması nedeniyle; tedavi kararı almada hekim- hasta arasındaki ilişkinin daha önemli rol oynadığı ve her iki tarafında klinik dışı bir çok faktörden etkilendiği gösterilmiştir (Krantz et al. 1980; Redford and Gift, 1997). Diş hekimlerinin sezgisi ve kararı yalnızca arzu edilen sağlık sonucunu seçmek ve bunu elde etmek anlamında kullanılmaz, fakat aynı zamanda idealden uzaklaşmak ve/veya tedavi planı açıklamasında hastadan hastaya modifikasyon yapmak olarak kullanılmaktadır. Diş hekimlerinin muayene şekilleri konusundaki hastaların

izlenimleri, kişilikleri, birey olarak onlarla ilişki kurma şekilleri hem tedavi kabulünü hem de karar verme işleminde yer alma istekliliklerini etkiler görünmektedir (Redford and Gift, 1997). Kelly et al. (1990)'un yaptığı çalışmada da hastaların diş hekimlerine devam nedenlerinin başında diş hekimlerinin samimiyeti ve sonra temizlik, profesyonel görünüş, diş hekimliği bilgisi, kibarlık, alaka ve yapılan işin kalitesi gelmektedir.

Davranış bilimci Pease (1999)'e göre kişinin 15-46 cm. çevresi mahrem alanıdır ve ancak büyük bir güven ve izinle bu alana başkalarının girmesine izin verilir. Kişiye 15 cm.den yakın bir temas, o kişinin bilinçaltında saldırı yada kaç reaksiyonu oluşturabilecek bir müdahale olarak kabul edilebilir. Kişinin bu alanı içinde çalışan diş hekimine ait bütün faktörlerin diş hekimliği muayenesinde önemli olduğu ve pozitif bir iletişimin başarılı bir tedavinin ilk şartı olacağı yapılan çalışmaların ifade ettiği ortak sonuçtur. Schouten (2001; 2003)'in yaptığı çalışmalarda da hastaların memnuniyetinin diş hekiminin iletişim becerisiyle alakalı olduğu gösterilmiştir.

İletişim hekim hasta arasında diyalogun etkinliği için önemlidir. Hastayla ilk karşılaşıldığında ne yapıp ne söylendiği sonuç üzerine etkilidir. Sondell ve Soderfeldt (1997) *yapısal faktörler, işlem faktörleri, sonuç faktörleri* olarak iletişimi kategorize etmişlerdir. Yapısal faktörler; sosyal çevre, kişilik özellikleri olduğu kadar diş hekimi ve hastanın demografik ve sosyal durumlarını (yaş, cins, daha önceki tecrübeler) içerir. İşlem faktörleri; diş hekimliği muayenesi içindeki problem çözümünü açıklamaya yönelik iletişim açılarını ve planlama, teşhis, danışmanlık ve tavsiyeleri içerir. Sonuç faktörleri komplekstir ve klinik değişiklik belirtilerini, hasta ve hekimin memnuniyeti, uyumu içerir. Birçok araştırmacı diş hekimliği işleminde yapısal özelliklerin iletişimdeki etkisini inceleyen çalışmalarında hekimin yaşı ve tecrübesinin iletişimde önemli olduğu göstermiştir. Hastalar açısından ise nörotik olmayan kadınların ve yaşlıların memnuniyetinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bir kısım çalışma hastaların otoriter ve deneyimli hekimlerini tercih ettiğini göstermiştir. Sosyo-ekonomik seviyesi yüksek ailelerin çocuklarının diş hekimi seçiminde profesyonel becerisi yüksek olan hekimleri, sosyo-ekonomik seviyesi düşük olan ailelerin ise çocuklarıyla pozitif iletişim kurabilecek diş hekimlerini tercih ettiği gösterilmiştir (Newton and Brenneman, 1999).

Bilgilendirmenin tam olarak yapıldığı iyi bir iletişim dış hekimi için de koruyucudur (Doyal and Cannell, 1995). Schouten (2003b)'a göre hasta memnuniyeti sadece dış hekiminin iletişim becerisinden pozitif olarak etkilenmekle kalmaz aynı zamanda aydınlatılmış onam prensibi de dış hekiminin tedavileri hakkında iyi bilgilendirilmiş karara ulaşmalarına yetecek kadar hastayı bilgilendirmesini gerektirmektedir. Çünkü bireyler hoşlanmadıkları durumlarla tehdit edildiklerinde, bununla ilgili bilgiyle nasıl başa çıkacakları kişiden kişiye değişir (Miller, 1987). Daha fazla bilgi ve kendine güvenin daha iyi olduğu konusundaki genel inanca rağmen, hastaya ne kadar bilgi verilmesi gerektiği, ne kadar sorumluluğun en iyisi olduğu konularında hala sorular mevcuttur. Kişilik yapılarına göre bazı hastalar bilgilendirilerek kendi tedavilerinde daha çok rol almaktan hoşlanırken bir kısım da bundan fayda sağlamamaktadır (Krantz et al. 1980).

Hastaların bilgi isteme ve tıbbi karara katılım tercihleri birbirinden bağımsız eylemler olduğu ileri sürülmektedir. Bir çok araştırmacıya göre hastalar karar vermekten çok bilgilendirilmeyi tercih etmekte, fakat tam olarak pasif de kalmak istememektedirler (Schouten et al. 2002; 2003a; Krantz et al. 1980; Miller, 1987; Deber et al. 1996). Benbassat (1998)'ın yaptığı çalışmaya göre hasta olmayan kişilerin hastalığın idaresindeki karar verme tercihleri % 80 aktif katılım yönündeysen, gerçekten hasta olanlar, daha az eğitilmiş olanlar, etnik gruplardan olanlar, erkekler ve yaşlılar pasif rol almayı tercih etmektedirler. Ciddi hastalığı olanlar da kararlarda pasif olmayı tercih etmektedirler.

Yapılan çalışmaların ışığı altında hastaların kişilik yapılarına göre bilgi isteme tercihlerindeki farklılıkların vücut bütünlüğünü korumak adına, kendilerini tehdit eden durumla başa çıkmakla ilgili olduğu görülmektedir. Bu durumda ortaya çıkan sorulardan biri; hekimlerin hastalarla iletişimde tedavinin sonuçlarını anlatırken kullandıkları dilin her zaman doğru olup olmadığıdır. Yapılan çalışmalar eğitilmiş hastaların bile verilen bilginin yapısından ve sırasından etkilendiğini göstermektedir. Diğer soru ise; az da olsa belli bir yüzdede hastanın asla bilgi istemediği, hatta bundan kötü etkilendiğidir (Chiodo and Tolle, 2000).

Chapple (2003)'ün hastane veya özel muayenehanede tedavi alan dış hekimliği hastalarıyla yaptığı çalışmada karar verme tercihlerinde etkili olan beş

gerçek tespit edilmiştir. Bunlar; hastanın bilgisi, güven, tüketici pozisyonu, zaman kısıtlaması, tercih rollerini değiştiren bireysel faktörlerdir.

Günümüz dünyasında artık hastalarımızın güveni garanti olarak görülmemektedir, hatta kimi zaman hastalar tam bir tıbbi anamnezin dahi diş hekimleri tarafından bilinmesini gerekli görmemektedir (Swiss, 2005; Mcdaniel et al.1995). Güvenin elde edilmesi için ilk karşılaşılan andan itibaren hasta ile olan etkileşimin en iyi şekilde kurulması ve sürdürülmesi gerekmektedir. Aydınlatılmış onam şartlarını yerine getirmek böyle bir ilişkinin standardı olacaktır (Peltier 2001). Güvenin temin edilmesi için hem hasta hem de hekimin aktif, bilgi verme ve bilgi almaya, dinlemeye hazır olması çok önemlidir. Bir diş hekimi sahip olduğu bilgi, beceri ile olabilecek her türlü konuyu tedaviden önce hastasıyla konuşmalı ve hastayı da soru sorma konusunda teşvik etmelidir. Schouten (2002)'in yaptığı bir çalışmaya göre hastaların büyük bir kısmı diş hekimine tedavi hakkında ve durumları hakkında soru sormayı kolay bulurken, ciddi bir kısmı tedavi hakkındaki şüphelerini, tedavinin fiyatının kendilerine fazla geldiği ve diğer seçeneklerinin ne olduğu konusunda soru sormaktan çekinmektedirler. Oysa King (2001)'in de belirttiği gibi diş hekimliği artık eskiye nazaran çok daha pahalıdır ve diş hekimleri para ile ilgili daha detaylı olarak açıkla yapmalıdır. Bu durumda diş hekimlerinin hasta ile iletişimlerinin bir yerine bunu kolaylaştıracak bir ayrıntı koymaları gerekmektedir. Çağımızda geçerli kılınmak istenen post-modern profesyonellik anlayışında güven, hesap verme yükümlülüğü ve insanlık kavramları vardır. Bu kavram içinde hizmet sunan ve satan hekimin hasta tedavisine karar verirken konuşulmayan hiçbir konunun kalmaması gerekmektedir (Beauchamp, 2004). Hekim-hasta ilişkisi tarihsel süreç içinde para kazanmanın temel alınıp gözetildiği bir "iş" olmaktan çok "güven'e dayanan" bir ilişki türü olarak tanımlanmıştır. Ancak günümüzde hastaların kendilerini "tüketici/müşteri", hastanelerin ise kendilerini "özel girişimci" olarak görmeye başladıkları bir süreç başlamıştır. Bu görüşün temeli, hastaların kendilerine sunulan tedavi seçeneklerini maliyet, sağlık sigortalarının kapsamında olup olmaması ve tedavinin niteliği/ kalitesi çerçevesinde değerlendirerek seçim yapması düşüncesine dayanır (Latham, 2004).

Beauchamp (2004)'a göre post-modern profesyonellik anlayışı içinde tıbbi prensipleri değiştirmek demek değerlerimizi değiştirmek zorunda olmamız demektir

ve tutumlarımız ve davranışlarımızın bir kısmını değiştirmemiz gerektiğini ifade eder. Hekimler güvene dayalı sorumluluklarının kalitesini, hastalar ve aileleriyle olan ilişkilerini iyileştirmek zorundadırlar. Bu da daha iyi iletişim, şefkat ve bakım demektir. Her hastaya karşı duyarlı olmalı ve toplumdaki en incinebilir hastalara koruyucu olunmalıdır. Tüm bu nedenlerle iletişim ve bakımda beceriye ihtiyaç vardır (Beauchamp, 2004).

Günümüzün kanunlarla sınırları çizilmiş olan dış hekimi-hasta ilişkisi içinde iletişimi en yüksek seviyeye çıkarmak isteyen etik dış hekimi-hasta ilişkisi modellerinden en çok prim alanlar aydınlatılmış onamın şartlarını sağlayan interaktif modellerdir. Kanunlarla sınırları belirtilen aydınlatılmış onam şartlarının, dış hekimliği tedavilerinin perspektifinin ve sonucu etkileyen faktörlerin çok geniş olması nedeniyle her durumu açıkça ifade eden bir şablona sokulması mümkün gözükmemektedir. Krause et al. (2001) yargıya intikal eden davaların büyük bir kısmının tedavi hatasından değil yanlış anlaşılmalardan kaynaklandığını ileri sürmektedir. Cerrahların sıkça aydınlatılmış onamın yasal gereklilikleri üzerinde durarak operasyonun pratik sonuçlarını hastaya açıklamayı ihmal ettiklerini; hastaların da muhtemel komplikasyonları sorma eğiliminde olmadıklarından dolayı sorunlar çıktığını iddia etmektedir. Sfikas (2003) aydınlatılmış onam doğru bir şekilde elde edilse bile, dış hekiminin kabul edilebilir standartlara uygun olarak dış tedavi hizmeti vermekle yükümlü olduğunu ve hata yaptığında yanlış uygulama için suçlanabileceğini belirtmektedir. Bu zorluklardan dolayı dış hekimlerinin iletişim becerilerini yükseltmeleri çok önemlidir. Bütün profesyonel organizasyonlar bu noktanın altını çizmekte ve resmi eğitimin klinik müfredatı içine bunun yerleştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Hastaların anlayışını artırmak için başarılı bir iletişim şarttır. Böylelikle aydınlatılmış onamın tam olarak alınmamasıyla ilgili olarak hasta ile hekim arasında çıkabilecek anlaşmazlıklar ve yargıya intikaller en aza indirilebilecektir (Doyal and Cannell, 1995; Dubé-Baril, 2004; Krause et al. 2001).



## 2.7. Diş Hekimliğinde Etik Eğitim

Tıpta etik eğitimin amacı tıba hizmet edenlerin etik duyarlılığını geliştirerek sağlık hizmet kalitesini artırmaktır. Aynı zamanda sağlık politikalarında söz sahibi olmak, insanların sağlık kalitesinden kendilerini sorumlu kılmaktır. Bu amaçla kararlar alınırken sosyo- kültürel şartlardaki değişim ve mesleğin yapısındaki evrim temelinde meslek odalarının da sağlık politikası üreticileriyle iş birliği içinde olması ve müdahale edebilecek bilgi ve güce sahip olması gerekliliği mesleki etik eğitim sürecinde vurgulanır (Beauchamp, 2004; Ersoy ve Şehiraltı, 2002).

Son yıllara kadar diş hekimliği fakültelerindeki etik eğitimler, tüm eğitimleri boyunca genelde konuyla ilgili olarak ahlak felsefeleri üstüne akademik eğitimi olamayan eğitimciler tarafından verilen birkaç saatlik eğitimden öteye geçmemiştir. Bunun da klinik pratiğe olan katkısı istenenin çok altındadır (Bridgman et al.1999). Yine de Bailey'in bir çalışmasında ifade ettiği gibi, Amerika'da son yıllarda saldırı ve ihlal içerikleri olan aydınlatılmış onam davalarında azalma olduğu belirtilmektedir. Bu da diş hekimliği eğitimindeki etik ve kanunlarla ilgili eş zamanlı iyileştirme çabalarıyla koşutluk göstermektedir (Bailey, 1985). Aydınlatılmış onam etik eğitiminde en çok üzerinde durulan konudur ve günümüz hekim-hasta ilişkisini de belirleyen bir kavramdır (Dubé-Baril, 2004).

Mofidi et al. (2003)'a göre bugünün gelişen sosyal, ekonomik, tıbbi hizmet çerçevesi içinde, öğrencileri kliniklere ve bilimsel toplantı salonlarına hapseden geleneksel eğitim müfredatının, toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılamasında yeterli olan mezunlar vermede gittikçe daha yetersiz kaldığı görülmektedir. Yeni gelişen kavramları ifade eden etik eğitimin hayata geçirilmesi üzerine modelleme çalışmaları yapılmaktadır (Bridgman et al.1999; Comer et al. 2001; Bebeau and Thoma, 1994; Berk, 2001; Chambers et al. 2003).

ABD'de diş hekimi öğrencileri arasında etik davranışın başlatılmasının önemi bir çok diş hekimliği fakültesinde resmi etik eğitimin diş hekimliği eğitim müfredatı içine konmasıyla gösterilmiştir. Son 30 yıldan fazla bir süredir diş hekimliği eğitimcileri etik eğitimin gerekliliğini tanımlamışlar ve değişik eğitim modellerini denemişlerdir. Bugün artık etik eğitim, öğrencilerin iç gözlemlerini ve gurup

problem çözüm yeteneklerinin oluşturulması için, saf didaktik eğitimden daha katılımcı eğitim modellerine doğru yönlendirilmiştir (Berk, 2001).

Birçok dış hekimliği öğrencisi mezun olduklarında kendilerini üretici, yönetici, kendi küçük iş yerlerinin personel müdürü görevlerini yerine getirirken bulmaktadır. Dış hekimliği eğitimcilerinin görevleri yalnızca teknik anlamda yeterli dış hekimleri değil aynı zamanda iş olarak dış hekimliğinde başarılı olmanın yollarını da öğrencilere vermektir. Şu anda ABD'deki dış hekimliği eğitimine entegre edilmiş olan doktora öncesi dersler, öğrenciler ve öğretmenler tarafından yetersiz olarak değerlendirilmektedir (Comer, 2001). Amerika, Kanada ve İngiltere'de bu konu rutin eğitim müfredatı içine alınmıştır. ABD'de ortalama bir dış hekimliği fakültesi tüm eğitim boyunca işletmeyle ilgili 57 ders saatini eğitim müfredatı içine koymuştur. Hatta 1998 yılında dış hekimliği fakültelerinin son sınıf öğrencileriyle yapılan değerlendirmede, öğrencilerin %36'sının aldıkları iş idaresi eğitiminin yetersiz olduğunu düşündüğü tespit edilmiştir (Bridgman et al. 1999; Comer et al. 2001). Becauhamp profesyonelliğin tıp mesleğinin yaşam stiliyle alakalı olduğunu belirtir. Profesyonellik kavramı içinde meslektaşların birbirlerinin hayat stili, güvenlik, finans vs. gibi geçmişte üzerinde çok üstünkörü durulan konularda yardıma hazır olmaları gerekliliği öğretilmelidir görüşündedir (Beauchamp, 2004). Wiebe (2000) profesyonellekle ilgili etik kodların iş etiğini de içerecek şekilde genişletilmesinin dış hekimliği için yararlı olacağı görüşündedir.

Bridgman et al. (1999)'a göre dış hekimliği kendi ahlaki değerleriyle özel bir özdenetime sahip olan bir meslek olmakla birlikte bunun tüm sağlık sistemini yöneten etik ve kanuni içerikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Tıp eğitimi ile dış hekimliği eğitimi benzer sorunlara sahiptir. İngiliz Tıp Fakülteleri tıp öğrencilerinin anlamaları ve kalifiye oldukları süreç içinde uygulamalarına yerleştirmeleri gereken içerik, görüş, beceri ve tutumların çerçevesini belirleyen tıp etiği ve kanunlarla ilgili olarak temel çekirdek müfredatı tespit eden ortak bir anlaşma geliştirmişlerdir. Bu derslerin eğitimini veren öğretmenler Eylül 1996'da ilk toplantılarını yapmışlar ve 1997'de tüm ülkece anlaşma kabul edilmiştir. Bridman (1999) bu anlaşmayı dış hekimliği eğitimine uyarlamıştır ve Ocak 1998'de bu model İngiltere dış hekimliğindeki etik eğitim modeli olarak kabul edilmiştir. İngiltere'deki etik eğitimle

öğrencilere kazandırılmak istenen hedefler günümüzün modern hekim- hasta ilişkisinde olması gereken içeriği hayata geçirecek hedeflerdir. Bunlar;

1. iyi klinik uygulamanın altındaki etik ilkeler ve değerleri öğrencilerin anlamasını sağlamak,
2. Öğrencilere sağlık bakımındaki etik meselelerle ilgili kritik yapabilme, bunları kendi tutum ve değerlerine yansıtabilme, alternatif ve yeterli yaklaşımları anlayabilme ve değerlendirebilme, bilgilendirilmiş tartışma ve çatışmada fikir ve karşı fikirler üretebilme yeteneği kazandırmak,
3. Öğrencilerin İngiltere'deki diş hekimliği pratiğini düzenleyen ve etkileyen kuruluşlar tarafından geliştirilen profesyonel zorunlulukları bilmelerini sağlamak,
4. Öğrencilere minimal riskli ve etkin diş hekimliği uygulamaları yapabilmeleri için uymaları gereken kanuni işlemler ve geniş kanuni zorunluluklar hakkında bilgi sağlamak,
5. Öğrencilerin etik ve yasal sebeplendirme ve kritik etmenin, klinik karar verme işleminin doğal ve integral bir parçası olduğunu değerlendirebilmelerini sağlamak,
6. Öğrencilerin diş hekimliğindeki sıra dışı durumlarda olduğu kadar klinikteki sıradan uygulamalarında aldıkları hemen hemen bütün kararların da etik ve kanuni içerikte olduğunu anlamalarını sağlamaktır.

Tıp hizmetlerindeki profesyonellik kavramı ve bu kavramın ifade ettiklerinin hem meslekteki eskilere hem de yeni öğrencilere verilmesi gerekmektedir (Nash, 1984; Beauchamp, 2004). Bu amaçla sağlık alanında yenilenmeler yaşayan bir çok ülkede fakültelere ve meslek odalarının girişimleriyle yeni etik değerleri yerleştirmek üzere mezuniyet öncesi ve sonrası etik eğitim düzenlemeleri uygulamaya konmuştur. Böylelikle tıp ve diş hekimliği mesleklerinin erozyona uğrayan otonomisini ve sağlık politikalarındaki azalan etkisini yükseltmek, aynı zamanda hekimlerin meslekteki memnuniyetini artırmak hedeflenmiştir (Bridgman et al. 1999; Comer et al 2001, Rule and Veatch, 1993). Son yıllarda diş hekimliğindeki artan ayrıntı, hastaların beklentilerini yükseltip diş hekimlerinin güvenilirliğinin sorgulanmasını artırırken, diş hekimlerinin de meslekteki problemlerini ve meslek adına yüklerini artırmakta ve dolayısıyla mesleğe karşı memnuniyetsizliği de beraberinde getirmektedir. Chambers (2001)'ın diş hekimlerinin mesleki memnuniyetinin araştırıldığı 1906 yılına dek veri içeren çalışmaların olduğu kapsamlı literatür

taramasında, 1972-1994 yılları arasındaki çalışmalarda diş hekimlerinin tekrar deneme şansınız olsaydı yine diş hekimliğini seçer miydiniz? sorusuna verilen cevap % 20-50 arasında “hayır” olmuştur. Bu çalışmada çalışmaların tarihleri yaklaştıkça gittikçe azalan seviyede mesleki memnuniyet ifade edilmektedir. Meslekten ayrılmalar şikayetleriyle orantılı olmasa da diş hekimleri içinde hayal kırıklığına uğramış, tatminsizlikle stres içinde olan kendinden beklenenler ve sosyal zorunluluklarla kapana kısılmış hisseden önemli miktardaki bir grup diş hekiminin hata olarak düşündükleri kariyerlerine dayanıyor olmaları muhtemeldir (Chambers, 2001).

Özellikle son yıllardaki bilimsel ve toplumsal hayattaki çok hızlı değişimler ve bunlara bağlı olarak mesleki değerlerdeki ve mesleğin uygulama şekillerindeki değişimlere ayak uydurmak hem tıp hem de diş hekimleri için zorlayıcı olmaktadır. Çok uzun yıllardan beri süre gelen hekimlik felsefesinin profesyonellik kavramıyla yer değiştirmesi diş hekimliğindeki hem temel hem de etik müfredatın yenilenmesi gereğini doğurmuştur. Yapılacak yeni etik düzenlemeler hekimlerdeki bu kafa karışıklığını gidermeye ve yeni düzen içinde eski otonomilerini kazanmalarına yardımcı olacaktır. Beauchamp (2004)'ın belirttiği tıp sanatları eğitimi içindeki yenilenme hareketi tam da bunları ifade etmektedir. Bu hareket tıp eğitiminin yeniden düzenlenmesi, profesyonel çalışma ve şeklinin yeniden formüle edilmesi, ve meslek için ölçülebilir amaçlar ve sonuçlar belirleyerek mesleki ahlak reformunu kapsamaktadır. 1970'lerin davranışçı öğreniminin yerine yeterlilik temelli eğitim geçirilmiştir. Randımanı besleyen yeni ekonomik gerçekler ve bunların çalışma alanındaki sonuçlarıyla başa çıkmak için iş ve yönetim eğitimlerinden alıntılar yapılmıştır. Performans gerçeklerine ve ölçülebilir sonuçlara dayanır. Bunun yanında hekimler arasındaki ilişki ve sosyal yaşamın etik ilişki temelinde düzenlenmesi gerekliliği vardır (Chambers et al. 2003, Atchison et al. 2002a).

### 3. GEREKÇE VE AMAÇ

#### 3.1. Araştırma İle İlgili Genel Bilgiler

Tıp uygulamaları içinde alınan kararların sadece tıbbi karar olduğunu düşünmek, konunun etik boyutunun gözden kaçmasına neden olmaktadır. Klinik kararlar, hastanın ve hekimin otonomisi ve değerleri arasında karşılıklı fedakarlık içeren bir anlaşma olarak değerlendirilebilir. Son yıllarda bu karşılıklı anlaşma kurumsal ve sosyal değerlerle kaynakların kullanımında denkliliği de içerecek şekilde genişletilmiştir. İdeal olarak bu üç taraf arasındaki anlaşmanın sağlanması gerekir. Bu aşamada tespit edilemeyen bir anlaşmazlık hekim-hasta ilişkisini ve klinik sonucu etkileyebilir. Bu ideal anlaşmanın uygulamaya geçirilmesi ve korunması aydınlatılmış onam ile güvence altına alınmıştır. Kendine ait değerleri, inançları, beklentileri, tecrübeleri olan birey-hastanın kendi hakkında karar verme hakkı temel haklarından biridir ve gönüllülük olmadığı sürece devralınmaz, devredilemez (Benbassat et al. 1998; Kabaoğlu, 1993). Diş hekimliği açısından bakıldığında, bu durum hem hasta hem de diş hekimi yönünden diğer tıp dallarındakinden daha farklı boyutlar kazanmakla beraber, önemi artarak devam etmektedir.

Hastalar açısından ağız bölgesinin gerek fiziksel gerek psikolojik olarak özel bir bölge olması (Pease, 1999), ağızda yapılan invaziv çalışmaların diğer tıp dallarındaki cerrahi operasyonların çoğundan farklı olarak bilinçli ve çoğunlukla kendilerinin de işleme katılımıyla yapılması, diş ağrılarının dayanılmaz olması, teşhis koymanın çoğunlukla bir süreç gerektirmesi ve bazı tedavilerin uzun sürmesi, diş hekimliğinin teknolojiyle birinci dereceden ilişkili olması yüzünden çok fazla ekipman kullanılan ve muayenehane atmosferi, diş hekimliği tedavilerinin yine aynı nedenlerle pahalı tedaviler olması, sosyal güvencelerin ve hatta özel sigortaların diş hekimliği tedavilerine diğer tıbbi müdahalelerden farklı yaklaşması vb... (Dworkin, 2001; King, 2001; Doyal and Cannell, 1995; Beauchamp, 2004; Williams, 2001).

Diş hekimlerinin ise çok büyük kısmı mesleklerini büyük bir özerklik içinde kendi özel muayenehanelerinde uygulamaktadırlar. Çalışma ortamlarını, çalışma felsefelerini ve politikalarını, çalışma saatlerini, beraber çalışacakları kimseleri,

kullanacakları ekipmanları, hastalarını ve hatta uygulayacakları tedavi şekillerini kendileri belirlemektedirler. Her bir diş hekimi hastaya tedavi hizmeti sunarken bunun yanında mesleğin büyük bir otonomi içinde sürdürüldüğü bu muayenehanelerin işletmecisi durumundadır. Aynı zamanda diş hekimi muayenehaneleri; teknisyenleri, malzeme ve cihaz satıcıları, cihaz teknik adamları ve yardımcı personelin diş hekiminin idaresinde en son teknolojiyi yakından takip ederek çalıştıkları birer küçük ticarethanedir de... (Comer et al.2001; Wiebe, 2000).

Diş hekimliğinde her bir muayenehanenin ayrı hizmet politikası, her bir diş hekiminin farklı uygulamaları sıradan hekim-hasta ilişkisindeki güven faktörünü ve emniyet ihtiyacını bir kat daha öne çıkarmaktadır (Peltier, 2001; Cannavina et al. 2000).

Çağımızda değişen hasta hekim ilişkisiyle birlikte bireylerin her şekilde eğitimlerinin yükselmesi, bilinçlenmesi ve bilgiye ulaşma yollarının artması hastaların diş hekimlerinden beklentilerini de yükseltmiştir. Aynı zamanda tedavi seçenekleri, sonuçları hakkında bilgi alma ve tedaviye müdahil olma istekleri de gelişme göstermiştir. Ancak özellikle günümüzde modern diş hekimliğinin doğası gereği teknolojiyle olan yakın ilişkisi var olan tedavi seçeneklerinin sayısını çok daha fazla artırmış ve hastaların estetik beklentilerini de en yüksek seviyeye taşımıştır. Aynı zamanda fiziksel sağlıkları için zorunlu olmayan fakat hastaların estetik ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik uygulamaların da diş hekimliğine girmesiyle beraber tedaviler daha uzamış, ödenecek fiyatlar da buna paralel olarak artarak diş hekimisi-hasta ilişkisine bir farklı boyut daha eklemiştir (Chambers, 2001; Demirel, 2003; King, 2001).

Hastaların beklentilerinin artması hekimlerin daha bilgi verici olmalarını, teknolojiyi takip edip bilgilerini güncel tutmalarını ve daha presentabl olmalarını gerektirmektedir. Bu da diş hekimlerine fazladan bir yükümlülük getirmektedir (Doyal andCannell, 1995; Nash, 1994a).

Diş hekimliği tedavilerinin tespiti ve sunumu; bu mesleklerin eğitim, işgücü, uygulaması, içeriği ve hastalar tarafından algılanmasındaki farklılıkları yüzünden tıpta olduğundan değişiktir (Littleton, 1979). Çoğu zaman daha hayati konularla ilgili olan tıbbi karar vermede hasta genellikle bir tedaviyi kabul etme yada etmeme durumundadır ve çok fazla tedavi seçeneği yoktur. Oysa diş hekimliğinde nadiren

hayatı tehdit eden durumlar vardır ve bu yüzden diş hekimliğindeki karar alma süreci hasta için az çok yeni bir araba almak yada bunun gibi bir işleme karar verme sürecine benzer. Hangi seçeneği uygulamalıyım, ne kadar tutar, nasıl ödeyebilirim şeklinde soruları vardır. Yani tüm bu süreç iki kısa soruya indirilebilir: Ne kadar acıyacak ? Ne kadar tutacak? (Williams, 2001). Teknik detaylar yüzünden hastanın alternatif tedavi yaklaşımlarını değerlendirebilmesi oldukça güçtür ve doktoruna güvenmek zorundadır. Diş hekimi hastasına temel bilgileri ve konu hakkındaki kendi samimi fikirlerini söyleyerek hastaya yardımcı olur. Diş hekimi kararlarında kendinin değil hastanın çıkarını dikkate almalı ve hasta da bunun böyle olduğuna güvenmelidir (Wiebe, 2000).

Tüm bu maddelerin ışığı altında bakıldığında diş hekimleri ve hastaları arasında diğer tıp dallarındaki hekim hasta ilişkisinden daha kapsamlı, bazı açılardan farklılık gösteren fakat her şekilde çok daha fazla güven ilişkisini gerektiren bir hekim-hasta ilişkisinin olması gerektiği açıktır.

Modern tıp etiğinde olması istenen hasta-hekim ilişkisi aydınlatılmış onam kavramıyla güvence altına alınmıştır. Bu ilkenin uygulanmasıyla hastaların özerkliği ve hakları korunurken tedavinin değişik yönleri açısından çıkabilecek sorunlar da önlenmekte ve hem hasta hem de hekim için daha büyük bir güven ortamında çalışma imkanı yaratılmış olmaktadır (Bridgman et al. 1999; Sfikas, 2003).

### **3.2. Amaç**

Günümüzün sosyal yapısı ve moral değerlerini dikkate alan hekim-hasta ilişkisinin kurulması ve yürütülmesi açısından bugünün tıp etiğinin özellikle de klinik etiğin merkezinde yer aldığı kabul edilen aydınlatılmış onam, diğer tıp alanlarında çokça çalışılmakla birlikte özellikle ülkemizdeki diş hekimliğinde bu konuyla ilgi yapılmış olan çalışma yok denecek kadar azdır. İçeriği ve işleyişinden dolayı hasta ve hekim arasında tıpta olduğundan çok daha fazla sorun çıkabilme ihtimali olan diş hekimliğinde bu konuda bilgi ve uygulama eksikliğimiz olduğu görünmektedir. Oysa diş hekimliği alanında hastaların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması oldukça önem taşımaktadır.

Bu çalışmada ülkemizdeki diş hekimlerinin hastaları bilgilendirmeleri ve onamlarını elde etmeleri konusunda sorunları incelemek, eğer bu konuda etik sorun yaşıyorsa uygun çözüm önerileri sunabilmek amacıyla çalışma planlanmıştır.

Bu amaçla planlanan çalışmayla diş hekimlerinin,

- Aydınlatılmış onam hakkındaki ve genelde etik bilgileri,
- Konuyla ilgili tutumları,
- Kendi ifadeleriyle hissettikleri mesleki yetkinlikleri,
- Bu kapsamdaki kendi pratik uygulamaları ve iletişim becerileri,
- Hastanın bilgilendirilmesi, aydınlatılmış onam elde edilmesi ile ilgili önerileri

hakkında bilgi edinmek ve bu bulgulara dayanarak ülkemizde “diş hekimliğindeki aydınlatılmış onam” hakkında durum tespiti yapmak buna bağlı olarak da çözüm yolları geliştirmek hedeflenmektedir. Böylelikle diş hekimliğinde etik eğitim planlamasına ve dolayısıyla her iki taraf için de diş hekimliği pratiğinin işleyişinin daha güvenilir ve kolay bir ortam olmasına katkı sağlanması düşünülmüştür.



#### **4. GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışma 2-5 Eylül tarihleri arasında, CNR EXPO Fuar Merkezinde yapılan 8. İDEX'04 Uluslararası Ağız ve Diş Sağlığı Cihaz ve Ekipmanları Fuarını ziyaret eden diş hekimlerinden 197'sinin anket çalışmasına katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Toplantı, bir teknoloji fuarı olması nedeniyle daha çok aktif hizmet içinde olan her yaş ve tecrübedeki diş hekimleri tarafından ziyaret edilmiştir. Fuarın diş hekimliğindeki her branştan uzman diş hekimleri ve pratisyen diş hekimlerinin kapsandığı geniş bir akademik yelpazesi de vardır. Katılan diş hekimleri, çoğunluğu İstanbul'dan olmak üzere, Türkiye'nin bir çok ilinden gelmektedir.

Çalışmaya KOÜ Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu'nun 06.10.2004 tarihli oturumunda ön onay (karar sayısı AEK 114 - 4, proje no: 74), 18.05.2005 tarihinde etiğe uygunluk onayı (karar sayısı AEK 111 – 9) alınmıştır.

##### **4. 1. Katılımcılar**

Çalışma, 8. İDEX'04 Uluslararası Ağız ve Diş Sağlığı Cihaz ve Ekipmanları Fuarına katılan ziyaretçilerden, ankete katılmayı kabul eden 197 kişi ile yapılmıştır. Ankete katılacak kişilerden diş hekimi olmaları ve Türkiye sınırları içinde çalışmalarını şartı istenmiştir.

Anketler, diş hekimliği alanında etkin ve yaygın bir dağıtımı olan sektöre ait bir dergiye ayrılan bölümde, yapılan çalışmanın niteliği, araştırmacısı ve kurumunun belirtildiği bir tanıtım posterinin asılmasıyla birlikte araştırmacının kendisinin de orada bulunmasıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar anket formlarını yanıtlarken araştırmacı yanlarında olmamaya özen göstermiş ancak katılımcılardan gelen sorular ve açıklama isteklerinde duruma müdahil olmuştur.

## 4.2. Çalışma Formu

Anket formlarındaki sorular hazırlanırken, konuyla ilgili literatür ve Türkiye’de geçerli yasa ve yönetmeliklerden yararlanılmıştır. Anket formundaki skalalardan ilk üçü büyük oranda Schouten ve ark.’ın (2002) yaptığı çalışmadan yararlanılarak, dördüncüsü ise Newton (1999)’ın diş hekimlerinin iletişim becerilerini değerlendiren skalası temel alınarak düzenlenmiştir.

Diş hekimlerinin “aydınlatılmış onam” hakkında bilgi, tutum, hissettikleri mesleki yetkinlik (self-efficacy), davranış ve iletişim becerilerini değerlendiren ve bilginin verilmesi, aydınlatılmış onamın elde edilmesi ile önerilerini içeren toplam 34 maddeden oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formları kişisel bilgiler ve diş hekimlerinin önerileriyle birlikte yedi ana bölümden oluşturulmuştur. Her bölüm için örnek alındığı çalışmalarda olduğu gibi değerlendirme yapılmıştır. Her bölümün skala puan toplamalarının kişisel değişkenlerle ilişkileri de değerlendirilmiştir.

**1. bölüm (kişisel bilgiler):** Bu bölümde ankete katılan diş hekimlerinin yaş, cinsiyet, çalışılan kurum, mesleki deneyim yılı, akademik durum, uzmanlık gibi kişisel özellikleri sorgulanmaktadır. Anket sonucunda elde edilen bilgilerin SPSS programı kullanılarak descriptive analizleri yapılmıştır. Skala sonuçlarının kişisel özelliklerle ilişkisi değerlendirilmiştir.

**2. bölüm (bilgi):** Ankete katılan diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkı konusundaki bilgileri aydınlatılmış onam hakkından haberdar olup olmadıklarının kendilerine sorulmasıyla ölçülmüştür. Bunun yanında etik/ yasal eğitimlerinin nerede aldıkları ve kendi ifadeleriyle etik/ yasal eğitimlerinin yeterlilikleri sorgulanmaktadır.

**3. bölüm (tutum):** Aydınlatılmış onama ilişkin tutumları, beşli Likert skalasıyla değerlendirilmiştir. Skala toplam altı madde içermektedir. İlk üç madde aydınlatılmış onam gerekliliğinin muhtemel olumlu sonuçlarını 1 (kesinlikle aynı fikirde değilim) → 5 (kesinlikle aynı fikirdeyim) arasında puanlayarak sorgulamaktadır. Sonraki üç madde ise aydınlatılmış onam gerekliliğinin muhtemel olumsuz sonuçlarını 1 (kesinlikle aynı fikirdeyim) → 5 (kesinlikle aynı fikirde değilim) arasında puanlayarak sorgulamaktadır. Toplam puan 6 ile 30 arasında değişmektedir. Yüksek puan aydınlatılmış onam hakkındaki daha pozitif tutumu göstermektedir.

**4. bölüm (yetkinlik):** Bu bölümde diş hekimlerinin kendilerinin ifade ettikleri mesleki yetkinlikleri beşli Likert skalasında değerlendirilmiştir. Toplam altı ifade içeren skalada ifadeler; 1 (çok zor) → 5 (çok kolay) arasında puanlanmıştır. Toplam puan 6 ile 30 arasında değişmektedir. Yüksek puan daha yüksek mesleki yetkinlik göstermektedir.

**5. bölüm (davranış):** Diş hekimlerinin kendi pratik uygulamaları yine kendi ifadeleriyle beşli Likert skalasında değerlendirmiştir. Toplam yedi ifade içeren skalada ifadeler 1 (hiçbir zaman) → 5 (daima) arasında diş hekimleri tarafından puanlanmıştır. Toplam puan 7 ile 35 arasında değişmektedir. Yüksek puan daha pozitif uygulamayı göstermektedir. Bu bölümde Schouten at al'un bir başka (2001) çalışmasında yer alan ve hastalara uygulanmış olan hastaların diş hekimleri tarafından bilgilendirilmesini sorgulayan skalasındaki ifadelerden yararlanılmıştır.

**6. bölüm (iletişim becerileri):** Bu bölümde diş hekimlerinin kendi ifadelerine dayanılarak hastalarla kurdukları iletişim becerileri hakkında bir fikir edinilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla hekimlere beşli Likert skalasıyla değerlendirilecek dört ifade sunulmuştur. Bu ifadeler 1 (hiçbir zaman) → 5 (daima) arasında diş hekimleri tarafından puanlanmıştır. Toplam puan 4 ile 20 arasında değişmektedir. Yüksek toplam puanlar daha yüksek iletişim becerisini ifade etmektedir.

Bu ifadeler J.T. Newton ve D.L. Brenneman'ın 1999 yayınlı çalışmalarında tespit ettikleri "Diş hekimliğinde iletişim Skalası (CDSS)" içindeki ana başlıklar kullanılarak elde edilmiştir. Gerçekte bu skala daha fazla soru içermekte ve diş hekimlerinin iletişim becerileri hakkında oldukça ayrıntılı fikir vermektedir. Fakat bu çalışmadaki asıl amaç diş hekimlerinin iletişim becerilerini ölçmek olmadığından, sadece diş hekimlerinin aydınlatılmış onam karşısındaki bilgi, tutum ve yeterliliklerinin iletişim becerisiyle olan muhtemel ilişkisi hakkında genel bir fikir edinmek ve ileriki çalışmalara da zemin hazırlamak amacıyla anket formuna bu bölüm eklenmiş ve çok daha kısa bir sorgulama uygulanmıştır. Sonuçlar ise skala olarak değil eğilimlerin nümerik yansıması olarak dikkate alınmıştır.

### 4.3. Çalışma Sonuçlarının Değerlendirilmesi:

Çalışmadaki veriler SPSS istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Öncelikle diş hekimlerinin kişisel değişkenlerine ve aydınlatılmış onam ile etik bilgi durumlarına ait verilerin frekansları, yüzde dağılımları alınmıştır. İkinci aşamada bütün skalalar için ifadelerle ait frekans ve ortalama hesaplamaları yapılarak toplam skala puanları elde edilmiştir. Yüksek skala toplam puanı daha pozitif durumu ifade etmektedir.

Tanımlayıcı analizleri takiben diş hekimlerine ait kişisel değişkenler ve etik bilgi durumlarının, skalalardan aldıkları toplam puanlarla olan ilişkilerinin tespit edilmesi amacıyla K-independent sample (Kruskal Wallis), Independent- Sample T testi, 2-independent sample (Mann-Whitney U), One-way ANOVA testlerinden uygun olanlar kullanılmıştır. Aralarında anlamlı ilişki bulunduğunda anlamlılığı oluşturan grupların tespiti için ileri ikili istatistik analizleri uygulanarak anlamlılığı oluşturan gruplar tespit edilmiştir.

Ayrıca kişisel değişkenler ve aydınlatılmış onam ile etik bilgi durumlarıyla skalalardaki her bir sorunun birbir ilişkisinin tespit edilmesi amacıyla  $X^2$  testleri uygulanmıştır. Anlamlılığı oluşturan gruplar için ileri ikili istatistik analizleri uygulanmıştır.

Son aşamada diş hekimlerinin hastanın bilgilendirilmesinin ve aydınlatılmış onam elde edilmesinin şekline ait tercihlerine ait değerlendirme yapılmıştır. Diş hekimlerinin kişisel değişkenleri ve etik bilgi durumları ile bu konudaki tercihleri arasındaki ilişki  $X^2$  testiyle analiz edilmiştir.

## 5. BULGULAR

Türk diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki bilgi, tutum ve deneyimleriyle ilgili durum tespiti yapmak amacıyla planlanmış olan bu çalışma; 2-5 Eylül tarihleri arasında, CNR EXPO Fuar Merkezinde yapılan 8. İDEX'04 Uluslararası Ağız ve Diş Sağlığı Cihaz ve Ekipmanları Fuarını ziyaret eden diş hekimlerinden 197'sinin anket çalışmasına katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Toplantı, bir teknoloji fuarı olması nedeniyle fuarı ziyaret eden ve dolayısıyla anket çalışmasına katılanlar daha çok aktif hizmet içinde olan, her yaş ve tecrübedeki diş hekimlerinden oluşmuştur. Ankete katılan diş hekimlerinin 159'unu pratisyen, 38'ini uzman diş hekimleri oluşturmaktadır. Uzman olan diş hekimlerinin dağılımı şöyledir:

**Çizelge 5.1.** Çalışmaya katılan diş hekimlerinin uzmanlık alanlarına göre dağılımı (N: 197)

Uzmanlık alanları	n
<i>Ağız ve çene cerrahisi</i>	6
<i>Ağız mikrobiyolojisi</i>	1
<i>Çene yüz Protezi</i>	1
<i>Endodonti</i>	1
<i>Konservatif tedavi</i>	2
<i>Laser hekimliği</i>	1
<i>Pedodonti</i>	3
<i>periodontoloji</i>	7
<i>Protetik diş tedavisi</i>	7
<i>Oral diaagnoz ve radyoloji</i>	2
<i>Oral implantoloji</i>	1
<i>Ortodonti</i>	6
<i>Uzmanlığı olmayanlar</i>	159

Ankete katılanların büyük çoğunluğu İstanbul'dan (%78,7; n: 155) olmak üzere, Türkiye'nin bir çok ilinden gelen diş hekimlerinden oluşmaktadır.

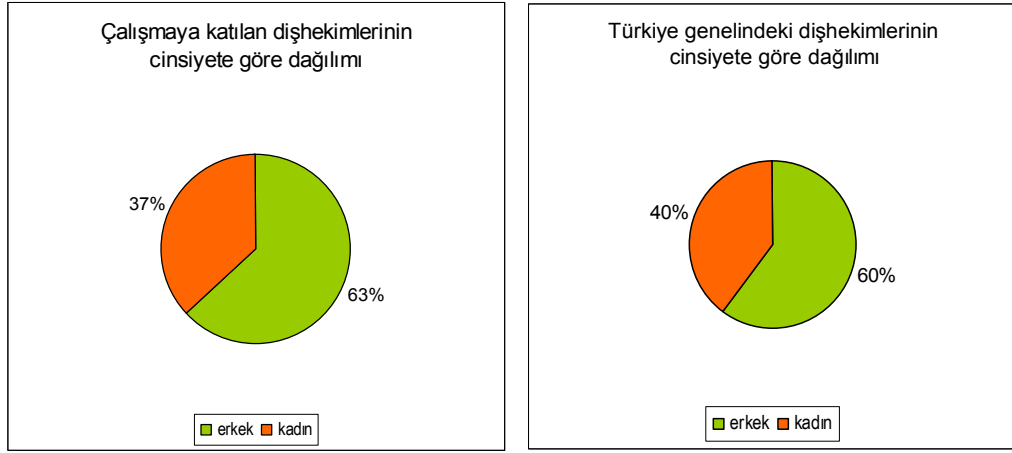
### 5.1. Çalışmaya Katılan Diş hekimlerinin Kişisel Değişkenleri

Çalışmaya katılan 197 diş hekiminin yaşları 21- 65 yaş arasında değişmektedir. Yaş ortalaması  $34,46 \pm 6,931$ 'dir ve yarıdan fazlası (% 54,3; n:107) 31- 40 yaş grubu içindedir. Yine çalışmaya katılan diş hekimlerinin yarıdan fazlasını (% 62,9; n:124) erkek diş hekimleri oluşturmaktadır. Katılan diş hekimlerinin büyük kısmı (% 78,7; n:155) hiçbir resmi kuruma bağlı olmaksızın serbest muayenehanelerde çalışmaktadır. Çalışmaya katılan diş hekimlerinin deneyim yılı 1 ile 40 yıl arasında değişmektedir. Deneyim yılı ortalaması  $10,83 \pm 6,868$ 'dir ve yarıdan fazlasının (56,3; n:111) deneyim yılı 6- 15 yıl arasındadır. Çalışmaya katılan diş hekimlerinin büyük kısmı (% 80,7; n:159) pratisyen diş hekimidir (**Çizelge 5.1.1**).

**Çizelge 5.1.1.** Diş hekimlerinin kişisel değişkenleri (N:197)

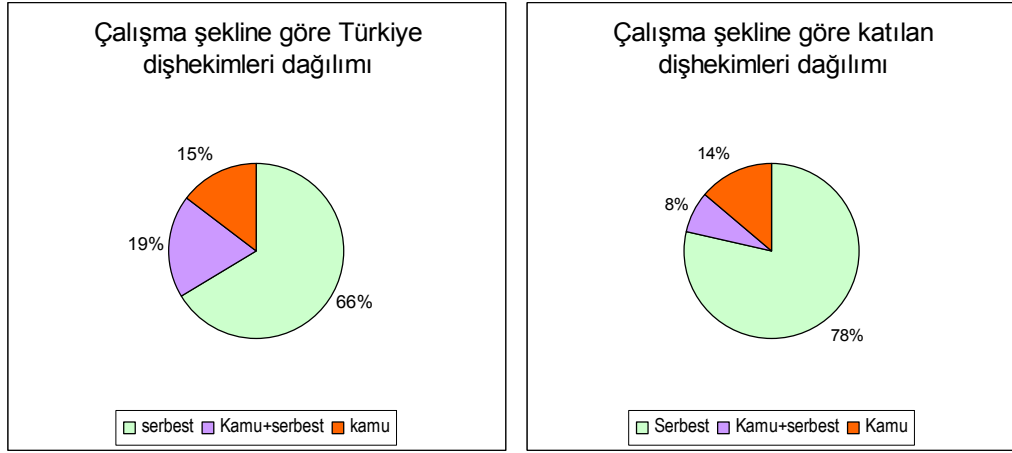
<b>Kişisel özellikler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
30 yaş ve altı	61	31,0
31- 40	107	54,3
40 yaş ve üstü	29	14,7
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	124	62,9
Kadın	73	37,1
<b>Çalıştığı kurum</b>		
Universite	20	10,2
Kamu veya SSK	7	3,6
Üniversite ve serbest	5	2,5
Serbest	155	78,7
Serbest ve kamu/ SSK	10	5,1
<b>Deneyim yılı</b>		
0- 5 yıl	47	23,9
6- 15 yıl	111	56,3
16 yıl ve üstü	39	19,8
<b>Akademik durum</b>		
Profesör veya doçent	6	3,0
Doktor veya doktora öğrencisi	32	16,2
Diş hekimi	159	80,7

Anket çalışmasına katılan erkek diş hekimlerinin sayısı biraz daha fazladır (erkek: %63, n:124; kadın: %37, n:73). Diş hekimlerinin il ve ilçelere göre dağılımının, nüfus bilgilerinin ve DİE 2001 yılı GSMH göstergelerinin yer aldığı “TDB illere göre diş hekimi dağılımı kitapçığı”; 2005’teki Türkiye genelindeki diş hekimlerinin cinsiyet dağılımları da yaklaşık aynı orandadır (erkek: %60; kadın: %40), ( **şekil 5.1.1.** ).



**Şekil 5.1.1.** Çalışmaya katılan ve Türkiye genelindeki diş hekimlerinin cinsiyete göre dağılımları

Anket çalışmasına katılan diş hekimlerinin büyük kısmı serbest çalışan diş hekimleridir (serbest: % 78, n:155; Kamu+serbest: %8, n:15; Kamu: %14, n:27). Diş hekimlerinin il ve ilçelere göre dağılımının, nüfus bilgilerinin ve DİE 2001 yılı GSMH göstergelerinin yer aldığı “TDB illere göre diş hekimi dağılımı kitapçığı”; 2005’teki Türkiye genelindeki diş hekimlerinin çalışma şekillerin dağılımına göre de Türkiye’deki diş hekimlerinin büyük kısmı serbest olarak çalışmaktadır (Serbest: %66, n:12231; Kamu+serbest: %19; Kamu: %15, 2690) ( **şekil 5.1.2** ).



**Şekil 5.1.2.** Çalışmaya katılan ve Türkiye genelindeki diş hekimlerinin çalışma şekillerine göre dağılımları



## 5.2. Bilgi

Çalışmaya katılan dış hekimlerinin yaklaşık yarısı (% 44,7; n:88) etik eğitimini lisans ve/ veya lisans üstü eğitim sırasında aldıklarını ifade etmişlerdir. Dış hekimlerinin çok büyük bir kısmı (% 82,2; n:162) etik bilgilerinin yeterli olmadığını düşünmekte ve tamama yakın bir kısmı da (% 92,4; n: 182) “Aydınlatılmış onam hakkı” konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ifade etmektedirler ( Çizelge 5.2.1).

**Çizelge 5.2.1** Dış Hekimlerinin Etik Bilgisi (N:197)

Dış hekimlerinin etik bilgi durumu	n	%
<i>Etik/yasal bilgiler nereden alındı</i>		
Lisans ve/ veya lisansüstü eğitim	88	44,7
Kendi çabası	31	15,7
Lisans - lisansüstü eğitim ve kendi çabası	78	39,6
<i>Etik bilgisi hakkında kendi fikri</i>		
Yeterli	35	17,8
Değil	162	82,2
<i>“Aydınlatılmış Onam Hakkı” bilgisi</i>		
Biliyor	15	7,6
Bilmiyor	182	92,4

### 5.3. Tutum

Ankete katılan diş hekimlerinin aydınlatılmış onam konusundaki tutumları daha çok olumlu yöndedir. Aydınlatılmış onam hakkındaki tutum skalasından aldıkları ortalama toplam puan 22,47'dir (SS: 3,095). Genel olarak aydınlatılmış onamın; hekim-hasta ilişkisini kuvvetlendirip, tedavi kalitesini yükselteceği ve hastaların ağız sağlığının durumlarından daha çok haberdar olmalarını temin edeceği yönünde görüş bildirmişlerdir. Aydınlatılmış onamın diş hekimi- hasta arasındaki ilişkiyi ticari hale getirmesi, tedaviye ayrılacak zamanı azaltması gibi sonuçlar diş hekimleri açısından çok yüksek bir onay görmemektedir. Skala içinde diş hekimlerinin en olumlu yaklaşım (ortalama: 4,15; SS: 0,767) gösterdikleri madde “aydınlatılmış onam diş hekimi–hasta arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirir” ifadesiyken, en olumsuz yaklaşım (ortalama: 2,15; SS: 1,014) gösterilen maddenin ise “aydınlatılmış onam diş hekiminin olası yasal işlemlere karşı kendisini savunucu önlemler almasına yol açar” ifadesi olduğu gözlenmiştir (**Çizelge 5.3.1.**).

**Çizelge 5.3.1.** Diş hekimlerinin “Aydınlatılmış onam” hakkındaki tutumları (N:197)

<b>Aydınlatılmış Onam:</b>	<b>N</b>	<b>Ort*</b>	<b>SS</b>
1. Diş hekimi - hasta arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirir	197	4,15	0,767
2. Hastanın ağız sağlığının durumu hakkındaki bilgisini artırır	197	4,14	0,754
3. Tedavi kalitesini artırır	197	4,12	0,803
4. Zaman kaybına yol açar, tedaviye ayrılan zamanı azaltır	197	3,92	1,002
5. Diş hekimi - hasta arasındaki ilişkinin ticari olmasına yol açar	197	3,99	0,863
6. Diş hekiminin olası yasal işlemlere karşı kendisini savunucu önlemler almasına yol açar	197	2,15	1,014
Toplam	197	22,47	3,095

1.- 3. soru için: \* 1 → 5 : Kesinlikle aynı fikirde değilim → kesinlikle aynı fikirdeyim

4.- 6. soru için: \* 1 → 5 : Kesinlikle aynı fikirdeyim → kesinlikle aynı fikirde değilim

Deneyim yılı ile “zaman kaybına yol açar, hastaya ayrılan zamanı azaltır” cevapları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir (  $X^2 = 8,678$ ;  $P= 0,013$  ). deneyim yılı 6-15 arasında olan diş hekimlerinin daha çok zaman kaybına yol açacağını düşünen grup olduğu görülmektedir (**Çizelge 5.3.2**).

**Çizelge 5.3.2.** Deneyim yılı Aydınlatılmış onamın zaman kaybına yol açarak hastaya ayrılan zamanı azaltacağı fikri arasındaki ilişkisi (N:197)

	Zaman kaybına yol açar, hastaya ayrılan zamanı azaltır						Toplam	$X^2$	P
	Aynı fikirdeyim		Aynı fikirde değilim		n	%			
	n	%	n	%					
0-5 yıl	38	80,9	9	19,1	47	100			
6-15 yıl	75	67,6	36	32,4	111	100	8,678	0,013	
16 yıl ve üstü	35	89,7	4	10,3	39	100			
Toplam	148	75,1	49	24,9	197	100			

Diş hekimlerinin kişisel özelliklerinin aydınlatılmış onam hakkındaki tutumları ile ilişkisi incelendiğinde kadın diş hekimlerinin erkek diş hekimlerine göre aydınlatılmış onam hakkındaki tutumlarının daha pozitif olduğu gözlenmektedir (t =2,029; P: 0,044). Kadın diş hekimlerinin ortalama toplam tutum puanı 23,04 (SS: 3,142) iken erkek diş hekimlerinin ortalama toplam tutum puanı 22,12 (SS: 3,03)'tür. Oysa diğer kişisel değişkenlerle ortalama aydınlatılmış onam hakkındaki toplam tutum puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ( P>0,05) (**Çizelge 5.3.3.**).

**Çizelge 5.3.3.** Diş hekimlerinin kişisel değişkenlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki tutum skorlarına etkisi (N: 197)

Kişisel Özellikler		Diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki tutumları				
		n	Ort.	SS		
Yaş	30 yaş ve altı	61	22,25	2,773	$\chi^2 = 2,175^*$	P = 0,337
	31- 40	107	22,35	3,271		
	40 yaş ve üstü	29	23,34	3,039		
Cinsiyet	Erkek	124	22,12	3,033	t = 2,029**	P = 0,044
	Kadın	73	23,04	3,142		
Çalıştığı kurum	Üniversite	20	22,95	3,316	$\chi^2 = 2,935^*$	P = 0,569
	Kamu/ SSK	7	23,71	3,352		
	Üniv. ve serbest mua. / özel poliklinik	5	22,40	2,966		
	Serbest mua. / özel poliklinik	155	22,34	3,086		
Deneyim yılı	Serbest mua. ve kamu / SSK	10	22,50	3,064	F = 0,879 ***	P = 0,417
	0- 5 yıl	47	22,32	2,728		
	6-15 yıl	111	22,32	3,422		
Akademik durum	16 yıl ve üstü	39	23,05	2,481	$\chi^2 = 2,799^*$	P = 0,247
	Prof. veya Doç.	6	22,83	2,483		
	Dr. veya doktora öğrencisi	32	23,47	3,992		
Uzmanlık	Diş hekimi	159	22,25	2,885	t = 1,719**	P = 0,092
	Yok	159	22,25	2,885		
	Var	38	23,37	3,773		

\* : Kruskal Wallis, \*\* : Independent t-testi, \*\*\* : OneWay ANOVA

Diş hekimlerinin etik bilgi durumları ile ortalama aydınlatılmış onam tutum toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (P> 0.05).

#### 5.4. Diş Hekimlerinin Hissettiği Mesleki Yetkinlik

Ankete katılan diş hekimlerinin kendilerinin belirttikleri mesleki yeterlilik (self-efficacy) daha çok skalanın nötr kısmındadır. Yeterlilik skalasından aldıkları ortalama toplam yeterlilik puanı 17,84'tür (SS: 3,409). Diş hekimleri yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmenin kendilerine en kolay geldiğini (Ortalama: 3,91; SS: 0,938), Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmenin ise kendilerine en zor geldiğini (Ortalama: 2,29; SS:0,996) ifade etmişlerdir. Hastaları tedavi konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak, hastaların sordukları tüm soruları cevaplamak, çocukları tedavi hakkında bilgilendirmek konusunda daha çok kararsız kalmakla birlikte düşük eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek konusunda negatif bir tutum sergilemektedirler (**Çizelge 5.4.1**).

**Çizelge 5.4.1.** Diş hekimlerinin hissettikleri mesleki yetkinlik (N:197)

<b>Lütfen sizin için ne kadar kolay/zor olduğunu işaretleyiniz</b>	<b>N</b>	<b>Ort*</b>	<b>SS</b>
1. Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek	197	2,29	0,996
2. Hastaların sorduğu tüm sorulara cevap vermek	197	3,06	1,094
3. Düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek	197	2,41	1,064
4. Hastaları tedavi konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak	197	3,14	1,000
5. Çocukları tedavi hakkında bilgilendirmek	197	3,04	1,108
6. Yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek	197	3,91	0,938
<i>Toplam</i>	197	17,84	3,409

\*1 → 5 : Çok zor → 5 Çok kolay

Diş hekimlerinin kişisel özelliklerinin kendi ifade ettikleri mesleki yetkinlikleri ile ilişkisi incelendiğinde yaş ile ortalama toplam yeterlilik puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ( $X^2= 10,821$ ;  $P= 0,004$ ) . Yaşları 40 ve üstünde olan diş hekimlerinin ortalama toplam yeterlilik puanlarının diğer diş hekimlerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Deneyim yılı ile diş hekimlerinin ortalama toplam yeterlilik puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmektedir (  $F= 5,204$ ;  $P= 0,006$ ). Deneyim yılı 16 ve üzerinde olan diş hekimlerinin aldıkları ortalama toplam yeterlilik puanları, daha az deneyim yılı olan diş hekimlerinin aldıkları ortalama toplam yeterlilik puanlardan daha yüksektir.

Akademik durum ile diş hekimlerinin ortalama toplam yeterlilik puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 12,545$ ;  $P= 0,002$ ). Akademik pozisyonu olan diş hekimlerin ortalama toplam yeterlilik puanları, akademik pozisyonu olmayan diş hekimlerinin ortalama toplam yeterlilik puanlarından daha yüksektir.

Uzmanlık ile diş hekimlerinin ortalama toplam yeterlilik puanları arasında çok yüksek bir ilişki gözlenmektedir ( $t= 3,572$ ;  $P= 0,000$ ). Uzmanlığı olan hekimlerin ortalama toplam yeterlilik puanları, uzmanlığı olmayan hekimlerine göre daha yüksektir.

Oysa cinsiyet ve çalıştığı kurum ile diş hekimlerinin ortalama toplam yeterlilik puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (**Çizelge 5.4.2.**)

**Çizelge 5.4.2.** Kişisel değişkenlerin dış hekimlerinin kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini gösteren yeterlilik toplam puanlarına etkisi (N:197)

Kişisel Özellikler		Dış hekimlerinin hissettiği mesleki yetkinlikleri				
		n	Ort.	SS		
Yaş	30 yaş ve altı	61	17,30	3,159	$\chi^2 = 10,821^*$	P = 0,004
	31- 40	107	17,62	3,422		
	41 yaş ve üstü	29	19,90	3,629		
Cinsiyet	Erkek	124	17,81	3,537	t = 2,011**	P = 0,841
	Kadın	73	17,92	3,365		
Çalıştığı kurum	Üniversite	20	19,45	4,058	$\chi^2 = 6,588^*$	P = 0,159
	Kamu/ SSK	7	16,57	2,370		
	Üniv. ve serbest mua. / özel poliklinik	5	19,80	2,268		
	Serbest mua. / özel poliklinik	155	17,65	3,353		
Deneyim yılı	Serbest mua. ve kamu / SSK	10	17,80	4,341	F = 5,204 ***	P = 0,006
	0- 5 yıl	47	17,30	3,209		
	6-15 yıl	111	17,54	3,539		
Akademik durum	16 yıl ve üstü	39	19,41	3,177	$\chi^2 = 12,545^*$	P = 0,002
	Prof. veya Doç.	6	21,33	2,582		
	Dr. veya doktora öğrencisi	32	19,28	3,862		
Uzmanlık	Dış hekimi	159	17,43	3,23	t = 3,572**	P = 0,000
	Yok	159	17,43	3,273		
	Var	38	19,61	3,738		

\* : Kruskal Wallis, \*\* : Independent t-testi, \*\*\* : OneWay ANOVA

Skaladaki sorular teker teker ele alındığında; yaş ile Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $X^2= 17,990$ ;  $P= 0,000$ ). Yaşı 41 ve üzeri olan diş hekimlerinin Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi küçük yaştaki hekimlere göre daha kolay bulduğu gözlenmektedir.

Deneyim yılı ile Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $X^2= 10,596$ ;  $P= 0,005$ ). Deneyim yılı 16 yıl ve üzerinde olan diş hekimlerinin Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi diğer gruptaki diş hekimlerine nazaran daha kolay buldukları gözlenmektedir.

Uzmanlık ile Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmektedir ( $X^2= 8,006$ ;  $P= 0,005$ ). Uzmanlığı olan diş hekimleri uzmanlığı olmayan diş hekimlerine kıyasla Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi daha kolay bulmaktadır.

Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgi sahibi olmakla Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ( $X^2= 8,764$ ;  $P= 0,003$ ). Aydınlatılmış onam hakkı hakkında bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimleri aydınlatılmış onam hakkı hakkında bilgisi olmadığını ifade eden diş hekimlerine kıyasla Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek daha kolay gelmektedir (**Çizelge 5.4.3.**).



**Çizelge 5.4.3.** Kişisel özellikler ile Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek arasındaki ilişki (N:197)

		Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek				Toplam		X <sup>2</sup>	P
		Kolay		Zor		n	%		
		n	%	n	%				
Yaş	30 yaş ve altı	5	8,2	56	91,8	61	100	17,990	0,000
	31- 40	18	16,8	89	83,2	107	100		
	41 yaş ve üstü	13	44,8	16	55,2	29	100		
	Toplam	36	18,3	161	81,7	197	100		
Deneyim yılı	0-5 yıl	5	10,6	42	89,4	47	100	10,596	0,005
	6-15 yıl	17	15,3	94	84,7	111	100		
	16 yıl ve üstü	14	35,9	25	64,1	39	100		
	Toplam	36	18,3	161	81,7	197	100		
Uzmanlık	Yok	23	14,5	136	85,5	159	100	8,006	0,005
	Var	13	34,2	25	65,8	38	100		
	Toplam	36	18,3	161	81,7	197	100		
Aydınlatılmış onam bilgisi	Biliyor	7	46,7	8	53,3	15	100	8,764	0,003
	Bilmiyor	29	15,9	153	84,1	182	100		
	Toplam	36	18,3	161	81,7	197	100		

Uzmanlık ile hastaların tüm sorularına cevap verme arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 10,278$ ;  $P= 0,001$ ). Uzmanlığı olan diş hekimlerinin uzmanlığı olmayan diş hekimlerine kıyasla hastaların tüm sorularına cevap vermeyi daha kolay bulduğu gözlenmektedir (**Çizelge 5.4.4.**).

**Çizelge 5.4.4.** Kişisel değişkenlerle hastaların tüm sorularına cevap vermek arasındaki ilişki (N:197)

	Hastaların tüm sorularına cevap vermek						$X^2$	P	
	Kolay		Zor		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
Uzmanlık	Yok	67	42,1	92	57,9	159	100	10,278	0,001
	Var	27	71,1	11	28,9	38	100		
	Toplam	94	47,7	103	52,3	197	100		

Uzmanlık ile düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ( $X^2= 6,221$ ;  $P= 0,013$ ). Uzmanlığı olan diş hekimlerinin uzmanlığı olmayan diş hekimlerine kıyasla düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmeyi daha kolay buldukları gözlenmektedir.

Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgi sahibi olma ile düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ( $X^2= 5,781$ ;  $P= 0,015$ ). Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimleri, aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisi olmadığını ifade eden diş hekimlerine kıyasla düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmeyi daha kolay bulmaktadır (**Çizelge 5.4.5.**).

**Çizelge 5.4.5.** Kişisel değişkenlerle düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek arasındaki ilişki (N:197)

		Düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek				Toplam		$X^2$	P
		Kolay		Zor		n	%		
		n	%	n	%			n	%
Uzmanlık	Yok	29	18,2	130	81,8	159	100	6,221	0,013
	Var	14	36,8	24	63,2	38	100		
	Toplam	43	21,8	154	78,2	197	100		
Aydınlatılmış onam bilgisi	Biliyor	7	46,7	8	53,3	15	100	5,871	0,015
	Bilmiyor	36	19,8	146	80,2	182	100		
	Toplam	43	21,8	154	78,2	197	100		

Yaş ile hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $X^2= 7,706$ ;  $P= 0,021$ ). Yaşları 41 ve üzerinde olan diş hekimlerinin daha küçük yaştaki diş hekimlerine kıyasla hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmayı daha kolay buldukları gözlenmektedir.

Deneyim yılı ile hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2= 6,907$ ;  $P= 0,032$ ). Deneyim yılı 16 yıl ve üzerinde olan diş hekimlerinin hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmayı, daha az deneyim yılı olan diş hekimlerinden daha kolay buldukları gözlenmektedir.

Diş hekimlerinin etik/ yasal bilgilerinin yeterliliği hakkındaki fikirleriyle hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 7,058$ ;  $P= 0,008$ ). Etik/ yasal bilgilerinin yeterli olduğunu düşünen diş hekimleri, etik/ yasal bilgilerinin yeterli olmadığını düşünen diş hekimlerine kıyasla hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmayı daha kolay bulmaktadırlar.

Aydınlatılmış onam hakkı hakkındaki bilginin yeterliliğiyle hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 9,610$ ;  $P= 0,002$ ). Aydınlatılmış onam hakkı hakkında bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkı hakkında bilgisi olmadığını ifade eden diş hekimlerine kıyasla hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmayı daha kolay bulmaktadırlar (**Çizelge 5.4.6.**).

**Çizelge 5.4.6.** Kişisel değişkenler ile hastaları seçenekler konusunda bilgilendirmek için tüm gelişmelerden haberdar olmak arasındaki ilişki (N:197)

		Hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için dış hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak				Toplam		X <sup>2</sup>	P
		Kolay		Zor		n	%		
		n	%	n	%				
Yaş	30 yaş ve altı	23	37,7	38	62,3	61	100	7,706	0,021
	31- 40	52	48,6	55	51,4	107	100		
	41 yaş ve üstü	20	69,0	9	31,0	29	100		
	Toplam	95	48,2	102	51,8	197	100		
Deneyim yılı	0- 5 yıl	19	40,4	28	59,9	47	100	6,907	0,032
	6- 15 yıl	50	45,0	61	55,0	111	100		
	16 yıl ve üstü	26	66,7	13	33,3	39	100		
	Toplam	95	48,2	102	51,8	197	100		
Etik/yasal bilgi yeterliliği için fikri	Yeterli	24	68,6	11	31,4	35	100	7,058	0,008
	Yetersiz	71	43,8	91	56,2	162	100		
	Toplam	95	48,2	102	51,8	197	100		
Aydınlatılmış onam bilgisi	Biliyor	13	86,7	2	13,3	15	100	9,610	0,002
	Bilmiyor	82	45,1	100	54,9	182	100		
	Toplam	95	48,2	102	51,8	197	100		

Yaş ile yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2= 9,001$ ;  $P= 0,011$ ). Yaşları 31-40 yaş arasında olan diş hekimlerinin yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmeyi en zor bulan grup olduğu gözlenmektedir.

Deneyim yılı ile yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $X^2= 9,692$ ;  $P= 0,008$ ). Deneyim yılı 6-15 olan diş hekimlerinin yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmeyi en zor bulan grup olduğu gözlenmektedir (**Çizelge 5.4.7**).

**Çizelge 5.4.7** Kişisel değişkenlerle yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek arasındaki ilişki (N:197)

	Yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek						$X^2$	P	
	Kolay		Zor		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
Yaş	30 yaş ve altı	56	91,8	5	8,2	61	100	9,001	0,011
	31- 40	80	74,8	27	25,2	107	100		
	41 yaş ve üstü	26	89,7	3	10,3	29	100		
	Toplam	162	82,2	35	17,8	197	100		
Deneyim yılı	0- 5 yıl	43	91,5	4	8,5	47	100	9,692	0,008
	6- 15 yıl	83	74,8	28	25,2	111	100		
	16 yıl ve üstü	36	92,3	3	7,7	39	100		
	Toplam	162	82,2	35	17,8	197	100		

Diş hekimlerinin etik bilgileri için kendi fikirleriyle yine kendi ifade ettikleri yeterlilik puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $t= 2,069$ ;  $P= 0,040$ ). Etik bilgisinin yeterli olduğunu ifade eden diş hekimlerinin ifade ettikleri mesleki yetkinlik, etik bilgilerinin yeterli olmadığını ifade eden hekimlere göre daha yüksektir.

Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgi sahibi olma ile diş hekimlerinin ifade ettikleri mesleki yetkinlik arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $U= 882,500$ ;  $P= 0,022$ ). Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimlerinin ifade ettikleri mesleki yetkinlik, aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisi olmadığını ifade eden diş hekimlerinin ifade ettiği mesleki yetkinliğe nazaran daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Diş hekimlerinin etik/ yasal bilgileri nereden aldıkları sorusuna verdikleri yanıtlarla ortalama kendi ifade ettikleri mesleki yetkinlik arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemektedir (**Çizelge 5.4.8.**).

**Çizelge 5.4.8.** Diş hekimlerinin etik bilgi durumlarının hissettikleri yeterlilik skorlarına etkisi (N:197)

Diş hekimlerinin Etik Bilgi Durumları		Diş hekimlerinin Hissettiği Mesleki Yetkinlikleri				
		n	Ort.	SS		
Etik/ yasal bilgi nereden	Lisans ve lisans üstü eğitim	166	17,91	3,548	$t = 0,532^{**}$	$P = 0,596$
	Kendi çabası	31	17,55	3,020		
Etik bilgisi için kendi fikri	Yeterli	35	18,94	3,548	$t = 2,069^{**}$	$P = 0,040$
	Yetersiz	162	17,62	3,414		
Aydınlatılmış Onam bilgisi	Yeterli	15	20,00	8,5	$U = 882,500^{****}$	$P = 0,022$
	Yetersiz	182	17,88	91,5		

\*\*\*\* : 2 independent sample test (Mann-Whitney U)

## 5.5. Davranış

Ankete katılan diş hekimlerinin ifade ettikleri, kendi uygulamalarını gösteren davranış skorları oldukça pozitifdir (ortalama toplam davranış puanı: 31,33; SS: 2,716). Diş hekimleri kendi çalışmalarında en çok dikkat ettikleri uygulamanın hemen hemen daima “tedavinin riskleri hakkında hastayı bilgilendirmek” (ortalama: 4,62; SS:0,564) ve “karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını almak” (4,62; SS: 0,694) olduğunu ifade etmişlerdir. Kendi çalışmalarında diğer uygulamalara kıyasla daha az dikkat ettikleri uygulamanın ise hastayı tedavi seçenekleri konusunda karar vermeye dahil etmek (ortalama: 4,14; SS: 0,747) olduğu gözlenmektedir (**Çizelge 5.5.1.**).

**Çizelge 5.5.1.** Diş hekimlerinin kendi ifade ettikleri davranışları (N:197)

Lütfen aşağıdaki uygulamalar için size uyan seçeneği işaretleyiniz	N	Ort*	SS
1. Ağzının genel durumu ve prognozu hakkında hastayı bilgilendiririm	197	4,55	0,592
2. Tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendiririm	197	4,62	0,564
3. Tedavinin riskleri hakkında hastayı bilgilendiririm	197	4,43	0,663
4. Alternatif tedaviler veya tedavi olmaması sonucunda oluşabilecekler hakkında bilgilendiririm	197	4,48	0,619
5. Tedavinin fiyatı hakkında bilgilendiririm	197	4,50	0,787
6. Hastayı tedavi seçenekleri hakkında karar vermeye dahil ederim	197	4,14	0,767
7. Karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını alırım	197	4,62	0,694
Toplam	197	31,33	2,716

\*1 → 5: Hiçbir zaman → Daima



Diş hekimlerinin kişisel değişkenleri ile kendi uygulamalarını ifade eden davranış skalası toplam puanları ortalamaları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (  $P > 0,05$ ) (**Çizelge 5.5.2.**).

**Çizelge 5.5.2.** Kişisel değişkenlerin diş hekimlerinin kendi uygulamalarındaki davranışlarına etkisini gösteren toplam puanlara etkisi (N:197)

Kişisel Özellikler		Diş hekimlerinin kendi uygulamalarındaki davranış toplam puanları				
		n	Ort.	SS		
Yaş	30 yaş ve altı	61	30,97	2,910	$X^2 = 1,393 *$	P =0,498
	31- 40	107	31,59	2,536		
	40 yaş ve üstü	29	31,24	2,681		
Cinsiyet	Erkek	124	31,23	2,614	$t = 0,759 **$	P =0,449
	Kadın	73	31,53	2,794		
Çalıştığı kurum	Üniversite	20	31,90	2,864	$X^2 = 4,491 *$	P =0,344
	Kamu/ SSK	7	29,71	2,563		
	Üniv. ve serbest mua. / özel poliklinik	5	31,40	2,302		
	Serbest mua. / özel poliklinik	155	31,31	2,676		
Deneyim yılı	Serbest mua. ve kamu / SSK	10	31,90	2,558	$F = 0,463 ***$	P = 0,630
	0- 5 yıl	47	31,02	2,847		
	6-15 yıl	111	31,47	2,666		
Akademik durum	16 yıl ve üstü	39	31,38	2,540	$X^2 = 0,166 *$	P = 0,920
	Prof. veya Doç.	6	31,83	2,787		
	Dr. veya doktora öğrencisi	32	31,34	2,766		
Uzmanlık durumu	Diş hekimi	159	31,33	2,673	$t = 0,194 **$	P = 0,846
	Yok	159	31,33	2,673		
	Var	38	31,42	2,737		

\* : Kruskal Wallis, \*\* : Independent t-testi, \*\*\* : OneWay ANOVA

Davranış skalasındaki ifadeler tek tek ele alındığında; çalışılan kurum ile “tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendirme” arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $X^2= 6,893$ ;  $P= 0,009$ ). Serbest çalışan dış hekimlerinin serbest çalışmayan dış hekimlerinden daha çok tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendirme eğiliminde olduğu gözlenmektedir (**Çizelge 5.5.3.**).

**Çizelge 5.5.3.** Kişisel değişkenler ile tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendirmek arasındaki ilişki (N:197)

		Tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendiririm						$X^2$	P
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Çalışılan kurum	Serbest çalışan	167	98,2	3	1,8	170	100	6,893	0,009
	Serbest çalışmayan	24	88,9	3	11,1	27	100		
	Toplam	191	97,0	6	3,0	197	100		

Çalışılan kurum ile “tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirme” arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $X^2= 6,870$ ;  $P= 0,009$ ). Serbest çalışan dış hekimlerinin serbest çalışmayan dış hekimlerine kıyasla tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirmeye daha çok dikkat ettikleri gözlenmektedir.

Uzmanlık ile tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirme arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 4,638$ ;  $P= 0,031$ ). Uzmanlığı olan dış hekimleri, uzmanlığı olmayan dış hekimlerine kıyasla tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirmeye daha çok dikkat ettiklerini ifade etmektedirler (**Çizelge 5.5.4.**).

**Çizelge 5.5.4.** Kişisel değişkenler ile tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirmek arasındaki ilişki (N:197)

		Tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendiririm						X <sup>2</sup>	P
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Çalışılan kurum	Serbest çalışan	155	91,2	15	8,8	170	100	6,870	0,009
	Serbest çalışmayan	20	74,1	7	25,9	27	100		
	Toplam	175	88,8	22	11,2	197	100		
Uzmanlık	Yok	145	91,2	14	8,8	159	100	4,638	0,031
	Var	30	78,9	8	21,1	38	100		
	Toplam	175	88,8	22	11,2	197	100		

Etik/ yasal bilgilerin nereden alındığı ile “karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını alma” arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2=5,862$ ;  $P=0,015$ ). Etik/yasal bilgiyi eğitimleri sırasında aldığını ifade edenlerin etik/ yasal bilgileri kendi çabaları ile öğrendiğini ifade edenlerden daha çok karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını alma eğiliminde oldukları gözlenmektedir (**Çizelge 5.5.5.**).

**Çizelge 5.5.5.** Kişisel değişkenler ile karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını almak arasındaki ilişki (N:197)

		Karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını alırım						X <sup>2</sup>	P
		Evet		Hayır		Toplam			
		n	%	n	%	n	%		
Etik/yasal bilgiler nereden alındı	Lisans ve lisans üstü eğitim	161	97	5	3,0	166	100	5,862	0,015
	Kendi çabası	27	87,1	4	12,9	31	100		
	Toplam	188	95,4	9	4,6	197	100		

Diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkı konusundaki bilgileri ile kendi uygulamalarını ifade eden davranış skalası toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiştir (U= 928,000; P= 0,038). Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisinin yeterli olduğunu ifade eden diş hekimlerinin ortalama davranış skalası toplam puanları daha yüksektir. Fakat diş hekimlerinin etik/ yasal bilgileri nereden aldıkları sorusuna verdikleri yanıtlar ve etik bilgileri için kendi fikirlerini ifade ettikleri yanıtlar ile ortalama davranış skalası toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ( P > 0,05), (**Çizelge 5.5.6.**).

**Çizelge 5.5.6.** Diş hekimlerinin etik bilgi durumlarının davranış skalası toplam puanlarına etkisi (N:197)

Diş hekimlerinin Etik Bilgi Durumları		Diş hekimlerinin kendi uygulamalarındaki davranış toplam puanları				
		n	Ort.	SS		
Etik/ yasal bilgi nereden	Lisans ve lisans üstü eğitim	166	31,30	2,693	t =0,532**	P = 0,595
	Kendi çabası	31	31,58	2,630		
Etik bilgisi için kendi fikri	Yeterli	35	31,77	2,545	t = 1,038**	P = 0,300
	Yetersiz	162	31,25	2,706		
Aydınlatılmış onam bilgisi	Yeterli	15	32,73	8,0	U = 928,000****	P = 0,038
	Yetersiz	182	31,23	92,0		

\*\*\*\* : 2 independent sample test

## 5.6. İletişim becerisi

Ankete katılan diş hekimlerinin ifadeleriyle iletişim becerilerini gösteren skala toplam puanları oldukça pozitiftir (ortalama toplam iletişim puanı: 17,62; SS: 2,127). Diş hekimlerinin kendi çalışmalarında en çok özen gösterdikleri uygulamanın hemen hemen daima “hastayı selamlayarak seansa başlamak” (ortalama: 4,56; SS: 0,672), kendi çalışmalarında diğer uygulamalara kıyasla daha az dikkat ettikleri uygulamanın ise “hastanın tedavi planı ve seçeneklerini anlayıp anlamadığını kontrol etmek” (ortalama: 4,15; SS:0,798) olduğu gözlenmektedir (**Çizelge 5.6.1**).

**Çizelge 5.6.1.** Diş hekimlerinin iletişim becerileri (N:197)

<b>Lütfen aşağıdaki uygulamalar için size uyan seçeneği işaretleyiniz</b>	<b>N</b>	<b>Ort*</b>	<b>SS</b>
<i>1. Hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlarım</i>	197	4,56	0,672
<i>2. Hastanın duygularını ve anksiyatesini dikkate alır, rahatlatmaya çalışırım</i>	197	4,47	0,674
<i>3. Hastanın tedavi planı ve seçeneklerini anlayıp anlamadığını kontrol ederim</i>	197	4,15	0,798
<i>4. Tedavi sonunda diş sağlığını koruyucu bilgi verir, önerilerde bulunurum</i>	197	4,45	0,710
<i>Toplam</i>	197	17,62	2,127

\*1 → 5: Hiçbir zaman → Daima

Cinsiyet ile ortalama iletişim toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $t= 2,214$ ;  $P= 0,028$ ). Kadın dış hekimlerinin ortalama iletişim toplam puanları erkek dış hekimlerinin iletişim toplam puanlarından daha yüksektir. Diğer kişisel özelliklerle ortalama iletişim toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ( $P > 0,05$ ) (**Çizelge 5.6.2.**).

**Çizelge 5.6.2.** Kişisel değişkenlerin dış hekimlerinin iletişim toplam puanlarına etkisi (N:197)

Kişisel Özellikler		Dış hekimlerinin iletişim becerileri				
		n	Ort.	SS		
Yaş	30 yaş ve altı	61	17,33	2,249	$X^2 = 1,836^*$	$P = 0,399$
	31- 40	107	17,88	2,326		
	40 yaş ve üstü	29	17,52	2,246		
Cinsiyet	Erkek	124	17,40	2,528	$t = 2,214^{**}$	$P = 0,028$
	Kadın	73	18,08	1,762		
Çalıştığı kurum	Üniversite	20	17,90	2,511	$X^2 = 3,994^*$	$P = 0,407$
	Kamu/ SSK	7	17,43	1,902		
	Üniv. ve serbest mua. / özel poliklinik	5	17,60	2,510		
	Serbest mua. / özel poliklinik	155	17,58	2,310		
	Serbest mua. ve kamu / SSK	10	18,50	1,900		
Deneyim yılı	0- 5 yıl	47	17,26	2,201	$F = 0,956^{***}$	$P = 0,386$
	6-15 yıl	111	17,80	2,500		
	16 yıl ve üstü	39	17,72	1,701		
Akademik durum	Prof. veya Doç.	6	18,00	1,789	$X^2 = 0,924^*$	$P = 0,630$
	Dr. veya doktora öğrencisi	32	17,81	2,320		
	Dış hekimi	159	17,61	2,314		
Uzmanlık	Yok	159	17,61	2,314	$t = 0,559^{**}$	$P = 0,576$
	Var	38	17,84	2,224		

\* : Kruskal Wallis, \*\* : Independent t-testi, \*\*\* : OneWay ANOVA

Etik/ yasal bilgilerin nereden alındığı ile “hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlama” arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 9,712$ ;  $P= 0,009$ ). Etik/ yasal bilgilerini eğitimleri sırasında aldığını ifade eden diş hekimleri etik/ yasal bilgilerini kendi çabalarıyla aldığını ifade eden diş hekimlerinden daha çok hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlama eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir (**Çizelge 5.6.3**).

**Çizelge 5.6.3.** Kişisel değişkenler ile hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlamak arasındaki ilişki (N:197)

		Hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlarım				Toplam		$X^2$	P
		Evet		Hayır		n	%		
		n	%	n	%				
Etik/yasal bilgiler nereden alındı	Lisans ve lisans üstü eğitim	159	95,8	7	4,2	166	100	9,712	0,009
	Kendi çabası	25	80,6	6	19,4	31	100		
	Toplam	184	93,4	13	6,6	197	100		

Cinsiyet ile tedavi sonunda koruyucu öneriler verme arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $X^2= 10,385$ ;  $P= 0,016$ ). Kadın diş hekimlerinin erkek diş hekimlerine nazaran daha çok tedavi sonunda koruyucu öneriler verme eğiliminde olduğu gözlenmektedir (**Çizelge 5.6.4**).

**Çizelge 5.6.4.** Kişisel değişkenler ile tedavi sonunda koruyucu öneriler verme arasındaki ilişki (N:197)

		Tedavi sonunda koruyucu öneriler verme								Toplam	$X^2$	P	
		Nadiren		Zaman zaman		Çoğunlukla		Daima					
		n	%	n	%	n	%	n	%				
Cinsiyet	Erkek	2	1,6	12	9,7	50	40,3	60	48,4	124	100	10,385	0,016
	Kadın	0	0,0	7	9,6	15	20,5	51	69,9	73	100		
	Toplam	2	1,0	19	9,6	65	33,0	111	56,3	197	100		

Diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkı konusundaki bilgileri ile iletişim puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir (U= 945,500; P= 0,045). Aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisinin yeterli olduğunu ifade eden hekimlerin ortalama iletişim skalası toplam puanları, aydınlatılmış onam hakkı konusunda bilgisinin yeterli olmadığını ifade eden diş hekimlerine göre daha yüksektir. Fakat diş hekimlerinin etik/ yasal bilgileri nereden aldıkları sorusuna verdikleri yanıtlar ve etik bilgileri için kendi fikirlerini ifade ettikleri yanıtlar ile ortalama iletişim skalası toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( P > 0,05), (**Çizelge 5.6.5.**).

**Çizelge 5.6.5.** Diş hekimlerinin etik bilgi durumlarının iletişim toplam puanlarına etkisi (N:197)

Diş hekimlerinin Etik Bilgi Durumları		Diş hekimlerinin iletişim becerileri				
		n	Ort.	SS		
Etik/ yasal bilgi nereden	Lisans ve lisans üstü eğitim	166	17,66	2,335	t =0,025**	P = 0,980
	Kendi çabası	31	17,65	2,090		
Etik bilgisi için kendi fikri	Yeterli	35	18,09	1,597	t = 1,589**	P = 0,116
	Yetersiz	162	17,56	2,411		
AO bilgisi	Yeterli	15	18,67	8,1	U = 945,500****	P = 0,045
	Yetersiz	182	17,57	91,9		

\*\*\*\* : 2 independent sample test (Mann-Whitney U)



### 5.7. Diş Hekimlerinin Hastanın Bilgilendirilmesi ve Aydınlatılmış Onam Elde Edilmesine Yönelik Tercihleri

Çalışmaya katılan diş hekimlerine, aydınlatılmış onamın temel öğelerinden birini oluşturan hastanın bilgilendirilmesinin ne şekilde olması gerektiğine yönelik tercihleri sorulmuştur. Diş hekimlerinin yarıdan fazlası (% 58,4; n:115) bilginin hastaya yazılı olarak verilmesi gerektiğini düşünmektedir (**Çizelge 5.7.1.**).

**Çizelge 5.7.1.** Bilginin sözlü yada yazılı olarak verilmesi (N:197)

		n	%
Bilginin sözlü/ yazılı verilmesi	Sözlü	82	41,6
	Yazılı	115	58,4
	Toplam	197	100,0

Çalışmaya katılan diş hekimlerine, hastadan aydınlatılmış onamın ne şekilde alınması gerektiğine yönelik tercihleri sorulmuştur. Diş hekimlerinin yarıdan fazlası (% 64; n:126) onamın hastadan yazılı olarak alınması gerektiğini düşünmektedir (**Çizelge 5.7.2.**).

**Çizelge 5.7.2.** Diş hekimlerinin aydınlatılmış onamın sözlü/ yazılı olarak alınması tercihi (N:197)

		n	%
Aydınlatılmış onamın sözlü/ yazılı alınması	Sözlü	71	36,0
	Yazılı	126	64,0
	Toplam	197	100,0

Uzmanlık ile aydınlatılmış onamın sözlü yada yazılı alınması tercihi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ( $X^2= 4,588$ ;  $P= 0,032$ ). Uzmanlığı olan diş hekimlerinin uzmanlığı olmayan diş hekimlerine kıyasla daha çok aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınmasından yana oldukları gözlenmektedir (**Çizelge 5.7.3.**).

**Çizelge 5.7.3.** Kişisel değişkenlerin aydınlatılmış onamın sözlü yada yazılı alınması tercihine etkisi (N:197)

	Aydınlatılmış onamın sözlü yada yazılı alınması tercihi						$X^2$	P	
	sözlü		Yazılı		Toplam				
	n	%	n	%	n	%			
Uzmanlık	Yok	63	39,6	96	60,4	159	100	4,588	0,032
	Var	8	21,1	30	78,9	38	100		
	Toplam	71	36,0	126	64,0	197	100		

## 6. TARTIŞMA

Aydınlatılmış onam ve iyi diş hekimliği el ele gitmektedir. Diş hekiminin tedaviye başlamadan önce hastasının özgür ve bilgilendirilmiş onamını alması gerekmektedir. Bu zorunluluk, çağımızın vazgeçilmez kuralı olan bireyin özerkliğine saygı, hekim-hasta ilişkisinin güvene dayanan güçlü-güçsüz ilişkisi olduğunu vurgulayan etik kurallar ve sosyal yaşamı düzenleyen kanunlar gereğidir (Schouten et al. 2002; 2004 Mohamed Tahir et al. 2002; Kabaoğlu, 1993). Bireyin kanunlarla belirlenen onam hakkı bireysel özgürlük ve kendi hakkında karar verebilme hakkına dayandırılır. Kanunlar karşısında her yetişkin ve makul insan kendi vücuduna ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve bilgilendirilme olmadan alınmış olan onam hiç onam alınmamasıyla eş değerdedir (Bailey, 1985; Dubé-Baril, 2004; Hancı, 1995; Schoute and Friele, 2001). Hastalar kendilerine ne yapıp yapılmayacağına karar verme hakkına sahiptir ve bu Cardozo'nun meşhur ifadesiyle adeta kutsanmıştır; “ Ergin yaştaki ve yeterli akıldaki her insanoğlu kendi vücuduna ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve hastanın iznini almadan girişimde bulunan cerrah bir saldırı girişiminde bulunur” (Cannavina et al. 1995). Bir çok ülkenin kanunlarıyla hastanın bedeni, kendi mülkiyeti içinde görülmektedir ve koruma altına alınmıştır. T.C. anayasasının da 17. maddesinde “bireyin bedensel bütünlüğünü koruma ve bedenine yapılacaklara karar verme hakkı” tespit edilmiştir (TC. 1982 Anayasası). İnsan bedenine saygı, “insan haklarının sert çekirdeği” adı verilen, temel haklar içerisinde yer alır (Kabaoğlu, 1993).

Aydınlatılmış onam öğretisi, hastanın özerk bir seçim yapabilmesini ön görür. Hastanın özerk bir seçim yapabilmesi ve dolayısıyla onam verebilmesi için de; öncelikle bu seçimi yapmasını sağlayacak bilgiye sahip olması, yani “aydınlatılması” gerekmektedir. Dünya tıp birliğinin 1977 yılındaki Havai ve 1981 yılındaki Lizbon Bildirgeleri, Avrupa Birliği'nin 1994 yılındaki Amsterdam Geliştirilmiş Hasta Hakları Bildirgesi ve Avrupa Biyoetik sözleşmesi (1997) gibi çeşitli uluslararası bildirgelerde tarif edildiği üzere, hekimler etik açıdan hastalarını bilgilendirmekle yükümlüdür. Ayrıca ülkemiz Hasta Hakları Yönetmeliği'nde (m:15, m:18, m:19, m:22) belirtildiği gibi, ülkemiz hekimleri için hastalarını

bilgilendirmeleri, aynı zamanda yasal bir yükümlülüktür (Görkey, 2002; Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1998; Hatun, 1999).

Ülkemizde diş hekimliği uygulamalarını yönlendiren temel yasalar, 1219 sayılı “Tababat ve Şuabatı san’atlarının tarzi İcrasına dair kanun” ve 10436 sayılı “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesidir”. Bundan sonra diş hekimliğine özel olarak çıkarılmış kanunlar, yönetmelikler, yönergeler ve tüzükler diş hekiminin hekimlik uygulamaları üzerine değil, diş hekimliği mesleğinin düzenlenmesine yönelik çalışmalardır. 2002 tarihli tıpta yanlış uygulama (malpraktis) yasa taslağında da diş hekimleri ayrı tutulmamış genel hekimlik içinde değerlendirilmiştir. Bu durumda ülkemizdeki diş hekimlerinin mesleklerini icra ederken dikkate alması gereken yasal ve etik kurallar bir çok ülkede olduğu gibi genel tıbbi yasalar ve etik kurallarıdır. Bu bağlamda tıp ve diş hekimlerinin rehber aldıkları etik düzenleme 1998 tarihli “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”dır. Bu etik kurallar içinde hasta haklarına saygı başlığı altında aydınlatılmış onama genişçe yer verilerek, aydınlatılmış onamın içeriği, alınmasının şartları, geçerliliği konusunda açık bilgiler sunulmuştur (Görkey, 2002; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960; Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1998; TDB, 2004).

Ülkemizde tıp uygulamaları içindeki aydınlatılmış onam konusunda oldukça çalışma yapılmakla beraber diş hekimliğindeki uygulamaya yönelik olarak bu konuyla ilgili yapılmış çalışma yok denecek kadar azdır.

Diş hekimliği alanında konuyla ilgili olarak daha ileri çalışmalar yapılmadan önce diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki bilgi, tutum ve kendilerinin hissettikleri mesleki yetkinliklerini, kendi uygulamalarını ve bunların kişisel değişkenlerle olan ilişkisini gösteren bir durum tespiti yapmak amacıyla bu çalışma düzenlenmiştir. Düzenlenen bu çalışmadan elde edilen bulgular bazı tespitlere ve önerilerde bulunmamıza izin verecek niteliktedir.

### **6.1. Çalışmaya Katılan Diş Hekimlerinin Kişisel Değişkenleri**

Yapılan çalışmada 197 anket tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan diş hekimlerinin cinsiyet dağılımları (erkek: %63, n:124; kadın: %37, n:73) ile Türkiye

genelindeki diş hekimlerinin cinsiyet dağılımı (erkek: %60; kadın: % 40) koşutluk göstermektedir (şekil 5.1.1).

Aynı şekilde çalışmaya katılan diş hekimlerinin çalışma şekilleriyle (serbest: % 78, n:155; Kamu + serbest: %8, n:15; Kamu: %14, n:27) Türkiye genelindeki diş hekimlerinin çalışma şekillerinin dağılımları (Serbest: %66, n:12231; Kamu + serbest: %19; n:3510; Kamu: %15, n:2690) büyük oranda koşutluk göstermektedir (Şekil 5.1.2.). Ancak kamuda çalışan hekimlerin toplantıya katılım oranları diğer gruptan daha düşüktür. Çalışmanın yapıldığı ortamın bir teknoloji fuarı olması nedeniyle, serbest çalışan diş hekimlerinin işletmelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için alımlarda bulunmak veya teknolojiyi yakından takip ederek pazar içinde rekabeti sürdürebilmek amaçlarıyla bu toplantıya katılımlarının fazla olması çalışmamızdaki diğer verilerle de karşılaştırıldığında oldukça anlamlı gelmektedir (Wiebe, 2000; Peltier, 2001;TDB, 2004; Arpacıoğlu, 2004).

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin büyük kısmı (% 80,7; n:159) pratisyen diş hekimidir (çizelge 5.1.1.). TDB'den (Türk Diş Hekimleri Birliği) alınan bilgiye göre ülkemizde lisans üstünde eğitim almış ve almakta olan diş hekimlerinin sayısının 1200-1500 (%7-8) arasında olduğu belgelenmiştir (Orhan Çimen 2005, sözlü görüşme). Oysa çalışmamıza katılan diş hekimlerinin %19'u lisans üstü eğitim almış diş hekimleridir. Bu açıdan değerlendirildiğinde çalışmamıza katılan diş hekimlerinin bilimsel düzeyinin genel olarak yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

Ülkemiz genelinde çalışan diş hekimlerinin kişisel özelliklerine göre dağılımları dikkate alındığında, çalışma grubumuz ülkedeki diş hekimlerini temsil açısından oldukça uygun bir dağılım içinde olduğu görülmektedir. Bu durum sonuçlardan tespitler ve öneriler çıkarmamızı destekleyici olacaktır.

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin tamamına yakın kısmı (%92,4; n:182) aydınlatılmış onam hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Diş hekimlerinin yalnızca yarısından azının etik bilgilerini lisans ve lisansüstü eğitim sırasında aldıkları göz önüne alındığında bu anlamlı gelmektedir. Ayrıca aydınlatılmış onam hakkında bilgileri olmadığını ifade edenlerin oranı, etik eğitim almış olduğunu ifade edenlerde dahi oldukça yüksektir. Bu sonuçlar diş hekimliğinde

sürdürülmekte olan etik eğitimin günümüz koşullarında yetersiz kaldığını düşündürmektedir (çizelge 5.2.1.).

## **6.2. Diş Hekimlerinin Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Tutumları ve Etkileyen Faktörler**

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin aydınlatılmış onam hakkındaki tutumları oldukça olumlu yöndedir, tutum skalasından aldıkları ortalama toplam puan hayli yüksektir ki bu da yüksek miktarda skalanın pozitif ucuna doğru bir kaymayı göstermektedir (çizelge 5.3.1.). Elde edilen bu sonuç toplam skor açısından Hollanda’da diş hekimleriyle aynı skalanın kullanımıyla yapılmış olan çalışmayla zıt yöndedir (Schouten et al. 2004). Bizim çalışmamızdaki bulgulara göre ülkemizdeki diş hekimleri genel olarak aydınlatılmış onamın hekim-hasta arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirip tedavi kalitesini yükselteceğini ve hastalarının ağız sağlıklarının durumundan daha çok haberdar olmalarını temin edeceğini düşünmektedirler. Ülkemizde aydınlatılmış onamın tam olarak tarif edildiği ve sınırlarının çizildiği açık yasaların olmaması, diş hekimlerinin aydınlatılmış onam kavramına karşı daha sağduyulu tutumlarının bir nedeni olabilir. Ancak aydınlatılmış onamın bazı muhtemel sonuçları hakkındaki negatif tutum her iki çalışmada da paralellik göstermektedir. Her iki çalışmadaki diş hekimleri de aydınlatılmış onamın diş hekiminin olası yasal işlemlere karşı kendilerini savunucu önlemler almasına yol açacağını düşünmektedirler (Schouten et al. 2004). Hollanda’nın, diş hekimliğinde aydınlatılmış onam hakkında çok çalışma yapılan ve klinik rehber kurallar oluşturarak diş hekimliğinin kanıta dayalı tedavi modeline dayandırılması çalışmalarının en yoğun olduğu ülkelerden olması açısından bu karşılaştırma önem taşımaktadır (Schouten et al. 2004; Görkey, 2002; The Collaboration, 2003). ABD’de birçok eyalet ve Avrupa’daki birkaç ülkede hasta haklarıyla ilgili olarak aydınlatılmış onamın özellikle göz önüne çıkarıldığı çok sayıda kanun yayınlanmıştır. Hollanda örneğinde olduğu gibi ( Medical Treatment Contract Act 1995) spesifik kanunlarla da bu ilişkinin koşulları ve sınırları kesin olarak çizilmiştir (Schouten et al. 2002; 2003a; 2003b; 2004; Schouten and Friele, 2001). Ülkemizde

konuyu savunan bazı araştırmacılar olmakla beraber, henüz kanıta dayalı klinik uygulama rehber kuralları uygulaması bulunmamasına karşılık diş hekimlerimiz aydınlatılmış onamın bu açıdan olası sonucunu, Hollanda’lı diş hekimleriyle benzer olarak “negatif” şekilde yorumlamışlardır. Sutherland (2004)’a göre diş hekimlerinin EBT ve CPG’ye karşı tavır almalarının nedeni, yasal işlemlerle daha sık karşılaşacak olmaktan korkmalarına dayanmaktadır. Diş hekimleri bu gibi uygulamaların diş hekimlerinin mesleki otonomilerine zarar vereceğini, hastaların bireysel ihtiyaçlarını görmezden gelerek tek tip bir hizmet verileceğini ve olası anlaşmazlık durumlarında bu kuralların hekimlere karşı kanıt olarak gösterileceğini düşünmektedirler (Schouten et al. 2004; Sutherland 2001a; 2001b). Ülkemizde yürürlüğe girmesi için çalışmaların olduğu tıpta yanlış uygulama yasasıyla bu tür uygulamaların çalışmalarının da başlatılması hedeflenmektedir. Bu uygulamalar ve kesin sınırlar başladığında ülkemiz diş hekimlerinin yasal işlemlerle ilgili negatif tutumlarının daha da artacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre aydınlatılmış onam elde edilmesi için harcanacak olan zaman özellikle deneyim yılı 6-15 arasında, aktif şekilde çalışma hayatı içinde olan ve dolayısıyla iş yükünün daha yoğun olduğu diş hekimleri tarafından bir kayıp olarak görülmektedir. Daha tecrübeli diş hekimlerin bu zamanı bir kayıp olarak görmemelerinin veya daha az görmelerinin nedeni, zamanla artan iletişim becerileriyle, hekim-hasta arasında çıkabilecek anlaşmazlıkları kestirebilmeleri, oturmuş bir çalışma düzeni ve rahatlamış çalışma koşulları olabilir. Bu açıdan bulgularımız Newton and Brennenman (1999)’ın tecrübeli hekimlerin hasta iletişimde daha iyi olduğu konusundaki görüşlerini doğrular niteliktedir. Kanımızca daha genç diş hekimleri ise güncel etik bilgileri, idealistlikleri, az hasta yükü ve deneyimsizlikleriyle bir hastaya daha çok zaman ayırmakta ve hastadan aydınlatılmış onam elde edilmesini bir zaman kaybı olarak görmemektedir veya 6-15 yıllık tecrübesi olan hekimlere göre bu fikre daha az katılmaktadırlar (Bridgman et al. 1999; Ozar and Sokol, 2002), (çizelge 5.3.2).

Kadın diş hekimlerinin aydınlatılmış onam elde edilmesine karşı tutumları erkek diş hekimlerine göre daha pozitifdir (çizelge 5.3.3). Bu bulgular, Atchinson (2002b)’ın ve bizim çalışmamızdaki kadınların iletişim becerilerinin erkeklerden daha yüksek olması (çizelge 5.6.2) bulgularıyla uyum içindedir. Atchinson et al.

(2002b)'ın çalışmasına göre, kadın diş hekimleri erkek diş hekimlerine göre daha az muayenehaneciliği tercih etmekte ve daha çok üniversitelerde, eğitim görevleri içinde yer almayı tercih etmektedirler. Ayrıca kadın diş hekimleri pediatrik diş hekimliğini erkek diş hekimlerinden daha çok tercih etmektedirler ve mezuniyet sonrası eğitimlere katılım oranları da erkek diş hekimlerinininkine göre daha yüksektir. Erkek diş hekimleri ise özellikle ağız cerrahisini seçmekte ve daha çok diş hekimleri topluluğu, bilimsel bir klüp yöneticiliği veya genel diş hekimliğindeki ileri eğitimler hariç danışman olarak çalışmayı tercih etmektedirler (Atchinson et al. 2002a; 2002b). Aynı zamanda yapılan araştırmalar kadın diş hekimlerinin erkek diş hekimlerine göre daha az hasta baktıkları, bir hasta için ayırdığı zamanın erkek diş hekimlerinin ayırdığı zamandan daha çok olması ve bunun sonucunda da erkek diş hekimlerine göre daha düşük toplam gelirleri olduğu göstermektedir (Brown and Lazar, 1998).

### **6.3. Diş Hekimlerinin Kendilerinin İfade Ettikleri Mesleki Yetkinlik**

Çalışmamızda diş hekimlerinin kendilerinin hissettikleri mesleki yetkinliğin değerlendirildiği skaladan aldıkları toplam puanlar skalanın nötr kısmındadır. Bir başka ifadeyle söylenecek olursa diş hekimleri aydınlatılmış onamın gereklerinin yerine getirildiği bir uygulama konusunda kendilerini ne yetersiz ne de tam olarak yetkin hissetmektedirler. Ülkemiz diş hekimleri Hollanda örneğindeki gibi yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmeyi en kolay, Türkçe'yi yeterince anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi ise en zor bulmaktadırlar (çizelge 5.4.1). Schouten'in yaptığı çalışmada "göçmen hastaları tedavi konusunda bilgilendirmek" en zor bulunmuştur (Schouten et al. 2004). Bizim çalışmamızda, Hollanda ve Türkiye'nin sosyo-demografik yapısındaki fark dikkate alınarak, göçmenler yerine "Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek" sorusu kullanılmıştır. Bu bağlamda her iki ülkenin diş hekimleri de benzer yanıtlar vermişlerdir. Ayrıca çalışmamızdaki diş hekimleri düşük eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek konusunda da negatif tutum sergilemektedirler. Bu sonuçlar ülkemizdeki ve Hollanda'daki ortalama eğitim seviyesi dikkate alındığında oldukça anlaşılabilir gözükmektedir. Daha çok üçüncü dünya ülkelerinden alınan ve



çoğunlukla eğitim ve kültür seviyeleri düşük olan göçmenler ile böyle bir yapıya sahip olmayan ülkemizdeki düşük eğitim seviyesindeki kişileri aynı kategoriye sokmak pek yanlış olmayacaktır. Bu bağlamda elde edilen bulgular Schouten (2004)'in çalışmadaki sonuçlarla uygunluk göstermektedir.

Bulgularımıza göre diş hekimlerinin hissettikleri mesleki yetkinlik bazı kişisel özelliklerden etkilenmektedir.

Çalışmamızda yaşı 41 ve üzerinde olan ( $X^2= 10,821$ ;  $P= 0,004$ ), deneyim yılı 16 yılın üzerinde olan ( $F= 5,204$ ;  $P= 0,006$ ), akademisyenlik yapan ( $X^2= 12,545$ ;  $P= 0,002$ ) ve uzmanlığı olan ( $t= 3,572$ ;  $P= 0,000$ ) diş hekimlerinin kendi ifade ettikleri mesleki yetkinlikleri daha yüksektir (çizelge 5.4.2).

Yaşı 41 ve üzerinde olan diş hekimleri Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi ( $X^2= 17,990$ ;  $P= 0,000$ ), hastaları seçenekler konusunda yeterince bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmayı ( $X^2= 7,706$ ;  $P= 0,021$ ) diğer yaş gruplarındaki diş hekimlerine göre daha kolay bulmaktadır (çizelge 5.4.3), (çizelge 5.4.6).

Deneyim yılı 0-5 yıl arasında olan diş hekimleri ile 16 yıl ve üzerinde olan diş hekimleri yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmeyi deneyim yılı 6-15 yıl arasında olan diş hekimlerine göre daha kolay bulmaktadır ( $X^2= 9,692$ ;  $P= 0,008$ ), (çizelge 5.4.7.).

Uzmanlığı olan diş hekimleri Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi ( $X^2= 8,006$ ;  $P= 0,005$ ), hastaların tüm sorularına cevap vermeyi ( $X^2= 10,278$ ;  $P= 0,001$ ), düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmeyi ( $X^2= 6,221$ ;  $P= 0,013$ ) diğer gruplardaki diş hekimlerine göre daha kolay bulmaktadır (çizelge 5.4.3.), (çizelge 5.4.4), (çizelge 5.4.5).

Peltier (2001)'e göre diş hekimliği asla teknik gelişmelerden izole edilemez, teknolojiyle olan bu entegrasyon özellikle modern diş hekimliğindeki tedavi seçeneklerinin çok artmasına, bir durum için birden fazla çözüm olmasına yol açmıştır. Etik bakış açısının getirdiği gereklilikler dikkate alınmasa dahi zaten bir çok olası teknik sorun konu içinde yer alacaktır (Benbassat et al. 1998; Peltier, 2001). Bu durum hastanın bilgilendirilmesi aşamasında diş hekiminin teknik terimleri kullanmasını gerektirebilir. Tüm bu teknik detayların hastalar açısından kavranabilmesi hekim açısından da anlatılması eğitim seviyesi yükseldikçe doğal

olarak çok daha kolay olacaktır. Fakat tedavi hizmeti almaya gelen hastanın kendisine uygulanacak tedaviyi bilmesi, hekimin bunu her hastanın anlayabileceği yalınlığa taşıyabilmesi gerekmektedir. Hekimlerin kişilik özellikleri (Klages, Serogl and Brucker, 1992) ve deneyim yıllarının (Kress, 1988) iletişim becerilerini etkilediği gösterilmiştir (Newton and Breneman, 1999). Peltier (2001)'e göre, yeterince tecrübesi olan bir diş hekimi mesleğin gerektirdiği tüm teknik detaylardan ve sürprizlerden haberdar olacak ve ifadelerinde hastaların eğitim durumlarına göre kullanacağı bir dil geliştirmiş olacaktır. Böylelikle tedavi süreci başlamadan önce hastanın gereksinim duyabileceği bilginin miktar ve içeriğinin tahmin edilip hastaya verilmesi ve bunun anlaşılmasını sağlayıp kontrolünün yapılması mümkün olduğundan, olası sorunlar baştan bertaraf edilebilecektir (Benbassat et al. 1998; Gurm and Litaker, 2000). Çalışmamızda olduğu gibi hissedilen mesleki yetkinliğin temel eğitimin üstünde bir eğitim almış olan diş hekimlerinde artması, gerek teknik gerek etik açıdan donanımlarının artması sonucudur. Böylelikle hastaların sorduğu tüm sorulara cevap vermek, düşük eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek pratisyen diş hekimlerine nazaran daha kolay gelmektedir. Bu da mezuniyet sonrası eğitimlerle diş hekimliği kalitesini artırmaya yönelik çabaların gerekliliğini ve doğruluğunu ortaya koymaktadır. Atchinson et al. (2002a)'a göre mezuniyet sonrası eğitimlere katılan diş hekimleri teşhis koymada daha kapsamlı ve invaziv müdahalelere girişebilmekte, mesleki donanımını artırarak daha spesifik vakaları tedavi edebilmekte, hastaları uzmanlara gönderme oranı düşmekte ve kendilerini geliştirmeye ve mesleki gelişmeleri takip etmeye daha çok vakit ayırmaktadırlar (Bailey, 1985; Bridgman et al. 1999; Atchinson et al. 2002b). Bu durumda bulgularımız var olan çalışmalarla uyum göstermektedir.

Yaptığımız çalışmada, aydınlatılmış onam hakkında bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimleri Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmeyi ( $X^2= 8,764$ ;  $P= 0,003$ ), düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmeyi ( $X^2= 5,871$ ;  $P= 0,015$ ), hastaları seçenekler konusunda yeterince bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmayı ( $X^2= 9,610$ ;  $P= 0,002$ ) diğer gruplardaki diş hekimlerine göre daha kolay bulmaktadır (çizelge 5.4.3), (çizelge 5.4.5), (çizelge 5.4.6). Böylelikle çalışmamızdan elde edilen bulgular, etik bilincin yükseltilmesinin diş hekimi kalitesini, hekim-hasta

ilişkinin iyileştireceğini ve sunulan tedavi kalitesinin artırılacağını söyleyen çalışmalarla paralellik göstermektedir (Bebeau and Thoma, 1994; Berk, 2001). Ayrıca çalışmamıza katılan diş hekimlerinden etik bilgilerinin yeterli olduğunu ifade eden grubun kendi hissettikleri yeterlilik değerleri de yüksektir (çizelge 5.4.8). Elde ettiğimiz bu yöndeki bulgular diş hekimliği fakültelerindeki eğitim şeklinin amaca yönelik olarak uyarlanması ve yeterli etik eğitimin müfredat içine alınmasının gerekliliğini vurgulayan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Bridgman et al.1999; Bebeau and Thoma, 1994; Berk, 2001; Chambers et al. 2003; Porter and Grey, 2002).

#### **6.4. Diş hekimlerinin Kendi Uygulamalarındaki Davranış Şekilleri**

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin davranış toplam puan ortalamaları çok yüksek düzeydedir (çizelge 5.5.1). Kendi ifadelerine göre, uygulamalarındaki yaklaşımları, aydınlatılmış onam kavramının şartlarını yerine getirecek şekildedir.

Çalışmamızda diş hekimlerinin kişisel değişkenleriyle davranış toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Diş hekimlerinin davranış ve kararlarını etkileyen pek çok faktör vardır. Çünkü diş hekimleri etik değerleri değişik kaynaklardan alırlar. Bunların bir kısmı kanunlar, içinde yaşadığı toplumun değerleri, hastanın değerleri, diş hekiminin çalıştığı organizasyonun kuralları ve normatif değerler gibi dışarıdan diş hekimine zorunlu kılınan etkenlerdir. Diğer kısmı da etik kodlar, mesleki gelenekler, tedavi standardı, diş hekiminin değerleri gibi diş hekiminin kendiliğinden sahip olduğu veya kazandığı etkilerdir (Nash, 1984a; Peltier, 2001; Porter and Grey, 2002). Diş hekimleri iyi bir mesleki hizmet sunabilmek için mesleğinin uygulamalarında bu kurallara uygun davranır, davranmak zorundadırlar. Düşüncemize göre henüz diş hekimliği mesleğinin hekimlik ve ticari işletme kısımlarını aynı anda karşılayan, tespit edilmiş melez etik kodlara sahip olunmasa da, oluşmuş kolektif meslek bilinci, gelenekleri, tedavi standartları saptanmış bir davranış şeklinin diş hekimlerinin çoğu tarafından kabul edilmesini temin etmiştir (Peltier, 2001; Bebeau and Thoma, 1994). Bu açıdan kişisel değişkenlerden bağımsız olarak davranış toplam puanının yüksek olması anlaşılabilir olacaktır (çizelge 5.5.2.).

Diş hekimliği mesleğinin sunumu ve uygulaması tıp dahil olmak üzere diğer mesleklerden oldukça farklı bir içeriğe sahiptir. Diş hekimliği mesleğinin, çok açık şekilde büyük yüzdesini oldukça “kırılgan bir pazar” ve “stresli bir çalışma” şekline sahip olan ticari işletme kısmı oluşturmaktadır. Bu durumda mesleği yönlendiren kurallar ve diş hekimlerinin aldıkları kararlar yalnızca tıbbi veya salt ticari kararlar olmayacaktır. İyi bir diş hekimliği sürdürebilmek için birbirine zıt etik kodları olan bu iki kutbun çok iyi bir şekilde harmanlanması gerekmektedir (Wiebe, 2000; Peltier, 2001). Bu melez etik anlayışla diş hekimleri davranışlarını çok ince ayarlar içinde sergilemek zorunda kalmaktadırlar. Hem bir hekim hem de bir iş adamı gibi davranırken çıkabilecek tüm olası sorunları önceden öngörebilmeli, uygulamalarında her evreyi buna göre planlamalıdır. Çünkü diş hekimliğinde en çok sorunun yaşanma ihtimali olan yerlerden biri işin ekonomik kısmıdır (Williams, 2001; Latham, 2004).

Çalışmamıza katılan diş hekimleri arasında serbest çalışan grubun uygulamalarına başlamadan önce planlanan tedavinin amacı ve niteliği ( $X^2= 6,893$ ;  $P= 0,009$ ), tedavinin fiyatı hakkında ( $X^2= 6,870$ ;  $P= 0,009$ ) hastayı bilgilendirmeye daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur (çizelge 5.5.3, çizelge 5.5.4.). Kanımızca serbest diş hekimlerinin uygulamalarına başlamadan önce planlanan tedavinin amacı ve niteliği, tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendirmeyi, bir kurum politikasının getirdiği koruyucu ve rijit bir şemsiye altında çalışan hekimlerine nazaran daha ön planda tutması, sahip oldukları iş yerlerini, hekimlik etik gereklerinin de çiğnenmediği, saygın profesyonel bir iş ortamı içinde sürdürebilmeyi temin etme çabaları olarak görülebilir (Beauchamp, 2004). Olası bir sorun karşısında kurumlarda çalışan diş hekimleri , sorundan hekimlik onurları zarar görmeden çıkabilecektir. Çünkü problemin bir kısmı kurum politikalarına atfedilebilecektir. Oysa kendi iş yerinin sahibi olan hekimler o iş yerinin politikasından da sorumlu olması nedeniyle olası sorunlarda çok yıpranabileceklerdir. Bu durumda diş hekimliği hizmetinin sunum şekli açısından profesyonellik kavramı diş hekimlerine yardımcı olabilecektir (Chambers, 2001).

Çalışmamızdaki diş hekimlerinden uzmanlığı olan grubun uygulamalarına başlamadan önce planlanan tedavinin fiyatı hakkında ( $X^2= 4,638$ ;  $P= 0,031$ ) hastayı bilgilendirmeye daha çok dikkat ettikleri sonucu bulunmuştur (çizelge 5.5.4.).

Uzmanlığı olan diş hekimlerinin tedaviye başlamadan evvel hastayı fiyatı konusunda bilgilendirmeyi diğer hekimlere kıyasla daha öne çıkarmalarının nedeni uzman diş hekimlerine gelen hastaların genelde bir pratisyen tarafından gönderilen veya pratisyenin çözüm bulamadığı bir soruna daha spesifik çözümler arayan hastalar olması nedeniyle genelde daha pahalı bir çözüm sunabilme ihtimalleri yüzünden olabilir (Atchison, 2002b). Ayrıca Ozar (2002)'ın belirttiği gibi diş hekiminin ekspertizi sınırsız bir kaynak değildir ve kazanılıp idame ettirilmesi gerekir. Bu açıdan daha yüksek ve zor bir ekspertiz için uzman hekimin daha yüksek karşılık talep etmesi öngörülebilir bir durum olduğundan hekimlerin hastaları bu duruma karşı bilgilendirmeleri anlaşılır bir davranış gibi gözükmektedir.

Çalışmamıza katılan diş hekimleri arasında etik ve yasal bilgilerini eğitimleri sırasında alan diş hekimlerinin bu bilgileri kendi çabalarıyla elde eden diş hekimlerine göre karar verilen tedavi konusunda daha çok hastanın rızasını alma eğiliminde oldukları ( $X^2= 5,862$ ;  $P= 0,015$ ), hastayı bilgilendirmeye daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur (çizelge 5.5.5.). Çağdaş diş hekimlerinin hekim-hasta ilişkisi içindeki tarihsel gelişmeye ve etik değişikliklere paralel olarak uygulamalarını yönlendirmeyi tercih etmeleri anlaşılır bir durumdur. Eski dönemlerin paternalistik anlayışı bugün artık yerini hastanın özerkliğine saygı duyan bir anlayışa bırakmıştır (Namal, 2003; Beauchamp, 1989; King, 2001; Chapple et al. 2003). Süreç içindeki bu değişiklik olduğu kadarıyla var olan eğitim müfredatlarına da yansımaktadır (Beauchamp, 2004; Bridgman et al. 1999; Bebeau and Thoma, 1994; Berk, 2001). Böylelikle eğitimleri sırasında etik eğitim almış olan diş hekimlerinin etik bilgileri kendi çabalarıyla öğrenen diş hekimlerine kıyasla güncel etik anlayışa uygun davranışları beklenen bir durumdur. Bu bulgulara göre çalışmaya katılan diş hekimlerinin tedaviye başlamadan evvel planlanan tedavi konusunda hastanın rızasını almaları etik eğitimin geçerliliği savunan literatürle uyum içindedir.

Aydınlatılmış onam hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu ifade eden diş hekimlerinin bu konudaki bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade eden diş hekimlerine göre davranış toplam puanları da daha yüksektir ( $U= 928,000$ ;  $P= 0,038$ ), (çizelge 5.5.6.). Aydınlatılmış onam kavramı doğru bir hekim-hasta ilişkisinin iskeleti olarak ifade edilebileceğinden bu kavram ve uygulama gerekliliği hakkında bilgisi olan hekimlerin kendi ifade ettikleri uygulamalarındaki davranış skorlarının yüksek

olması isabetli bir örtüşme olarak görünmektedir. Çalışmamızda etik bilgilerinin ve aydınlatılmış onam hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğunu ifade eden hekimlerin davranış ortalama toplam puanlarının yüksekliği literatürle uyumludur (Bailey, 1985; Beauchamp, 1989; Beauchamp and Childress, 1989; Williams, 2001).

## 6.5. İletişim

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin kendi ifadelerinden anlaşılan iletişim becerileri oldukça yüksektir (çizelge 5.6.1). Dubé-Baril (2004)'e göre, en deneyimli diş hekimleri bile uygulamaları sırasında yasal açıdan sorunlarla karşılaşabilir, açılan davalarda kendini savunmak durumunda kalabilir. Diş hekimleri ve hastalar arasında çıkan sorunların büyük kısmı tedavi hatalarından değil, yanlış anlaşılmalardan kaynaklanmaktadır (Krause et al. 2001) Yargıya intikallerin gösterilen nedeni büyük oranda yeterince bilgilendirilmedikleri zeminindedir (Bailey, 1985; Dubé-Baril 2004; Özdemir ve ark. 2001). Yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak bu durum; bilginin kasıtlı saklanması, stresli çalışma ortamı, yoğun tempo ve mesleğin içinde bulundurduğu bazı teknik detaylardan dolayı iletişim problemi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Chambers, 2001; Krause et al. 2001). Ayrıca diş hekimliğindeki hizmetlerin çoğunlukla isteğe bağlı olması ve karar verme sürecinin tıbbi durumlardakinden daha farklı olarak çok seçeneğe sahip olması, bunların hastanın anlayacağı dile indirgenmesi ve hastanın daha çok hangi yöntemden anlayabileceğinin değerlendirilebilmesi gibi yönleri de içermektedir. Bu durumda diş hekimlerinin iletişim becerilerinin yüksek olması, istenen ve hastalar tarafından beklenen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır (Doyal and Cannell, 1995). Düşüncemize göre tedaviye başlamadan önce aydınlatılmış onam elde edilmesi süreci içinde, müşteri ilişkisindeki bir iş adamı gibi hastasını rahatlatmak, karar verebilmesi için gereken bilgiyi ve seçeneklerini sunmak, Hipokrat'ın doktrinlerine bağlı bir hekim gibi onun önceliklerini ve değerlerini ön planda tutmak, bunu yaparken de modern çağın vazgeçilmez kuralı olan hastanın özerkliğine saygı duymak ve kendi hakkında karar verme gücüne sahip olan hastanın uygulanacak tedaviye karar verme sürecine aktif katılımını sağlamak için etkin bir iletişim yeteneğine sahip olması bir diş hekiminin taşıyabileceği en önemli özelliklerden

biridir. Böylelikle kuralına uygun, tüm gereklerin yerine getirildiği bir aydınlatılmış onam elde etmek mümkün olacaktır.

Nitekim çalışmamıza katılan diş hekimlerinin kendi ifadelerinden çıkarılan yüksek iletişim becerileri ile davranış skalasından aldıkları toplam puanlar arasında pozitif korelasyon gözlenmektedir ( $r= 0,523$ ;  $P= 0,000$ ). İletişim becerisi daha yüksek olan diş hekimleri aydınlatılmış onam kurallarına daha uygun davrandıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin ifadelerine göre kendi çalışmalarında en çok dikkat ettikleri nokta hemen hemen daima hastayı selamlayarak seansa başlamaktır (ortalama: 4,56; SS:2,127). Newton'un bir çalışmasında belirttiği gibi "diş hekimi-hastanın ilk karşılaşması sırasında ne söylendiği ve ne yapıldığının sonuç üzerine etkisi olacaktır" (Newton and Brenneman, 1999). Büyük bir güvene dayanması gereken diş hekimi-hasta ilişkisinde açıklık ve hastanın bilgilendirilmesi çok önemlidir. Bilindiği gibi diş hekimliğindeki bazı uygulamaların en büyük sorunu, sonucun her zaman istenilen düzeyde başarılı olmamasıdır. Sonucun her zaman tahmin edilebilir olmaması ise hasta beklentilerinin şekillendirilmesinde diş hekimi-hasta ilişkisinin olabilecek en açık düzeyde ve samimi olmasını gerektirmektedir (Demirel, 2003). Hastanın selamlanarak çalışmaya başlanması samimi bir ilişkinin ilk ve temel iyi niyetli adımı olacaktır.

Yine çalışmaya katılan diş hekimlerinin kendi çalışmalarında nispeten daha az dikkat ettikleri konunun ise hastanın tedavi planı ve seçeneklerini tam olarak anlayıp anlamadığını kontrol etmek olduğu görülmektedir (ortalama: 4,56; S.S: 0,672). Aydınlatılmış onamın temel şartlarından biri bilginin anlaşılmasını da sağlamaktır. Teknik olarak iletişim becerisi ülkemiz ve diğer bir çok ülkenin diş hekimliği fakültelerinde eğitim müfredatı içinde bulunan bir konu değildir. Hekimler bunu daha çok kendilerinin ve hastaların kişilik özellikleri, tecrübeleri ve belki de Akdeniz ırkının avantajlı iletişim özellikleriyle yerine getirmektedirler (Chambers, 2001; Dworkin, 2001; Oshaka, 1997). Düşüncemize göre bu rasgele iletişim becerisi içinde diş hekiminin hastanın kişilik özelliklerini her zaman tam olarak değerlendirebilmesi ve standart bir iletişim şekli uygulayabilmesi mümkün olmayabilir. Sınırları ve yönü belli olmayan bir iletişim içinde hastanın anlayıp anlamadığının kontrolü de göz ardı edilebilir. Kanıta dayalı tedavi metotlarının

yerleştirilmesi için çaba sarf edilen bir dönemde hekim-hasta arasındaki ilişkinin bir düzen ve objektiflik içinde sürdürülmesi tercih edilmektedir (Sutherland et al. 2001a). Fakat malzemesi insan olan tıp ve diş hekimliği gibi alanlarda hekim-hasta ilişkisi için oldukça esnek ve kişiye özel inisiyatiflerin de kullanımına olanak sağlayan modeller oluşturulması gerekmektedir. Başta D. Ozar (2002) olmak üzere çeşitli araştırmacılar karar verme temelinde diş hekimliği-hasta ilişkisi üzerinde ideale yakın modeller ortaya koymuşlardır. Williams (2001)'ın belirttiği gibi hastaların tıbbi karar verme işlemiyle diş hekimliğindeki karar verme eylemleri farklıdır. Tıbbi karar vermede hasta çoğu zaman bir tedaviyi kabul etme yada etmeme durumundadır. Çok tedavi seçeneği yoktur ve daha hayati konulardadır. Oysa diş hekimliğinde nadiren hayatı tehdit eden durumlar vardır ve bu yüzden diş hekimliğindeki karar alma prosesi hasta için az çok yeni bir araba almak yada bunun gibi bir işleme karar verme sürecine benzer. Hangi seçeneği uygulamalıyım, ne kadar tutar, nasıl ödeyebilirim şeklinde soruları vardır (Williams, 2001). Fraukel and Lurie (2002)'e göre gerçekte diş hekimliği tarihi geçmişine bakıldığında da tıptan biraz daha farklı olarak meslekteki müşteri kavramına çok uzak değildir ve tıpta olduğu gibi hizmet verdiklerinin genel esenliğini sağlamanın yanı sıra istekleri ve çıkarlarını gözetmek zorunda olduğu bir müşteri grubuna sahiptir. Ayrıca diş hekimliği hastasına bilgi verilmesi de kolay bir iş de değildir. David Nash (1984a)'e göre, diş hekimi makul bir insanın karar vermek için ihtiyaç duyabileceği miktarda bilgiyi vermekle yükümlüdür, fakat bu hastanın anlamasını sağlayacak şekilde yerine getirilmelidir. Etik uzmanlarına göre bu; hastanın anladığını değerlendirmesini isteyerek, isteklerde bulunarak ve soruları cevaplamak yoluyla bilginin geri dönüşümlü şekilde işlenmesiyle yerine getirilir. Makul birinin bilgi isteği hastanın karar almanın ne kadar önemli olduğu inancına bağlı olarak değişebilir (Wiebe, 2000; Williams, 2001; Benbassat et al. 1998). Williams (2001)'a göre iki tip diş hekimliği hastası vardır. Biri, dişlerine önem veren ve düzenli hastalardır ki bunlar belli miktarda bilgiye ihtiyaç duyarlar. Diğeri ise dişleri sadece ağrıdığı zaman aklına gelen hastalardır ki bunlar mümkün olduğunca az bilgi tercih ederler ve çoğunlukla sadece fiyatın kendilerine bildirilmesinden hoşlanırlar ve bu durum hastalarını yeterince bilgilendirmek isteyen diş hekimleri için hayal kırıklığı kaynağıdır (Chambers, 2001; Williams , 2001; Krantz et al. 1980; Miller, 1987).



Çalışmalar çoğunlukla diş hekimlerinin hastalarının onamlarını, ancak seçenekler özgür ve ilgili bir şekilde dikkate alındıktan sonra alabilecekleri yönündedir. Bu tip iletişim diş hekimliğindeki yeni talepler ve aydınlatılmış onamın standardı olarak vardır (Williams, 2001). Tıp ve diş hekimliği mesleklerinin iş gücü, çalışma şekilleri, hastalık içerikleri, hastaların diş hekimliği ve tıbbi ihtiyaçları algılama şekilleri ve finansmanı açısından farklılık gösterirler (Littleton, 1979). Düşüncemize göre bu farklılıklar yüzünden hastanın seçeneklerini çok iyi anlaması belki de tıpta olduğundan daha önemlidir. Çünkü diş hekimliğinin kullandığı ileri teknoloji yüzünden diş hekimliğinde bir durum için birden fazla seçenek vardır ve her hasta için uygun olanı farklıdır. Bu tedaviler için öngörülen zaman, ücret, katlanılması gereken sıkıntıların süreç içinde teknik veya hastaya ait nedenlerle, değişebilmesi mümkündür. Estetik değerlerindeki farklılıklar, sonuç üzerinde hekim ve hastanın beklentilerinin farklı olmasına neden olabilir ve bir başarısızlık durumunda hastanın maddi ve manevi zararı olacaktır. Bu gibi durumlarda hekimler de sonucun çok kesin olmadığı tedavileri uygulayıp prestij ve para kaybetmek istemeyeceklerdir (Peltier, 2001; Cannavina et al. 1995; Doyal and Cannell, 1995; Latham, 2004).

Kanıtla dayalı tedavi uygulamalarını diş hekimliğine yerleştirme taraftarları; bu belirsizlikleri ortadan kaldıracığı düşünülen rehber kurullarla hekim-hasta ilişkisini şablonlara dayandırıp hekimin iletişim becerisi gerekliliğini en aza indirmeye çalışsa da, malzemesi insan olan sağlık hizmeti sunumunda bu gereklilik sürekli var olacaktır. Diş hekimlerinin büyük çoğunluğu bireysel hasta ihtiyaçlarını gözden kaçıracağı endişesiyle bu uygulamaya karşı tavır göstermektedirler (Cannavina et al. 1995; Sutherland et al. 2001a). Düşüncemize göre tüm açılarıyla doğru bir etik anlayışa sahip diş hekimi-hasta ilişkisi içinde her iki taraf için de uygun görülüp yerine getirilen bir aydınlatılmış onam, durumu netleştirici olacaktır. Diş-hekimi hasta arasında çıkabilecek sorunlar bir iletişim ortamında önceden tartışıldığı için hiçbir ayrıntı atlanmayacak veya konuşmaktan imtina edilmeyecektir. Esas olan samimi ve açık iletişimdir. Nitekim bizim çalışmamızdaki “diş hekimlerinin hastaların anlayıp anlamadığını kontrol etmesi konusu” çok düşük oranda diğer seçeneklerden daha az puanlanmıştır, yoksa çalışmamızdaki diş

hekimlerinin bu soruya verdikleri cevap her zaman ile daima seçeneği arasındadır (çizelge 5.6.1.).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre kadın diş hekimlerinin iletişim becerileri erkek diş hekimlerinininkinden daha yüksektir (çizelge 5.6.2.). Yurtdışında konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında bu oldukça tutarlı bir sonuçtur. Atchison (2002b)'un çalışmasında belirttiği gibi kadın hekimler hasta bakımının sosyal ve koruyucu kısımlarına daha çok dikkat etmekte ve daha hassas ve empatik olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kadın diş hekimleri erkek diş hekimlerine göre daha az muayenehaneciliği tercih etmekte ve daha çok üniversitelerde, eğitim görevleri içinde yer almayı tercih etmektedirler ki bu veri bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerden biri olan cinsiyet ile tedavi sonunda koruyucu öneriler verme arasındaki anlamlı ilişki ( $X^2=10,385$ ;  $P= 0,016$ ) ile koşutluk göstermektedir. Çalışmamızda kadın diş hekimleri erkek diş hekimlerinden daha çok koruyucu öneriler verdiklerini ifade etmektedirler (çizelge 5.6.4.). Yine Atchison (2002b)'a göre kadınların mezuniyet sonrası eğitimlere katılım oranları da erkek diş hekimlerinininkine göre daha yüksektir. Erkek diş hekimleri daha çok diş hekimleri topluluğu, bilimsel bir klüp yöneticiliği yada genel diş hekimliğindeki ileri eğitimler hariç danışman olarak çalışmayı tercih etmektedirler. Bu da muhtemelen kadınların iletişim becerilerinin daha yüksek olduğunu gösteren bir davranış şeklidir. Yine çalışmalarda belirtildiği üzere kadın diş hekimlerinin bir hasta için ayırdığı zamanın erkek diş hekimlerinin ayırdığı zamandan daha çok olması nedeniyle, kadın diş hekimleri erkek diş hekimlerine göre daha az hasta bakmaktadır. Bunun sonucunda da erkek diş hekimlerine göre daha düşük toplam gelirleri olmaktadır. Tüm bu sonuçlar dikkate alındığında kadınların diş hekimliğindeki işgücünün eğitimin kalitesini artıracığı yönünde yorumlar yapılmaktadır (Atchison 2002b; Brown and Lazar, 1998).

Çalışmamızdan elde ettiğimiz bir başka sonuca göre etik ve yasal bilgilerin nereden alındığıyla hastayı selamlayarak seansa başlama arasında anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Etik ve yasal bilgilerinin eğitimleri sırasında aldığını belirten diş hekimlerinin , kendi çabalarıyla öğrenenlerden daha çok hastayı selamlayarak işe başlama eğiliminde olduğu görülmektedir (çizelge 5.6.3.). Hastayı selamlayarak tedaviye başlamak etik açıdan doğru olan bir diş hekimi hasta- ilişkisinin ilk ve temel

şartıdır. Hekim ve hasta arasındaki açık ve güvene dayalı bir ilişki olması tedavinin esasıdır. Hastaların bir diş hekimine devam nedenlerinin incelendiği Kelly (1990)'ın yaptığı bir çalışmaya göre, hastaların büyük yüzdesinin diş hekimlerine devam nedenlerinin en başında diş hekimlerinin samimiyetinin geldiğini belirtmiştir. Temizlik, profesyonel görünüm, diş hekiminin bilgisi, nezaketi, alakası ve işinin kalitesi gibi faktörler bundan sonra gelmektedir (Kelly et al. 1990). Hirsch ve Gert (1986)'ın çalışmalarında belirttiği gibi diş hekimi-hasta arasındaki ilişki bir kere karşılıklı güvene dayandırıldığında bir çok alışılmadık ve zor durum kolaylıkla çözülebilir. Kanımızca yeterli etik eğitim almış olan bir diş hekimi hasta ile ilişkisinde hastaların beklentilerinden ve hekimlerin bu beklentilere karşı göstermeleri gereken ödevlerden haberdar olacaktır. Yeterli etik eğitim almayan bir diş hekimi tüm tedavilerde alınan kararların yalnızca tıbbi kararlar olduğu yanılgısına düşüp, hastaya davranışında uymak zorunda olduğu etik kurallardan haberdar olmayabilir. Oysa tedavi adına alınan kararlar çoğunlukla kişilerin değerleriyle de ilgili kararlardır ve hastanın bu sürece katılımı hekim tarafından teşvik edilmelidir. Etik eğitim almış bir hekim bunu yerine getirmenin yolunu ve metodunu bilecektir (Chambers 2001; Ozar and Sokol, 2002).

Mofidi et al. (2003)'a göre, “bugünün gelişen sosyal, ekonomik, tıbbi hizmet çerçevesi içinde, öğrencileri kliniklere ve bilimsel toplantı salonlarına hapseden geleneksel eğitim müfredatının, toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılamaında yeterli olan mezunlar vermede gittikçe daha yetersiz kaldığı görülmektedir”. ABD’de diş hekimi öğrencileri arasında etik davranışın başlatılmasının önemi bir çok diş hekimliği fakültesinde resmi etik eğitimin diş hekimliği eğitim müfredatı içine konmasıyla gösterilmiştir. Son 30 yıldan fazla bir süredir diş hekimliği eğitimcileri etik eğitimin gerekliliğini tanımlamışlar ve değişik eğitim modellerini denemişlerdir. Bugün artık etik eğitim, öğrencilerin iç gözlemlerini ve gurup problem çözüm yeteneklerinin oluşturulması için, saf didaktik eğitimden daha katılımcı eğitim modellere doğru yönlendirilmiştir (Berk, 2001).

Bridgman (1999)'a göre iyi ve güvenli bir diş hekimliği hizmeti vermek için kabul edilebilir kanuni ve etik gereklilikler konusunda geniş oranda bir fikir birliği vardır. Bununla ilgili gerekliliklerin yerine getirilebilmesi için henüz öğrencilikten itibaren öğrenciler gelişen entelektüel etik anlayışlarını ve iyi bir diş hekimliği

pratiğinin kanuni dayanaklarını gelişen kendi klinik deneyimleri içinde hastalar, diğer sağlık personeli ve toplumun diğer üyeleriyle olan profesyonel ilişkilerinde hassas bir şekilde uygulamayı öğrenmelidir.

Son yıllardaki etik eğitimde atılan adımların çalışan diş hekimleri üzerindeki yansımalarının çalışmamızdaki sonuçlardan da görülmesi sevindiricidir. Bizim çalışmamızda da aydınlatılmış onam konusunda yeterli bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimlerinin iletişim toplam puanları aydınlatılmış onam konusunda yeterli bilgisi olmadığını ifade eden diş hekimlerinden daha yüksektir (U=945,500; P=0,045). Bailey (1985) bir çalışmasında Amerika'da son yıllarda saldırı ve ihlal içerikleri olan aydınlatılmış onam davalarında azalma olduğunu yazmıştır. Bu da diş hekimliği eğitimindeki etik ve kanunlarla ilgili eş zamanlı iyileştirme çabalarıyla koşutluk göstermektedir. Aydınlatılmış onam etik eğitiminde en çok üzerinde durulan konudur ve hekim- hasta ilişkisini de belirleyen bir kavramdır. Aydınlatılmış onamın elde edilmesi aşamasında aydınlatılmış onam elementleri doğru bir şekilde yerine getirildiğinde hekim- hasta arasında da zorunlu olarak bir tartışma, karşılıklı fikir alış verişi durumu oluşturulması gerektiğinden iletişim becerileri yüksek olan hekimlerin aydınlatılmış onam kavramından da haberdar olmaları çok akla uygun gelmektedir. (çizelge 5.6.5.). Bunun yanında diş hekimliği artık aydınlatılmış onam ve risk idaresini 1950'lerden sonra pratiği içine almıştır. Bugün artık hastanın planlanan tedaviyi kabulü ve diş hekimlerinin birincil sorumluluğu olarak bu tedavinin tüm ifade ettiklerinin hastaya açıklanmasını sağlamak bir zorunluluktur (Dubé-Baril, 2004).

#### **6.6. Diş Hekimlerinin Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Aydınlatılmış Onam Elde Edilmesine Yönelik Tercihleri**

Çalışmamıza katılan diş hekimlerinin yarıdan fazlası (%58,4; n:115) aydınlatılmış onam bölümlerinden biri olan hastanın bilgilendirilmesi aşamasında, hastaya bilginin yazılı olarak verilmesinden yana görüş bildirmişlerdir (çizelge 5.7.1). Dubé-Baril (2004)'in yazısında belirttiği gibi hastaları bilgilendirme

zorunluluğu yalnızca diş hekiminin sorumluluğundadır. Hatta bu görev diş hekimliği personelinin herhangi birine devredildiğinde, olası herhangi bir anlaşmazlık durumunda bilgilendiren kişinin yanlısının sorumluluğu da yine diş hekimine aittir ve ülkemizdeki tıpta yanlış uygulama yasa tasarısında da bu durum aynı şekilde tespit edilmiştir. Bu durumda aydınlatılmış onam elementleri içinde hastayı bilgilendirmek en yüksek önemi taşımaktadır. 1960'larda riskler hakkında yeterince bilgilendirilmediği takdirde hastanın anlamlı bir onam veremeyeceği anlayışı aydınlatılmış onam doktriniyle birleştirilmiştir (Sfikas, 2003). Sağduyulu bir kişinin karar verme işleminde ihtiyaç duyabileceği miktar ve çeşitteki bilginin hastaya verilmesi bir zorunluluktur. Fakat sağduyulu bir insanın ihtiyaç duyduğu bilginin ne kadar olduğu nasıl verilmesi gerektiği konusunda da kanuni farklar da vardır. Ülkelere göre ve hatta ülkelerdeki eyalet yönetimlerine göre farklılıklar olabilmektedir. ABD Utah eyaletindeki yönetmeliğe göre diş hekiminin hastaya bilgi vermesi ve bunu anlaşılır kılması zorunluluktur. Bu durumda diş hekimi önerilen tedaviye ait tüm gerekli bilgilerin belirtildiği yazılı bir dökümü hastaya sunabilmesi ve böylelikle hastanın bunu tedaviden önce okuması istenerek tedaviyi iyice kavramasını temin etmek önerilmektedir (Bailey, 1985). Hastaların bilgiyi yazılı olarak almaları okuyarak kavramalarını artırmanın yanı sıra aydınlatılmış onamın diğer bir elementi olan hastaya kavraması ve karar vermesi için gerekli sürenin tanınmasını da temin edecektir. Bununla birlikte Dubé-Baril'in belirttiği gibi onam hekim ile hasta arasında bir diyalogu ifade eder. Yoksa bir form üstüne hastanın imzasının alınması hekimin hastayı yeterince bilgilendirmesi ödeviyle yer değiştirmez (Dubé-Baril, 2004) veya Verheggen (1995)'in belirttiği gibi tamamlanmış onam formu tecrübeli bir klinikçinin hasta ile ilişki kurmaya gayret gösterdiğini ifade eder, fakat bunun varlığının etik yada kanuni sorumlulukların yerine getirildiğini garantilemesi gerekmez. Çalışmamıza katılan hekimlerin çoğunun fikrinin bu yönde olması konuyla ilgili kesin bir kanun olmamakla birlikte ülkemizdeki diş hekimlerinin sosyal ve idari şartları doğru algılaması ve sağduyulu yaklaşımına kanıt olarak gösterilebilir düşüncesindeyiz.

Aynı şekilde çalışmaya katılan diş hekimlerinin yarıdan fazlası (% 64; n:126) aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınması gerektiği konusunda görüş bildirmektedirler (çizelge 5.7.2.). Aydınlatılmış onamın alınması ülkelere ve hatta

ülkelerdeki bazı eyaletlere göre değişiklik göstermektedir. ABD’de bulunulan eyalete göre yazılı onam almak zorunlu olmasa bile bu hala önerilen bir durumdur (Sfikas, 2003). Bununla birlikte Kanada’da kağıt üzerinde aydınlatılmış onam formalitesini yerine getirmek onamın elde edildiğine dair daha kolay bir kanıt sağlar. Bu nedenle aydınlatılmış onam formları mahkemede kanıt teşkil eder fakat hastaya yeterli bilgi sağlama sorumluluğunun yerine getirildiğini kanıtlamaz. Doyal and Cannell(1995)’e göre de medikal suçlama davalarına karşı olan çekinceler böylesine yazılı onam formalitelerini doğurmuştur.Yine de bu imzalı formlar klinisyenler tarafından aydınlatılmış onam alındığına veya hasta tarafından verildiğine dair kanuni bir kanıt sayılmazlar. Örneğin, eğer hasta tedavinin herhangi bir açısından yanlış bilgilendirildiğini iddia ederse o hastanın verdiği onam imzası kanuni bir kanıt olarak kabul edilmeyecektir. Gerçekte geçerli onamların çoğu sözlü olarak hastadan elde edilmektedir ve şartlara uygun olarak alındığında en az yazılı olan kadar geçerlidir. Çünkü tedavi planları süreç içinde değişebilir ve sürekli yazılı onamı yenilemek manasız bir eylem olacaktır. Fakat sözlü onamda da problemler vardır. Örneğin, hasta gerçekten unuttuğu için yada çıkar elde etmek için hekimin kendisine yeterli açıklamayı yapmadığını iddia edebilir. Doyal (1995) bu nedenle diş hekimlerine tedavi planlamasının sonunda anlaşmaya varılan genel hatlar ve bunların anlaşıldığı konusunda imza alınmasını önermektedir (Doyal and Cannell, 1995). King (2001)’e göre de İngiltere’deki genel diş hekimliği hizmeti içinde daha iyi bilgilendirme ve daha açık onam alınması var olan dokümantasyonun daha açık ve samimi kullanımıyla desteklenecektir. Bunun için itici güç, toplum baskısı veya adli dava korkusundan çok ahlaki olarak bir hak olması nedeniyle diş hekimliği topluluğundan gelmelidir.

Ayrıca çalışmamızda uzmanlığı olan diş hekimlerinin aydınlatılmış onamın yazılı alınması konusundaki tercihleri pratisyen hekimlerinkinden daha da yüksektir ( $X^2=4,588$ ;  $P=0,032$ ) (çizelge 5.7.3.). Çalışmamızdan çıkan diğer sonuçlarla da koşutluk gösterdiği gibi diş hekimliğindeki etik bilincin artması ile aydınlatılmış onam konusuna verilen önem de artmaktadır. Bu bağlam da daha çok eğitim almaları, daha spesifik tedaviler uyguluyor olmaları ve akademisyenlik hayatları içinde gerek etik gerek kanuni konularda bilgilerini güncel tutmalarının daha kolay

ve mümkün olması, uzman diş hekimlerinin aydınlatılmış onam konusuna daha fazla özen göstermelerini oldukça anlaşılabilir kılmaktadır.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda yaşanan profesyonelleşme, endüstrileşme, teknolojinin geniş oranda sağlık sistemi içine entegre olması ve tüketicileşme sağlık çevresinde değişiklikler meydana getirmiştir. Yakın zamandaki enformasyon teknolojilerindeki ilerleme bilginin serbest dolaşımını ve herkesin bilgiye kolay ulaşımını sağlamıştır.

Bu değişim içinde gelişen toplum bilinci, insan haklarının da aynı hızla gelişmesine, bu konudaki taleplerin artmasına neden olmuştur. Aynı zamanda toplumda yeni değerler kabul edilmiştir. Batı toplumunun ekonomik içeriği ve sağlık sistemine kuvvetli iş kültürünün sokulması; pazar, kar ve randıman kavramlarının tıp pratiğine girmesine neden olmuştur. Devlet ve sigorta sistemleri hekim-hasta ilişkisine müdahil olmuştur.

Genel olarak toplumsal değerlerdeki değişim toplumun ve hekimlerin gözünde profesyonelliğin algılamasında değişikliğe, hekimlerin mesleki otonomilerinin sorgulanmasına ve hastaların tıbbi uygulamalarda daha aktif katılımcı olarak rol alması tercihlerine neden olmuştur. Devletin, değişen yapıyla sağlık uygulamalarının sunum, dağıtım ve finansmanında da kontrol etkinliklerine yol açılmıştır. Bu amaçla EBT'in kontrol ve finans politikası olarak sağlık uygulamalarına yerleştirilmesi istenmektedir.

Tüm bu değerlendirmeye aydınlatılmış onam günümüz tıp etiğinde, dış hekimi-hasta ve devlet üçgeninde tüm gerekliliklerin ve taleplerin yerine getirilmesini hayata geçirebilecek iletişim zemini olarak merkezi noktada bulunmaktadır. Aynı zamanda tüm şartları yerine getirilen aydınlatılmış onam, iş etiğinin piyasa gerçeklerinin de tıp hizmeti içine yerleştirilmesi yolu olarak düşünülebilir.

Tıp ve dış hekimliği değişik açılardan birbirinden farklı mesleklerdir. Bu farklar dikkate alınmadan tıp alanında yapılan araştırmaların dış hekimliği pratiğine uyarlanması hatalı yada eksik olabilecektir.

Bu görüş çerçevesinde aydınlatılmış onam konusunda dış hekimlerinin bilgi, tutum, kendi hissettikleri mesleki yeterlilik, uygulamaları ile iletişim becerilerini araştırarak, aydınlatılmış onamın alınmasıyla ilgili önerilerini almayı hedeflediğimiz



çalışmamıza 73'ü kadın ( %37,1 ), 124'ü erkek ( %62,9 ) olup, toplam 197 diş hekimi katılmıştır. Çalışmaya katılan diş hekimlerinin 155'i ( %78) serbest, 27'si ( %8 ) kamu, 15'i ( %14) kamu+ serbest olarak çalışmaktadır ve bu bulgular Türkiye genelindeki diş hekimlerinin cinsiyet ve çalışma şekillerine göre dağılımlarıyla koşutluk gösterdiğinden çalışmamızdan elde edilen veriler önerilerde bulunmamıza izin verecek niteliktedir. Çalışmaya katılan hekimlerin yarıdan fazlası 31-40 yaş (%54,3; n:107) grubundadır ve 6- 15 yıl arasında deneyim yılına (%56,3; n:111) sahiptir.

Yaklaşık yarısı (%44,7; n:88) etik eğitimlerini lisans ve lisansüstü eğitim sırasında aldıklarını ifade eden diş hekimlerinin çok büyük kısmı (%82,2; n:162) etik bilgilerinin yeterli olmadığını ve hemen hemen tamama yakın bir kısmı da (%92,4; n:182) “aydınlatılmış onam” konusunda bilgi sahibi olmadıklarını düşünmektedirler.

Aydınlatılmış onamın konusundaki tutumları genel olarak diş hekimi hasta arasındaki ilişkiyi iyileştireceği (Ortalama= 4,15; SS= 0,767) yönündeki düşünceyle oldukça pozitif yöndedir (S.T.P= 22,47; SS=3,095). Bu düşünceleriyle birlikte ülkemiz diş hekimleri uygulamanın diş hekimlerinin olası yasal işlemlere karşı kendilerini savunucu önlemler almalarına neden olacağı kaygılarını taşımaktadırlar (Ortalama= 2,15; SS= 1,014). Daha yoğun çalışma temposunu ifade ettiğini düşündüğümüz 6-15 deneyim yılı içinde olan diş hekimleri aydınlatılmış onam alınmasını zaman kaybı olarak görürken ( $X^2=8,678$ ;  $P= 0,013$ ), kadın diş hekimleri aydınlatılmış onam hakkında erkeklerden daha pozitif tutum sergilemişlerdir ( $t= 2,029$ ;  $P= 0,044$ ).

Daha tecrübeli, belli bir uzmanlığı olan ve akademik duruma sahip, etik bilgisi ve aydınlatılmış onam hakkında bilgisi olduğunu düşünen diş hekimlerimiz aydınlatılmış onamın gerekliliklerinin yerine getirildiği bir mesleki uygulama konusunda kendilerini daha yetkin hissetmektedirler ( $F= 5,204$ ;  $P= 0,006$ ,  $t= 3,572$ ;  $P= 0,000$ ,  $X^2= 12,545$ ;  $P= 0,002$ ,  $t= 2,069$ ;  $p= 0,040$ ,  $U=882,500$ ;  $P= 0,022$ ). Diş hekimlerinin deneyim yılları (Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek:  $X^2= 10,596$ ;  $P= 0,005$ ), mesleki eğitim miktarı (Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek:  $X^2= 8,006$ ;  $P=0,005$ , hastaların tüm sorularına cevap vermek:  $X^2=10,278$ ;  $P= 0,001$ , düşük eğitim

seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek:  $X^2= 6,221$ ;  $P= 0,013$ ) ve etik bilgi düzeyleri arttıkça (Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşamayan hastaları bilgilendirmek:  $X^2= 8,764$ ;  $P=0,003$ , düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek:  $X^2= 5,781$ ;  $P= 0,015$ ) her bilgi düzeyindeki hastayı her konuda bilgilendirmek için çabaları ve yeterlilikleri artmaktadır. Bunun yanında yine yoğun çalışma temposunu ifade ettiğini düşündüğümüz 31-40 yaş arasındaki ve 6-15 deneyim yılı içinde olan diş hekimleri daha çok soru sorma eğilimindeki yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmeyi zor bularak ( $X^2= 9,001$ ;  $P= 0,011$ ,  $X^2= 9,692$ ;  $P= 0,008$ ) zaman kaybı konusundaki endişelerini teyit etmektedirler.

Kendi ifadelerinden çıkarılan sonuçlara göre ülkemiz diş hekimleri genel olarak aydınlatılmış onam kavramı gereklilikleriyle örtüşen pratik uygulamalar içindedirler (S.T.P: 31,33; SS= 2,716). Fakat özellikle serbest çalışan diş hekimleri uygulamalarında hastayı tedavi seçenekleri, amacı ve fiyatı hakkında bilgilendirmeye kamuda çalışan hekimlerinden daha çok önem verdiklerini belirterek ( $X^2= 6,893$ ;  $P= 0,009$ ,  $X^2=6,870$ ;  $P= 0,009$ ), muayenehanelerinin işletme yönlerini de dikkate aldıklarını ifade etmiş olmaktadır. Ayrıca etik bilgilerinin lisans ve lisans üstü eğitim sırasında alan diş hekimleri uygulamalarında hastanın onamını almaya daha çok dikkat göstermeleri ( $X^2= 5,862$ ;  $P= 0,015$ ) ve genel olarak aydınlatılmış onam hakkında bilgisi olduğunu ifade eden diş hekimleri uygulamalarında, daha yüksek şekilde aydınlatılmış onamın gerekliliklerini yerine getirmeleri ( $U= 928,000$ ;  $P= 0,038$ ) güncel anlayışa uygun mesleki ve etik eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamıza katılan diş hekimlerinin yine kendi ifadelerine göre genel olarak iletişim değerleri yüksek olmakla birlikte (S.T.P: 17,62; SS= 2,127), kadın diş hekimleri dünyada olduğu gibi ülkemizde de daha yüksek bir iletişim özelliği ve etiğe uygun davranışlar göstermektedir (hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlama:  $t= 2,214$ ;  $P= 0,028$ , tedavi sonunda koruyucu öneriler verme:  $X^2= 10,385$ ;  $P= 0,016$ ). Etik ve yasal bilgilerinin eğitimleri sırasında alan ( $X^2= 9,712$ ;  $P=0,009$ ) ve oldukça az olmakla birlikte aydınlatılmış onam hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade eden diş hekimleri ( $U= 945,500$ ;  $P= 0,045$ ) hastalarıyla daha yüksek bir iletişim içindedirler. Ayrıca yüksek iletişim toplam puanlarıyla yüksek davranış toplam puanları korelasyon göstermektedir.

Çalışmaya katılan diş hekimlerinin yarısından fazlası aydınlatılmış onamın temel öğelerinden olan hasta bilgilendirilmesinin yazılı olarak yapılmasından (%58,4; n= 115) ve daha büyük kısmı da aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınmasından (%64; n= 126) yana görüş bildirerek bu konudaki sağduyularını ifade etmişlerdir. Ayrıca eğitim seviyesinin yükselmesinin diş hekimlerinin aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınması tercihini de artırdığı görülmüştür ( $X^2= 4,588$ ;  $P= 0,032$ ).

Çalışmadan elde ettiğimiz veriler ve katılan diş hekimlerinin kişisel özelliklerinin ülkemiz genelindeki diş hekimlerinin kişisel özelliklerinin dağılımıyla gösterdiği koşutluk dikkate alındığında sonuçlar öneriler çıkarmamıza izin verecek niteliktedir. Buna göre;

1. Ülkemizdeki mesleki ve etik eğitimin günümüz şartlarına uygun olarak yenilenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.
2. Birçok Batı ülkesinde olduğu gibi diş hekimliği mesleki eğitim müfredatı içine günümüz koşullarına uygun olarak iş yönetimi, iş etiği, yasalar ve bunların ilişkileriyle ilgili programlar eklenmesi yararlı olacaktır.
3. Etik ve yasalar konusunda mezuniyet sonrası eğitimler; meslek içindeki eski diş hekimlerinin etik algılayışlarının yükseltilecek çağdaş anlayışa uygun olmasını sağlayacaktır.
4. Diş hekimlerinin aydınlatılmış onamın yazılı olarak alınması konusundaki sağduyulu taleplerine cevap olarak konuyla ilgili meslek odasının; etik uzmanları tarafından hazırlanacak ve üzerine tedavi ücretinin ilave edildiği anamnez formundan daha fazlası olan aydınlatılmış onam formları hazırlanmasını sağlayarak hekimlere örnek sunması önerilebilir.
5. Diş hekimliği eğitiminde yer alan kadın eğitimcilerin artırılarak eğitim politikalarında yer almalarının desteklenmesi mesleğin geleceği açısından yararlı olabilir.
6. Türkiye’de yürürlüğe girmesi için çalışmaların olduğu tıpta yanlış uygulama yasa taslağında belirtildiği gibi ülkemizde mesleki uygulama standardı, kanıta dayalı tedavi sisteminin uygulamasını sağlayacak CPG’lerin oluşturulması gündeme gelecektir. Bu rehber kurallar aydınlatılmış onamının işleyişini kolaylaştırması açısından önem taşımaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu uygulamaların hayata geçirilmesi sırasında yaşanan problemlerin ülkemizde

de tekrar etmemesi için mesleğe rehber kurallar oluşturulmadan önce diş hekimlerinin konuyla ilgili tutumları, problemleri ve önerileriyle ilgili araştırmalar yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

- AFŞİN, H., 2004. *Adli Diş Hekimliği*. Ed.: Adli Tıp Kurumları Yayınları-10. S.:415-492.
- AFŞİN, H., ÇAĞDIR, A.S., ALTUĞ, M., SOYSAL, Z., 2003. Diş Hekimliğinde Uygulama Hataları (Hekim İhmalleri ve Hataları). *Adli Tıp Dergisi* 17 (3-4): 14-24.
- ARPACIOĞLU, Y., 2004. İDEX04. 5: 12-13.
- ATCHISON, K.A., MİTO, R.S., ROSENBERG, D.J., LEFEVER, K.H., LİN S., ENGELHARDT, R., 2002a. PGD Training and Its Impact on General Dentist Practice Patterns. *Journal of Dental Education*. 66 (12) :1348 – 1357.
- ATCHISON, K.A., BIBB, C.A., LEFEVER, K.H., MİTO, R.S., LİN, S., ENGELHARDT, R. 2002b. Gender Differences in Career and Practice Patterns of PGD – Trained Dentists. *Journal of Dental Education*. 66 (12) :1358 – 1367.
- AYDIN, E., ERSOY, N., 1995, Ağustos-Aralık. Tıp etiği ilkeleri. *Tıbbi Etik Dergisi* 3(2-3): 48-52.
- BAILEY, B.L., 1985. The burgeoning malpractice market has made greater attention to this subject mandatory for the profession. *JADA*. 110 (5): 709-713.
- BEAUCHAMP, G., 2004. The challenge of teaching professionalism. *Annals academy of medicine*. 33 (6): 697 – 705
- BEAUCHAMP, T.L. 1989. Informed Consent. In: *Medical Ethics*. Ed. R.,M., Veatch. Boston: Jones and Bartlett Publishers, Inc. P.:173-200.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. 1989. The principle of respect for autonomy. In: *Principles of Biomedical Ethics*. New York Oxford: Oxford University Press Inc. Chapter 3.
- BEBEAU, M.J., THOMA, S.J., 1994 September. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. *Journal of Dental Education*. 58 (9): 684-692.
- BENBASSAT, J., PILPEL, D., TIDHAR, M., 1998 Summer. Patients preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine*. 24 (2): 81-89.
- BERK, N.W., 2001 August. Teaching ethics in dental schools: trends, techniques, and targets. *Journal of Dental Education*. 65 (8): 744- 750.
- BRIDGMAN, A., COLLIER, A., CUNNINGHAM, J., DOYAL, L., GIBBONS, D., KING, J., 1999 August 28. Teaching and assessing dental ethics and law in dental curriculum. *BDJ*. 187 (4): 217-219.
- BROWN, L.J., LAZAR, V. Differences in net incomes of male and female owner general practitioners. 1998 March. *J. Am. Dent. Assoc.* 129 (3): 373-378.
- CANNAVINA, C.D., CANNAVINA, G., WALSH, T.F., 2000 March 25. Effects of evidence based treatment and consent on professional autonomy. *BDJ*. 188 (6): 302-306.
- CHAMBERS, D.W., 2001 December. The role of dentists in dentistry. *Journal of Dental Education*. 65 (12): 1430- 1440.
- CHAMBERS, W.D., BOYARSKY, H., PELTIER, B., FENDLER, F., 2003. Development of A Mission-Focused Faculty Evaluation System. *Journal of Dental Education*. 67 (1): 10 – 18

- CHAPPLE, H., SHAH, S., CARESS, A-L., KAY, E.J., 2003. Exploring Dental Patients' Preferred Roles in Treatment Decision-Making – a Novel Approach. *British Dental Journal*. 194 (6): 321 - 327
- CHIODO, G.T., TOLLE, S.W., 2000. Treatment Recommendations: "Doctor Knows Best". *Gen Dent*. 48 (6):638 – 40, 642 – 4.
- COMER, R.W., CALLAN, R.S., BLALOCK, J.S., TURNER, J.E., TROMBLY, R.M., 2001 September. Small business needs assessment: A comparison of dental educators' responses with SBDC survey results. *Journal of Dental Education*. 65 (9): 873.
- DEBER, R.B., KRAETSCHMER, N., IRVINE, J., 1996. What Role Do Patients Wish To Play In Treatment Decision Making?. *Arch. Intern Med*. 156 (13): 1414 – 20
- DEMİREL, K., 2003. İnterdental Papilla. *Dentalife*. 1 (4) :32 - 33
- DOYAL, L., CANNELL, H., 1995. Informed consent and practice of good dentistry. *BDJ*. 178: 454-460.
- DUBÉ-BARIL, C., 2004. The personalized consent form: An optional, but useful tool. *J Can. Dent. Assoc*. 70 (2): 89- 92.
- DWORKIN, S.F., 2001. The dentists as biobehavioral clinician. *Journal of Dental Education*. 65 (12): 1417- 1429.
- ERSOY, N., 2002. Tibbi Etiğe Giriş. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Klinik Etik Ders Notları*. 1 – 16
- ERSOY, N., 2002. Klinik Etik Dersleri. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Klinik Etik Ders Notları*. 1 – 14
- ERSOY, N., 2002. Antik Dönemde Erdem. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Klinik Etik Ders Notları*.
- ERSOY, N., 2002. Hasta- hekim ilişkisi. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Tıp etiği Ders Notları*.
- ERSOY, N., 2003. Aydınlatılmış Onam. Ed.: A. Demirhan Erdemir ,Ö. Öncel, Ş. Aksoy. *Çağdaş Tıp Etiği*. Nobel Tıp kitapevi yayıncı. S:204-234.
- ERSOY, N., AYDIN, E., 1994, Ağustos. Özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi. *Tıbbi Etik Dergisi* 2(2):61-64.
- ERSOY, N. , Şehiraltı, M., 2002. Kocaeli Üniv.Tıp Fakültesinde etik Eğitim. *Medikal Etik-4*. Ed.: H. Hatemi, H. Doğan İstanbul: Yüce yayım yayıncı. S.:128-138.
- EVE, R., GOLTON, I., HODGKIN, P., MUNRO, J., MUSSON, G., 1996. Beyond Guidelines: Promoting Clinical Change in the Real World. *J. Manag Med*. 10 (1) : 16 - 25
- FREUKEL, D.A., LURIE, Y., 2002. Responsibility and lialibity in health care: some differences between dentistry and medicine. *Medical Law*. 21 (3) : 605 – 15
- GÖRKEY, Ş., 2002. Hasta hakları. *Medikal Etik-4*. Ed.: H. Hatemi, H. Doğan İstanbul: Yüce yayım yayıncı. S.:10-126.
- GURM, H.S., LİTAKER, D.G., 2000. Framing Procedural Risks To Patients. *Academic Medicine*. 75: 840 – 842

- GÜVEN, T., 2002. Hastaların aydınlatılmasında yazılı bilgilendirme yönteminin kullanılması: Benin prostat hiperlazisi ve prostat kanseri hastaları ile birlikte çalışma. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi.*
- HANCI, İ.H., 1995. *Hekimin yasal sorumlulukları (Tıbbi Hukuk)*. İzmir: Egem Tıbbi Yayıncılık.
- HANCI, H., ALKANAT, M., 2005. Tıbbi Malpraktis Yasa Taslağı Üzerine Görüşlerimiz. [www.saglikhukuku.net](http://www.saglikhukuku.net)
- HATUN, Ş., 1999. *Hasta Hakları*. Ed. Mustafa Bayka. İstanbul- İletişim Kitapevi.
- HIRSCH, A.C., 1986. Gert, B.,1986. Ethics in dental practice. *JADA*. 113 (4): 599- 603.
- ISMAIL A.I., BADER J.D, 2004. Evidence Based Dentistry in Clinical Practice. *Jour Am Dent Assoc*. 135 (1) :78 – 83.
- KABAOĞLU, Ö.İ.,1993. İnsan haklarının hukuksal yapısı. *Özgürlükler Hukuku*. istanbul:.Afa Yayıncılık.
- KANG, S., 2002. A history and philosophy of bio-medical ethics seen from a dentist's point of view. *Uisahak*. 11 (2) : 117 – 36.
- KELLY, M.A., LANGE, B., DUNNING, D.G., UNDERHILL, T.E., 1990. January- March. Reasons patients stay with a dentist. *J. Dent. Prac. Adm*. 7 (1): 9- 15.
- KESSLER, R., WHALEN, T. Hypnotic preparation in anesthesia and surgery. *Medical Hypnosis*.Chap.5. Ed. Roberta Themes. New York: Churchill Livingstone.
- KING, J., 2001 July 14. Consent: the patients' view- a summary of findings from a study of patients' perceptions of their consent to dental care. *BDJ*. 191 (1): 36- 40.
- KRANTZ, D.S., BAUM, A., WIDEMAN, M., 1980. Assessment of Preferences for Self-Treatment and Information in Health Care. *Journal of Personality and Social Psychology*. 39 (5) : 977 – 990.
- KRAUSE, H., BREMERICH, A., RUSTEMEYER, J., 2001. Reasons for patient' discontent and litigation. *Journal of Cranio- Maxillofacial Surgery*. 29: 181- 183.
- LATHAM, S.R., 2004. Ethics in the Marketing of Medical Services. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 71 (4): 243 – 250.
- LITTLETON, P.A. Jr., 1979. Differences between the medical and dental health care sector. *J Dent. Educ*. 43 (2) : 101 – 6.
- MCDANIEL, T. F., MILLER, D., JONES, R., DAVIS, M., 1995. Assessing Patient Willingness to Reveal Health History Information. *JADA*. 126: 375 – 379.
- MILLER, S.M., 1987. Monitoring and Blunting: Validation of a Questionnaire to Assess Styles of Information Seeking Under Treat. *Journal of Personality and Social Psychology*. 52 (2): 345 – 353.
- MOFIDI, M., STRAUSS, R., PITNER, LL., SANDLER, E.S., 2003. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *Journal of Dental Education*. 67 (5): 515-523.
- MOHAMED TAHİR, M.A., MASON, C., HIND, V., 2002. Informed consent: optimism versus reality. *British Dental Journal*. 192:221-224.

- MORREIM, E.H., 2002. Professionalism and Clinical Autonomy in the Practice of Medicine. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 69 (6): 370-7.
- NAMAL, A., 2003. Dişhekimi-hasta ilişkisi ve “aydınlatılmış onam”. *İstanbul Diş Hekimleri Odası Dergisi*. 90 : 36 – 39.
- NEWTON, J.T., BRENNEMAN, D.L., 1999. Communication in dental setting scale (CDSS): Preliminary development of a measure to assess communication in dental settings. *British Journal of Health Psychology*. 4: 277- 284.
- NASH, D.A., 1984a. Ethics in dentistry: Review and critique of principals of ethics as a code of professional conduct. *JADA*. 109(4): 597-603.
- NASH, D.A., 1984b. The ethics of profession in dental medicine. *Health Matrix*. 2(2): 3-15.
- OKTAY, İ., 2004. Sağlık politikaları bilimsel esaslara uygun olmalı. *TDBD*. 82: sayfa 21.
- OSHAKA, A., 1997. The Reality of Informed Consent in Different Cultures: Mediterreanean versus Anglo American Cultures. *Europen Psychiatry*. 12 (2): 111 – 113
- OZAR, D., SOKOL, D.J.,1994. Dental Ethics at Chairside. London. Mosby, p.57
- OZAR, D., SOKOL, D.J., 2002. Dental Ethics at Chairside. Washington,D.C.: Georgetown University Press.
- ÖZDEMİR M.H., HİLAL A., ÇEKİN N., 2001. Diş hekimliğinde Malpraktis: Bir Diş Aspirasyonu Olgusu. *Adli Tıp Dergisi*. 15 (3): 37 – 41.
- ÖZDEMİR, A.K., ÖZDEMİR, H.D., COŞKUN, A., TAŞVEREN, S., 2003. Dişhekimliği Fakültesi Kliniklerinde Hasta. *Dişhekimliği Dergisi*. 53: 315 – 320.
- PEASE, A., 1999. *Body Language- beden dili*, 3. basım. İstanbul. Rota yayımları.
- PELTIER, B., 2001. The ethical responsibility of professional autonomy. *Journal of the California Dental Association. Feature Article*.
- PORTER, S.A., GREY, WL, 2002 September. Ethical dilemmas confronting dentists in Queensland, Australia. *Aust. Dent. J*. 47 (3): 241-248.
- REDFORD, M., GIFT, H.C., 1997. Dentist-Patient Interactions In Treatment Decision-Making: A Qualitative Study. *J Dent Educ*. 61 (1): 16 - 21.
- RULE, J.T.,VEATCH, R.M., 1993. Ethical questions in dentistry. Ed.: C. Stream. Illinois: Quintessence Publishing Co, Inc.
- SCHOUTEN B.C., FRIELE R., 2001. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *International Dental Journal*. 51(1): 52-54.
- SCHOUTEN, B.C., HOOGSTRATEN, J., EIJKMAN, M., 2002. Dutch Dental Patients On Informed Consent: Knowledge, Attitudes, Self-Efficacy and Behaviour. *Elsevier Science*. 46 : 47 – 54.
- SCHOUTEN, B.C., HOOGSTRATEN, J., EIJKMAN, M.A.J., 2003a. Patient participation during dental consultations: the influence of patients’ characteristics and dentists’ behavior. *Community Dent. Oral Epidemiol*. 31: 368- 377.
- SCHOUTEN, BC., EIJKMAN, MAJ., HOOGSTRATEN, J., 2003b. Dentists’ and patients’ communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. *Communicative Dental Health*. 20: 11-15.



- SCHOUTEN, B.C., HOOGSTRATEN, J., EIJKMAN, M.A.J., 2004. Dutch dentists' views of informed consent: a replication study. *Patient Education and Counseling*. 52: 165- 168.
- SCHWARTZ, R., GRUBB, A., 1985. Why Britain Can't Afford Informed Consent. *Hasting Cent Rep*. 15 (4) 19 – 25
- SFIKAS, P. M., 2003 October. A duty to disclose issues to consider in securing informed consent. *JADA*. 134: 1329- 1333.
- SUTHERLAND, S.E., MATTHEWS, D.C., FENDRICH, P., 2001a. Clinical practice guidelines in dentistry: part I. Navigating new waters. *J. Can. Dent. Assoc*. 67: 379- 383.
- SUTHERLAND, S.E., MATTHEWS, D.C., FENDRICH, P., 2001b. Clinical practice guidelines in dentistry: part II. By dentists, for dentists. *J. Can. Dent. Assoc*. 67 (8): 448- 452.
- SWISS, P., 2005. Bana güvenin, ben bir diş hekimiyim. *Dental Tribune*. 2(1):10.
- ŞEHİRALTI, M., 2002. Etik, hukuk ve ahlak. *Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Tıbbi Etik Ders Notları*. 1-9.
- T.C. 1982 Anayasası. İntermedya yayınları Hukuk Dizisi-7.
- T.D.B. Diş hekimi dağılımı kitapçığı- Eylül 2004. [www.tdb.org.tr](http://www.tdb.org.tr)
- T.D.B.'inde konuyla görevli memur Orhan çimen ile 28.04.2005 tarihinde yapılan telefon görüşmesi.
- THE AGREE collaboration, 2003. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: *The AGREE project. Qual Saf Health Care*. 12: 18-23.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. *Resmi Gazete*. Tarih:19.02.1960. Sayı:10436
- T.T.B. 47. Genel Kurul Tebliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. 1998.
- T. D.B. Hasta ve Anamnez ve Tedavi Kartı. 2005, İstanbul.
- ÜSTÜN, Ç., 2002. Kötü uygulama (malpraktis) kanun tasarısı. *Medikal Etik-*, Ed.: H. Hatemi, H. Doğan İstanbul: Yüce yayım yayıncı. S.:10-126.
- VAN DER SANDEN, W.J.M., METTERS, D.G., PLASSCHAERT, A.J.M., VAN'T HOF, M.A., GROL, R.P.T.M., VERDONSCHOT, E.H., 2003. Clinical practice guidelines in dentistry: opinions of dental practitioners on their contribution to the quality of dental care. *Qual Saf Health Care*. 12: 107- 111.
- VERHEGGEN, W.S.M., JONKERS, R., KOK, G., 1996. Patients' perceptions on informed consent and quality of information disclosure in clinical trials. *Patient Education and Counseling*. 29: 137-153.
- WIEBE, R.J., 2000. The new business ethics. *J. Can. Dent. Assoc*. 66: 248-9.
- WILLIAMS, T., 2001. Celebrating our contributors: Convocation 2001. *UPDATE*.17(3).

## ÖZGEÇMİŞ

İsim Soyadı:	Necla Aktan
Doğum Tarihi ve Yeri:	1967-Gemlik
Orta Öğrenim:	Bursa Kız Lisesi,
Lise :	Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. Sağlık Meslek Lisesi
Üniversite:	İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Yabancı dil:	İngilizce

### Mezuniyet Sonrası Aktiviteler:

İstanbul Üniv. Diş Hek. Fakültesi Doktora öğrencisi; 1990-1995  
Muayenehane Hekimliği; 1990-2005  
TÜBİTAK MAM-GMBAE viral onkoloji gönüllü araştırmacı; 1994-1995  
TÜBİTAK MAM-GMBAE Araştırmacı; 1995-1997  
N.I.H. National Cancer Institute, Pediatric Branch Lymphoma Biology Section,  
Misafir Araştırmacı; Mart-Haziran 1997  
Tıbbi Hipnoz Derneği Saymanlığı; 2003-2004  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Yüksek Lisans  
Öğrencisi, 2002-2005

### Yayınlar:

1. Altıok, E., öztürk, Y., Ernberg, I., Aktan, N. Epstein-Barr Virus Latency hücresel kontrolü. 9-11 Eylül 1995. Mediterranean Blood Club Kongresi, Kapadokya-Türkiye
2. Ersoy, N., Güven, T., Bağdaççek, S., Aktan, N. "Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi, Hemşirelik ve Turizm Yüksek okulu öğrencilerinin HIV Testini yapılması ve açıklanmasıyla ilgili görüşleri" konulu Poster sunumu, Uluslararası katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, 25-28 Haziran 2003, Bursa
3. Aktan, N. Aydınlatılmış Onam ve Diş Hekimliğindeki Önemi, 2004. Diş Hekimliği Dergisi Sayı:60 Sayfa: 37-41

## EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM ANKET FORMU

Sayın Diş hekimi,

Diş hekimliği alanında hastaların bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onam (bilgilendirildikten sonra rızanın alınması) elde edilmesi önem taşımaktadır. Ülkemizde bu alandaki sorunları incelemek, eğer bu konuda etik sorun yaşıyorsanız etiğe uygun çözüm önerileri sunabilmek amacıyla bir çalışma yürütmekteyiz. Bu konudaki bilgi, düşünce, deneyim ve önerileriniz bizim için çok önemlidir. Çünkü diş hekimliğinde hastanın aydınlatılmış onamına ilişkin uygulamalar hakkında edinilen bulgulara dayanarak, ülkemizde diş hekimliğinde aydınlatılmış onam hakkında durum tespiti yapılabilecek ve buna bağlı olarak da çözüm yolları geliştirmek mümkün olabilecektir. Uygulanan anketlerden elde edilen sonuçlar mahremiyet hakkına saygı çerçevesi içinde sadece bilimsel veri elde etmek amacıyla kullanılacağından, **lütfen anketleri doldururken isim belirtmeyiniz.**

Diş hekimliğinde etik eğitim planlamasına da katkı sağlayabilecek bu çalışmaya yapacağınız her bir katkı için teşekkür ederiz.

**1.Yaş: .....**

**2.Cinsiyet:**

( ) Erkek ( ) Kadın

**3.Çalıştığınız kurum(Birkaç seçenek birlikte işaretlenebilir):**

( ) Üniversite

( ) SSK

( ) Özel hastane veya poliklinikler

( ) Serbest muayenehane

( ) Kamu kuruluşu

( ) Diğer (lütfen belirtiniz):.....

**4. Mesleki deneyim yılınız (mezun olduğunuz yıl itibariyle): .....**

**5. Akademik durumunuz:**

( ) Profesör Dr. ( ) Doçent Dr. ( ) Dr. veya uzman ( ) Doktora öğrencisi ( ) Diş hekimi

**6. Lütfen varsa uzmanlık alanınızı belirtiniz:.....**

**7. Etik (Deontolojik) ve yasal konulara ait bilgileri nerelerden öğrendiniz?**

( ) Diş hekimliği eğitimi sırasında

( ) Doktora veya uzmanlık eğitimi sırasında

( ) Mezuniyet sonrası eğitimlerden

( ) Kendi okuduğum yayınlardan

( ) Diğer (lütfen belirtiniz):.....

**8. Bu konudaki(etik ve yasal) bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?**

( ) Yeterli buluyorum

( ) Daha fazla bilgi edinmem gerektiğine inanıyorum

( ) Bu konuda eğitim verilmesi gerektiğine inanıyorum

( ) Diğer (lütfen belirtiniz):.....

**9.“Aydınlatılmış onam hakkı” konusundaki bilginizi nasıl değerlendirirsiniz?**

( ) Yeterli ( ) Kısmen yeterli ( ) Yetersiz

**10. Lütfen aşağıdaki ifadelerden size uygun gelen seçeneği işaretleyiniz**

**Aydınlatılmış Onam:**

**10.1 Diş hekimi-hasta arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirir.**

( ) Kesinlikle aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim

( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

**10.2 Hastanın ağız sağlığının durumu hakkındaki bilgisini artırır.**

( ) Kesinlikle aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim

( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

**10.3 Tedavi kalitesini artırır.**

( ) Kesinlikle aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim

( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

**10.4 Zaman kaybına yol açar, tedaviye ayrılan zamanı azaltır.**

( ) Kesinlikle aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

**10.5 Diş hekimi- hasta arasındaki ilişkinin ticari olmasına yol açar.**

( ) Kesinlikle aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

**10.6 Diş hekiminin olası yasal işlemlere karşı kendilerini savunucu önlemler almalarına yol açar.**

( ) Kesinlikle aynı fikirdeyim ( ) Aynı fikirdeyim ( ) Kararsızım ( ) Aynı fikirde değilim  
( ) Kesinlikle aynı fikirde değilim

**11. Lütfen aşağıdaki ifadeleri deneyimlerinize dayanarak kolaylık/zorluğuna göre değerlendirin**

**11.1 Türkçe'yi yeterli olarak anlayıp konuşmayan hastaları bilgilendirmek**

( ) Çok zor ( ) Zor ( ) Kararsızım ( ) Kolay ( ) Çok kolay

**11.2 Hastaların tüm sorularına cevap vermek**

( ) Çok zor ( ) Zor ( ) Kararsızım ( ) Kolay ( ) Çok kolay

**11.3 Düşük eğitim seviyesindeki hastaları tedavi hakkında bilgilendirmek**

( ) Çok zor ( ) Zor ( ) Kararsızım ( ) Kolay ( ) Çok kolay

**11.4 Hastaları seçenekler konusunda bilgilendirebilmek için diş hekimliğindeki tüm gelişmelerden haberdar olmak**

( ) Çok zor ( ) Zor ( ) Kararsızım ( ) Kolay ( ) Çok kolay

**11.5 Çocukları tedavi hakkında bilgilendirmek**

( ) Çok zor ( ) Zor ( ) Kararsızım ( ) Kolay ( ) Çok kolay

**11.6 Yüksek eğitim seviyesindeki hastaları bilgilendirmek**

( ) Çok zor ( ) Zor ( ) Kararsızım ( ) Kolay ( ) Çok kolay

**12. Lütfen aşağıdaki ifadeler için size uyan seçeneği işaretleyiniz**

**12.1 Ağzının genel durumu ve prognozu hakkında hastayı bilgilendiririm**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.2 Tedavinin amacı ve niteliği hakkında hastayı bilgilendiririm**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.3 Tedavinin riskleri hakkında hastayı bilgilendiririm**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.4 Alternatif tedaviler veya tedavi olmaması durumunda oluşabilecek sonuçlar hakkında bilgi veririm**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.5 Tedavinin fiyatı hakkında hastayı bilgilendiririm**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.6 Hastayı tedavi seçenekleri üzerinde karar vermeye dahil ederim**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.7 Karar verilen tedavi konusunda hastanın rızasını alırım**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.8 Hastayı samimiyetle selamlayarak seansa başlarım**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.9 Hastanın duygularını ve anksiyetesini dikkate alır, rahatlatmaya çalışırım**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.10 Hastanın tedavi planı ve seçeneklerini anlayıp anlamadığını kontrol ederim**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**12.11 Tedavi sonunda diş sağlığını koruyucu bilgi verir, önerilerde bulunurum**

( ) Daima ( ) Çoğunlukla ( ) Zaman zaman ( ) Nadiren ( ) Hiçbir zaman

**13. Hastanın bilgilendirilmesi sizce nasıl olmalıdır?**

( ) Hekim tarafından sözlü olarak

( ) Hekimin yanındaki personel tarafından sözlü olarak

( ) Yazılı broşürlerle

( ) Diğer (açıklayınız): .....

**14. Hastadan aydınlatılmış onam elde edilmesi sizce nasıl olmalıdır?**

- Sözlü olarak  
 Personelin tanıklığında sözlü olarak  
 Hasta ve doktor tarafından imzalanmış şekilde  
 Diğer (açıklayınız):.....

Not: Sayın katılımcı eklemek istediğiniz başka bir bilgi ya da iletmek istediğiniz bir not varsa lütfen yazınız.

.....  
.....  
.....  
.....

Katkılarınız için tekrar teşekkür ederim.

Geldiğiniz İl: .....

**Diş Hekimi Necla AKTAN**  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı Yüks. Lis. Öğr.

EK 2. İSTANBUL DIŞ HEKİMLERİ ODASININ DIŞ HEKİMLERİNİN  
KULLANIMINA SUNDUĞU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

ÖRNEKTİR

**TÜRK DIŞHEKİMLERİ BİRLİĞİ**  
**HASTA VE ANAMNEZ VE TEDAVİ KARTI**

Hastanın

Adı : ..... Soyadı : .....  
Mesleği/İşi : ..... Doğum tarihi : .....  
Adresli ev : .....  
İs : .....  
Telefon ev : ..... İş : ..... Mobil : .....

1. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? ilaç kullanıyor musunuz? .....
2. Hangi bir hastalığınız var mı, geçirdiniz mi? .....
- Kalp hastalıkları  , Şeker hastalığı  , Tansiyon sorunu  , epilepsi (sara)  ,  
Ateşli romatizma  , Eklem romatizması  , Guatr (Troid tabletleri)  , Kan hastalıkları  
ilaç alerjisi  Zührevi hastalık  Sarılık  , Astım, saman nezlesi  , Böbrek taşı/böbrek  
bozuklukları  akciğer hastalıkları  , anöziit  , AIDS
3. Baş ve boyun bölgesinde radyoterapi gördünüz mü? .....
4. Cerrahi müdahale veya yaralanma sonrası kanama uzun sürer mi? .....
5. Bunların dışında herhangi bir tıbbi sorunuz var mı? .....
6. Sürekli kontrolünde olduğunuz doktorunuz var mı? .....
- Adı, soyadı : ..... Tel : .....
7. Bayanlarda  
Hamilelik, düşük, adet ve menapoz bilgileri : .....

**İLK DURUM**

①								②								
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
④								③								

Ö : Çiruk  
M : Çekim  
F : Dolgu  
K : Kron  
Ps : Periodantal sorun  
İp : İmplant

Total Protez Alt  Üst   
Parşiyel Protez Alt  Üst   
Kron veya köprü ayağı

