



T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HEKİMLERİN TIP HUKUKU VE MEVZUATLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ebru ÇETİN

Ankara,2018

T.C. ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HEKİMLERİN TIP HUKUKU VE MEVZUATLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ebru ÇETİN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ahmet KESKİN

Ankara 2018

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, tez çalışmamda bana yol gösteren ve destek olan değerli hocam Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e, eğitimimde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım, Prof. Dr. Mehmet UĞURLU, Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ, Başasistan Dr. İrep KARATAŞ ERAY ve Başasistan Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Yrd. Doç. Dr. Furkan Basri DAĞCIOĞLU' na,

Dostlukları ve yardımları için başta Hatice Şeyma Erçin, Tuba Uğur, Pınar Çelik, Merve Beşer, Begül Kaya, Esra Özçelik Şenocak olmak üzere birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarım ve tüm Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı çalışanlarına,

Desteklerini her zaman arkamda hissettiğim fedakar annem, babam ve kardeşlerime, Son olarak da hayatıma değer katan olmazsa olmazım biricik eşim Sadık'a ve hayatımın inci tanesi kızım İnci'ye tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Ebru ÇETİN

Ankara 2018

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ i

İÇİNDEKİLER ii

ÖZET v

ABSTRACT vii

ŞEKİLLER DİZİNİ ix

TABLOLAR DİZİNİ x

SİMGELER VE KISALTMALAR XI

1.GİRİŞ ve AMAÇ 1

2.GENEL BİLGİLER 5

2.1.Temel Kavramlar 5

2.1.1.Tıp 5

2.1.2.Sağlık 5

2.1.3.Hukuk 5

2.1.4.Sağlık Hukuku 5

2.1.5.Hekim 6

3.HEKİM HAKLARI 7

3.1.Hekimin Temiz, Sağlıklı ve Modern Şartlarda Çalışma Hakkı 7

3.2. Hastayı Reddetme veya Tedaviyi Bırakma Hakkı 7

3.3. Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı 8

3.4. Tanıklıktan Çekilme Hakkı 8

3.5. Hekimin Yeterli Bir Gelir Düzeyi Talep Etme Hakkı 9

3.6. Belirli Sayıda Hastaya Bakma Hakkı 9

3.7.Hastaya İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı 10

3.8.Mesleğini Serbestçe Uygulama Hakkı 11

3.9.Danışma ve Konsülte Etme Hakkı 11
3.10.Tıp Etiği İlkelerine Uyulmasını İsteme Hakkı 11
4.TIBBÎ MÜDAHALE 12
4.1.1.Tıbbi Müdahalenin Bir Sağlık Personeli Tarafından Yapılması 12
4.1.2.Aydınlatma ve Rıza 13
4.1.3.Tıp Biliminin Verilerine Göre Gerekli ve Bu Verilere Uygun Tıbbi Müdahale 16
4.1.3.1.Endikasyon (Tıbbi Gereklilik) 16
4.1.3.2.Özenli Tıbbî Müdahale 16
5. HEKİMLERİN CEZAÎ SORUMLULUĞU 19
5.1.Kasten Öldürme ve Yaralama 19
5.2.Taksirle Öldürme ve Yaralama Suçları 21
5.3.İnsan Üzerinde Deney ve Deneme Yapmak 22
5.4.Organ veya Doku Nakli 23
5.5.Çocuk Düşürtme ve Düşürme 23
5.6.Kısırlaştırma ve Hadımlaştırma 24
5.7.Sır Saklama Yükümlülüğü 25
5.8.Evrakta Sahtecilik 26
5.9.İrtikap ve Görevi Kötüye Kullanma 27
5.10.Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi 28
5.11.Genital Muayene 28
5.12.Mesleki Sorumluk Sigortası 29
3. GEREÇ VE YÖNTEM 30
3.1.Araştırmanın Türü 30
3.2.Araştırmanın Örneklemi 30
3.3.Araştırmanın Yürütülmesi 30
3.4.Verilerin Değerlendirilmesi 30

3.5.Etik Kurul Onayı 31
4.BULGULAR 32
5.TARTIŞMA 45
6.SONUÇ ve ÖNERİLER 53
7. KAYNAKLAR 55
8.EKLER 63
9.ÖZGEÇMİŞ 71

ÖZET

GİRİŞ: Tıp tarihi insanlığın varoluşuyla birlikte başlamıştır. İnsanlık tarihinin ilk yıllarından itibaren hekimlere dinsel misyonlar yüklenmiş ve hekimlerin tanrısal güçlere sahip olduğu düşünülmüştür. Hasta haklarının gelişmesine paralel olarak tıbbi malpraktis ve tıp hukuku konuları tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık sistemiyle ilgili hoşnutsuzluklar beraberinde malpraktis dava sayılarını artırmış ve zamanla tazminat miktarları çok yüksek değerlere ulaşmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda hastanemizde çalışan tıp fakültesinde mezun olmuş, gönüllü olarak katılmayı kabul eden, uzman, asistan, pratisyen hekimler ve öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyodemografik verilerden, tıp hukuku ve mevzuat konularından oluşan bilgi ve davranışlarını ölçen bir anket formu uygulanmıştır. 32 Sorudan oluşan anket öncesi kişiler anket hakkında bilgilendirilmiştir. Elde edilen verilerin analizi SPSS 23 programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya veri toplama araçlarını eksiksiz olarak cevaplayan 313 doktor dahil edilmiştir. Katılımcıların %55,6 (n:174)'ü asistandı. En çok katılan bölüm aile hekimliği (n:79) en az katılan bölüm çocuk nörolojı (n:1), immunoloji ve alerji, (n:1) ve geriatri (n:1) oldu. Katılımcıların yaş ortalaması 35,82 ± 9,45 yıldır. Katılımcıların %79,6 (n:249) 'sı herhangi bir soruşturma geçirmemiş, %20,4 (n:64) 'sı soruşturma geçirmişti. En az bir kez soruşturma geçirenlerin %37,5'si (n:24) cezai yaptırımla karşılaşırken, %62,5 (n:40)'i ise ceza almamış. En fazla soruşturma geçiren branş dahili bölüm n:46 (%22) olarak bulundu. Katılımcıların %54 (n=169) 'ü malpraktis kavramının hasta muayenesi sırasındaki girişimlerini olumsuz etkilediğini ifade ederken, %24,3 (n=76)'ü olumlu etkilediğini düşünüyor; %21,7 (n:68)'si bu konuda fikirleri olmadığını ifade etti. Çalışmaya katılan hekimlerin asistan ve diğer (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) olarak ayrıldığında, toplam doğru sayısına göre bakıldığında anlamlı bir farlılık saptanmadı (p:0,585). Analiz sonucu en az bir mevzuat okuyanlarda, mevzuat okumamış olanlara göre tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulundu ($p<0,001$).

SONUÇ: Atatürk Eğitim Araştırması Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlere yaptığımız çalışmada hekimlere yaptığımız "hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi

düzeyi" konulu çalışmada hekimlerin orta düzeyde bilgi sahibi oldukları ve bilmedikleri konularda sorumlu olabilecekleri tutumsal davranışlara rastlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Hekim, Tıp Hukuku, Tıbbi Uygulama Hataları, Defansif Tıp

ABSTRACT

INTRODUCTION: History of Medicine began with the existence of humanity . Beginning from the first years of human history,religious missions were imposed on doctors, and they were thought to have divine Powers . In parallel with the development of patient rights, medical malpractice and medical law were discussed. Dissatisfaction with the health system has increased the number of malpractice cases and over time the amount of compensation has reached very high values.

METHODS:

In our study we study with people who works in our hospital graduated from the Medical faculty, volunters, experts, assistants, practitioner doctors and faculty members. A questionnaire that measures information and behaviors of sociodemographic data, which is composed of medicalla wandlegislation, has been applied to the participants. Participants were informed about the questionnaire before the survey consisting of 32 questions. The data were analyzed by using SPSS 23 program.

RESULTS:

313 doctors who fully responded to the data collection tools were included in the study. 55.6% (n:174) of the participants were assisted. The most involved group was family medicine (n:79), the least participant was child neurology, immunology and allergy and geriatrics. Age of the participants was 35,82#9,45 years. 79.6% (n:249) of the participants did not conduct any investigation, 20.4% (n:64) of them did. While 37.5% (n:24) of the investigators received penalty, 62.5% (n:40) did not . the most inquiries were found in the internal segment n:46 (%22). 54% (n=169) of the participants stated that the concept of malpractice negatively affected their interventions during the examination of the patients and 24.3% (n=76) of them believed that they had a positive effect. 21.7% (n:68) said that they do not have ideas on this issue. When the physicians who participated in the study were separated as assistants and others (experts, practitioner, professor) there was no significant difference according to the total number of corrected (p:0,585). According to the results of the analysis, those whoread at leastone legislature, according to those who have not read the legislation, the level of

information about medicalla wand legislation was found to be significantly higher ($p<0,001$).

CONCLUSION:

At the end of the study called ”the level of information on doctors about Medicine law and a legislation”applied doctors working in Atatürk Education and a Research Medicine Faculty, it was determined that doctors were knowledgeable at medium level and have behavioral attitudes that they could be responsible forthings they do not know.

KEYWORDS: Doctor, Medicine law , Medical practice errors, Defensive Medicine.

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Çalışmaya katılan asistan ve diğerlerinin (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) oranları 32
Şekil 4.2. Çalışmaya katılan hekimlerin branşlara göre dağılımı 33
Şekil 4.3. Çalışmaya katılan hekimlerin aktif hekimlik süresine göre kişi sayısı 34
Şekil 4.4. Ceza alan katılımcıların aldıkları cezalara göre yüzdelik dağılımı 35
Şekil 4.5. Günlük hasta bakma sınırının sorgulanması 37
Şekil 4.6. Toplam doğru sayısının mevcut bölümlere göre ortanca değerleri, en küçük ve en büyük değerlerinin dağılımı 38

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.Hekimin hastayı reddetme hakkının sorgulanması 36
Tablo 4.2.Tüm Bilgi ve Tutum Sorunlarına Verilen Cevaplar..... 39
Tablo 4.3.Asistan ve Diğerlerinin (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) Verdiği Cevaplar 40
Tablo 4.4. Toplam Doğru Sayısının Asistan ve Diğer (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) Hekimlere Göre İlişkisi 41
Tablo 4.5. Toplam Doğru Sayısının Toplam Doğru Sayısının Hekimlikte Geçen Süreye Göre İlişkisi 41
Tablo 4.6. Toplam Doğru Sayısının Mevzuat Okuma ile İlişkisi..... 42
Tablo 4.7. Toplam Doğru Sayısının Ceza Alıp Almamaya Göre İlişkisi 42
Tablo 4.8. Toplam Doğru Sayısının Tıp Eğitimi Sırasında Tıp Hukuku Eğitimi Alanlar ve Almayanlara Göre İlişkisi..... 43
Tablo 4.9. Toplam Doğru Sayısının Meslek İçi Eğitimlerde Hekim Hak ve Sorumlulukları Konusunda Eğitim Alanlar ve Almayanlara Göre İlişkisi 43
Tablo 4.10. Toplam Doğru Sayısının Branşlara Göre Dağılımı..... 44

SİMGELER VE KISALTMALAR

BİMER: Başbakanlık İletişim Merkezi

CMK: Ceza Muhakemeleri Kanunu

DMK: Devlet Memurları Kanunu

JAMA: The Journal of the American Medical Association

RG: Resmi Gazete

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

TCK: Türk Ceza Kanunu

TTB: Türk Tabipler Birliği

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Tıp tarihi insanlığın varoluşuyla birlikte başlamıştır. Tıp mesleğini yapan kişi, insan bedenine dokunması ve öngörülerinin tedavi edici olması nedeniyle her dönem saygınlık kazanmıştır. Hatta insanlık tarihinin ilk yıllarından itibaren hekimlere dinsel misyonlar yüklenmiş ve hekimlerin tanrısal güçlere sahip olduğu düşünülmüştür [1]. Orta Asya Türklerinde ise "Kam" adı verilen sihirbaz hekimler, sağlık hizmeti vermişlerdir. Bunlar hiçbir şekilde yaptıkları müdahalelerden dolayı sorgulanmazdı, çünkü insanları hastalıktan koruma ve iyileştirme gibi yüce bir görevi yerine getirmekteydiler [2]. Fakat zamanla bu düşünce değişerek hekimler yaptığı işlemlerden sorumlu tutulup sorgulanmaya başlanmışlardır. Hekimin sorumluluklarının konuşulduğu ilk yazılı metin "Hammurabi Kanun"ları (MÖ 1700 – 1500 yıllarında) olarak kabul edilir. Bu metinde hekimlerin yapacakları tıbbi müdahale kuralları ve hatalı müdahalede alacakları cezalar yazılıydı [3]. Eğer hekim bir insanın ölümüne ya da kör olmasına neden olur ve hatalı bulunursa elleri bileklerinden kesilirdi [4]. Mısır'da da benzer şekilde hekim klasik tedavi yollarının dışına çıkar fakat hasta bu durum sonucu ölürse, hekim ölüm cezasına çarptırılır [5].

Tıp tarihi denilince akla ilk gelen her zaman Hipokrat ve Hipokrat yemini olmuştur. Hipokrat'a göre, *"hekim hasta karşısında tedbirli davranacak, kayıtsız kalmayacak, kadınlar üzerinde çocuk düşürücü operasyonlarda bulunmayacak ve hastasına zehir vermeyecektir."* [5]. Hipokrat yemini hekimlik sanatının önemli sembollerinden olmuştur. Herhangi bir yasal yaptırımı olmamasına rağmen metin hekimliklere uzmanlık yemini olarak okutulmaktadır [6].

Hasta hekim arasında yaşanan sıkıntılar zamanla dünya çapında fark edilmeye başlanmıştır. İnsan haklarındaki gelişme, insanlardaki farkındalık seviyesinin artması hasta haklarındaki eksikliği gün yüzüne çıkarmıştır. Bu da insan hakları kavramının gelişmesine yol açmıştır. Hasta haklarının gelişmesine paralel olarak tıbbi malpraktis ve tıp hukuku konuları tartışılmaya başlanmıştır [7]. Dünya Tabipler Birliği 1992 yılında malpraktisi "Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlamıştır [8]. Sağlık sistemiyle ilgili hoşnutsuzluklar beraberinde malpraktis dava sayılarını artırmış ve zamanla tazminat miktarları çok yüksek değerlere ulaşmıştır [9]. Bu durum bir etki-

tepki sürecini başlatarak hekimlerin kendilerini korumak için defansif tıbbi (defensive medicine) uygulamalarına neden olmuştur [7]. Defansif tıp uygulamalarının gerçekleştirilmesindeki en güçlü etken, dava edilme korkusu olarak görülmüştür [9]. Defansif tıp zaman içinde pozitif ve negatif olarak ikiye ayrılmıştır. Pozitif defansif tıp hastaları malpraktis şikayetinin oluşmasını önlemek ve gerekli olan tedavinin yapıldığına inandırmak amacıyla tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin artırılmasıdır [5, 10]. Hekimler burada ekstra tanı ve tedavi uygulamaları talep etmektedirler [11]. Mesela tıbbi olarak belirtilenden daha fazla tetkik istemek, gerekmediği halde ilaç yazmak örnek olarak verilebilir. Negatif defansif tıp ise hekimlerin dava edilme potansiyeli gördükleri vakalardan uzak durması ve riskli tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları olarak bilinmektedir [4]. Burada hekim bazı tıbbi uygulamalarını yerine getirmemektedir. Birden çok medikal problemi olan hastaları kabul etmeme, hastayı başka bir hekime sevk etme negatif defansif tıbba örnek olarak verilebilir [10]. Her iki tutumda da hastanın zarar görmesi söz konusu olup, ülke ekonomisi için yüksek maliyetli ekonomik kayıplar doğurmaktadır [12, 13].

Sağlık ihtiyacı ve gereksinimlerinin artışı; tıpta meydana gelen yeniliklerle birlikte dini, ahlaki ve hukuki bakış açılarını da etkilemiştir. Tıp biliminde yasal eksikliklerden doğan olumsuzluklar, yeni kanuni konuları gündeme getirmiştir. Mevcut mevzuatlarda değişiklikler ve yenilikler yapılarak güncellenmesi sağlanmaktadır [5, 14]. Toplumsal diğer ilişkilerimizde olduğu gibi hekim hasta ilişkisinde de devreye hukuk kuralları girmektedir**.** Hukuk, toplumsal düzeni sağlayan kurallar bütünüdür. Toplumsal hayatımıza dâhil önemli konulardan biri olan sağlık alanında da hukukun düzenleme getirmemesi düşünülemez. Sağlık hukuku, hastalıklar nedeniyle oluşan hasta hekim ilişkisindeki hukuksal sorunları düzenlemeyi amaçlar [5].

Sağlık hukukuyla ilgili yasal düzenlemeler ülkeden ülkeye farklı kanunlar içermektedir [15]. Ama dünya geneline baktığımızda sağlık hukuku gelişiminin, büyük bir kısmını malpraktis davalarına borçludur [7]. Geçmişte pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sınırlı sayıda hukukçu sağlık hukuku ile ilgilenmekteydi ve sınırlı sayıda çalışma ve farkındalık vardı. 2000'li yıllarda hekimlere, sağlık kurum ve kuruluşlarına açılan davaların artması ile sağlık hukuku gelişmeye başlamıştır. Aslında bir arz talep durumu gelişmiştir. Hekimlere ve sağlık kurumlarına karşı şikayetler artarak davalar açılmaya başlanmış ve ortamdaki bilgi sirkülasyonu artarak sağlık hukuku gelişmeye

başlamıştır [5, 6]. Açılan davalardan bazılarının hekimi suçlu bularak yüksek tazminatlarla sonuçlanması, bazı avukatlar ve hastaların bu durumu ticari gelir kapısı olarak görmesine neden olmuştur. Böylece hekimlere ve sağlık kuruluşlarına karşı daha fazla dava açılmaya başlanmıştır.

Medyanın hekim hatalarıyla ilgili haberleri tek taraflı vermesi, hekimleri karalayıcı haberlerin sayısının artması hekimler hakkında oluşan olumsuz düşünceleri artırmaktadır [5]. Oluşan komplikasyonlar, her olumsuzlukta hekimin hedef olarak gösterilmesi, toplumda hekimlik itibarını zedelemektedir [6]. Bununla birlikte tıp eğitimi boyunca derslerin ağırlığından hukuki konulara ağırlık veremeyen doktorlar, mesleğe başlar başlamaz yüksek tazminatlı davalarla karşı karşıya kalmaktadırlar [16-18]. Haklarında dava açılmış hekimlerin hastayı muayene etmekten korkar olduğunu, dava açılma potansiyeli olan hastaları sevk ettiğini, giderek mesleğine küstüğünü ve mutsuz olarak mesleğini sürdürdüğünü gösteren araştırmalar mevcuttur [7, 19].

Ülkemizde dünyadaki gelişmelere paralel olarak sağlık hukukunu düzenlemek amacıyla çok sayıda kanun, tüzük ve yönetmelik çıkarılmıştır [5]. Sağlık Bakanlığı 01.08.1998 tarihinde hasta haklarını Hasta Hakları Yönetmeliği şeklinde tek bir düzenleme içerisinde toplarken; hekimler açısından benzer şekilde bir özel bir düzenleme yoktur. Bunu şöyle bir örnekle açıklayalım; özen yükümlülüğü ihlali nedeniyle yargılanan bir hekim, ölümlü trafik kazasına neden olan kişilerle hukuki yönden eşit şekilde görülüp, değerlendirilir [7, 16]. Hekimin mesleğini yaparken iyileştirme amacı gütmesi, yoğun çalışma temposu ve yaptığı özveriler açısından ayrı bir değerlendirmeye tabi tutulmaz. Hekim mesleğini icra ederken hukuki ve cezai yasal düzenlemeyi bilmek ve uygulamak zorundadır [20]. Bütün vatandaşlar için ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz. (TCK. md.4). Hekimler hakkında da geçerli kanunları bildiği kabul edilerek işlem yapılır, bilmediğini öne sürerek sorumluluktan kurtulamaz [5]. Bu mevzuatlardan hekim-hasta ilişkisi bakımından önemli görülen 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 13.1.1960 tarihli Tıbbî Deontoloji Nizamnamesidir [5]. Bunlar dışında hekimlerin çalışma şartları Hekimlik Meslek Etik Kuralları, Devlet Memurları Kanunu (DMK), Aile Hekimliği Kanunu Ceza Muhakemesi Kanunu, Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunu, Hususi Hastaneler Kanunu, Tıpta

Uzmanlık Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği, ve Türk Ceza Kanunu gibi bir takım ulusal düzenlemeler içinde yer almaktadır [21].

Ülkemizde Türk Ceza Kanunu'nda (T.C.K) 5237 sayılı kanunla uygulamaya giren "bilinçli taksir" ve "olası kast" gibi kavramlar hekimlerde kafa karışıklığına neden olmuştur [22, 23]. Bu durum bir taraftan hekimlerin tıbbı müdahalelerini daha dikkatli yapmasını sağlarken, diğer taraftan pozitif ve negatif defansif tıbbi uygulamalarını artırmıştır [7].

Hekimlerin tedavi edici ve koruyucu mesleklerini uygularken, hukuki açıdan sıkıntılar yaşamaları söz konusudur. Bu nedenle ilgili oldukları mevzuatları bilmeleri kariyerlerinin ve mesleki uygulamaların devamı için önemlidir. Malpraktis davalarının artması, verilen cezaların paraya çevrilmemesi, kimi zaman ise yüksek tazminat ile sonuçlanması hekimlerin bu konuya olan dikkatini artırmasını gerektirmektedir [24]. Bir zamanlar riskli olan hekimlik mesleği, artık tehlikeli bir meslek olarak görülmektedir [20, 25, 26]. Tıbbi müdahalelerin yüksek bir dikkat ve özenle yapılması gerekmektedir. Bunun yanında hekimlerin, meslekleriyle ilgili hukuki konuları bilmeleri zorunludur. Hekim mesleki uygulamalarda iyi olduğu kadar, hukuki konulara da hakim olmalıdır [7].

Bu çalışmada hekimlerin tıpta uygulama hataları konusunda bilinçlendirmek, güncel bilgileri, mevzuat konularını tekrar gözden geçirmek, hekimlerin yasalar karşısındaki sorumluluklarını belirterek, olası mağduriyetlerini önlemek ve mesleğe olan bağlılıklarını artırmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Temel Kavramlar

2.1.1.Tıp

Türk Dil Kurumu sözlüğünde *"Hastalıkları iyileştirmek, hafifletmek veya önlemek amacıyla başvurulan teknik ve bilimsel çalışmaların tümü, tababet"* olarak tanımlanmaktadır. Arapça'dan dilimize gelen *"Tıp"* kelimesi, insan sağlığını içeren bilimsel uğraşların genel adıdır. Tıp biliminin sembolü olarak da birbirine sarılmış iki yılan kullanılmaktadır [27].

2.1.2.Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sadece hasta veya sakat olmamak değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal bakımdan iyi olma hâlidir. Diğer bir deyişle kişinin işlev görebilme yeteneğine engel olacak bedensel, ruhsal ve zihinsel sakatlık ya da hastalığın olmamasıdır [6].

2.1.3.Hukuk

Hukuk, Arapça *"haklar"* manasına gelmektedir [5]. Hak ise*"hukuk tarafından kişilere tanınan ve korunmasını istemek hususunda kişilerin yetkili kılındıkları çıkardır."* [28]. Toplumsal düzeni sağlamak için oluşan kurallar bütününe ihtiyaç vardır. Hukuk da bu düzeni sağlar. Bireylerin birbiriyle ve devletle olan ilişkilerini düzenler. Hukuk kuralları toplumlara göre farklılık gösterebilir. Hatta aynı toplumda zamanla değişim gösterebilir. Çünkü zaman içinde toplumsal doğrular değişebilir. Kesin gerçeklere göre değil, mevcut anlayışa göre şekillenir [29].

2.1.4.Sağlık Hukuku

Sağlık hukuku tıp ve hukukun birbirine olan etkilerini inceleyen özel bir hukuk dalıdır [6]. Çok geniş bir kavram olan sağlık hizmeti alanında ceza hukuku, özel hukuk ve idare hukuku konularını inceler. Sağlık hukukunun konularını hekim hakları, hasta hakları, kamu ve özel hastanelerin hukuksal yapısı, çevre sağlığı ve gıda hukuku, Sağlık Bakanlığının faaliyetleri, sağlık sigortası, tıp eğitimi, diğer sağlık personelinin hukuksal yapısı, sağlık harcamaları oluşturur [5, 6]. Tıp hukuku da sağlık hukukunun alt

basamağını oluşturur. Tıp hukuku konularını; hasta hakları, hekim hukuku, ilaç hukuku, hatalı tıbbi uygulamalar ve medikal hukuk alanları oluşturmaktadır [6].

2.1.5.Hekim

Tıp alanında çalışan profesyonel ve uzman kişidir. Arapça *"Ha-ke-me"* sözcüğünden gelmektedir [30]. Hekim hüküm veren, olayı kontrolü altında tutabilen, akıllı ve becerikli anlamına gelir [5]. Benzer şekilde kullanılan doktor kelimesi, Türkçeye Fransızcadan giren "docteur" kelimesinin değişmiş halidir. Kelime aslı itibari ile Latincedir.

Hekim, kendisine öğretilmiş bilgiyle sınırlı kalmamalı, güncel bilgileri takip ederek kendini yenileme çabası içinde olmalıdır. Hastalarının yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme sağlamalıdır. Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde doktorluk mesleğini yapabilmesi için Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun'da da belirtildiği üzere tıp fakültesinden mezun olmuş olması gerekir. Buna göre tıp fakültesi öğrencilerinin de tek başına müdahale hakkı yoktur. Ancak onlara eşlik eden uzman hekim varsa girişimsel işlem yapabilirler, hasta muayene edebilirler. Aksi halde hem sorumlu hekim hem tıp öğrencisi kanunen doğacak sorundan sorumlu tutulurlar [5].

3.HEKİM HAKLARI

3.1.Hekimin Temiz, Sağlıklı ve Modern Şartlarda Çalışma Hakkı

En temel haklardan olan kişi sağlığının korunması hekimlik mesleği için oldukça önem arz etmektedir. Hekim, idareden sağlık risklerini ve iş kazası ihtimallerini en aza indirecek bir ortamda çalışma hakkı talep edebilir. Hekimlerin çalışma koşulları bakımından hastalık kapmayacağı ortamların oluşması için, belirli bir bütçe ayrılması gerekmektedir. Mevcut bulunan sağlık sisteminin hekimini hasta ederken, hastasını koruması tabi ki beklenemez [31]. Daha temiz bir ortam, daha kaliteli bir sağlık hizmeti demektir. Bu nedenle, hekim ilk olarak kendi sağlığını güvence altına almalıdır [32]. Hekimlik, her türlü ölümcül enfeksiyona açık çok riskli bir meslektir. Önceden alınacak tedbirlerle, hekimin hem hastası hem de kendisi için ölümcül veya sakatlığa sebep olacak kazaların önüne geçilmelidir [30]. Ayrıca fazla mesai ve yoğun tempolu çalıştırılan hekimlerin bu duruma itiraz etmesi sonucu, istirahat hakkı da bulunmaktadır.

Tıp bilimi sürekli gelişmekte ve ileri bilgisayar teknolojisine ihtiyaç duymaktadır [27]. Her hekimin kendini gelişen hizmet alanı ile yenilemesi ve güncel bilgileri takip etmesi gerekmektedir. Bunun için hekimin, gelişimini sağlamasına yardımcı olacak gerekli olan alt yapının sağlanmasını talep etme hakkı vardır. Böylece sağlık hizmetinde kalitenin artması sağlanacaktır [5, 6].

3.2. Hastayı Reddetme veya Tedaviyi Bırakma Hakkı

Hekimin, hasta zarar görmeyecek şekilde olmak kaydıyla, hastayı reddetme hakkı vardır. Hekim muayenelerine düzenli gelmeyen, verdiği tedaviye uymayan ve tavsiyelerini dinlemeyen hastanın tedavisini üstlenmeyebilir. Aradaki güven duygusunun zedelendiği (hastanın önemli bir konuda yalan söylediği, hekime hakaret ettiği veya kötü sözler söylediği, vb.) durumda da tedaviye devam etmek fayda sağlamayabilir. Hekimin reddetme hakkı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde *" Tabip veya diş tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.*" şeklinde bildirilmiştir. Anılan tüzüğün devamında ise, *"Tabip ve diş tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir*

meslektaşının tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terk edemez. Hastayı bu suretle terk eden tabip veya diş tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahede notlarını verir." denilerek bu husus açıklanmıştır.

İlgili nizamnamede görüldüğü üzere, hekim acil yardım ve insani vazifenin ifası halleri durumunda hastayı reddedemez. Yani deprem, savaş ve toplu ölümcül kazalar durumunda hasta, hekim tarafından reddolunamaz [27]. Ayrıca kamuda çalışan hekimler resmi mesai yaptıkları için, bütün kamu çalışanları gibi onların da hastayı reddetme hakkı yok denilebilir [5]. Bununla çalıştığı bölgede tek hekimse, o hekimin hastaya bakmayı reddetme hakkı bulunmamaktadır [32]. Hasta haklarında hastanın hekim seçme hakkı, hekimin hasta seçme hakkına nazaran oldukça sınırlandırılmış durumdadır [5].

3.3. Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı

Hekim istediği klasik tedavi yöntemlerinden istediğini seçme hakkı mevcuttur. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde bu konu "*Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.*" şeklinde yer almaktadır.

Bir hastalığın birden fazla tedavi seçeneği bulunabilir. Hekim seçim yaparken güvenilirliği kanıtlanmış, uzun zamandır kullanılan yöntemi seçmelidir [32]. Bazen hastalar dahi hekimi yönlendirerek baskı yapıp kendi tedavi ilaçlarını belirlemeye çalışabilirler. Hekim karar verirken hiçbir etki ve baskı altında olmamalıdır (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 13. M).

3.4. Tanıklıktan Çekilme Hakkı

Hekim kendi hastasına ait bilgileri saklamakla yükümlüdür. Bu sorumluluk teknolojinin hızla ilerlediği ve bilgisayar kullanımının arttığı, bu nedenle de bilgilere kolayca ulaşıldığı günümüzde, söz konusu yükümlülüğün yerine getirmesi çok zor olsa

da, hasta bilgilerini saklama yükümlülüğü hekimin azami dikkat etmesi gereken hususlardan biridir.

Meslek sırrını ifşa etmek, her meslekte olduğu gibi hekimlik gibi özel hayatla fazlaca iştigal eden bir meslek dalı için de düşünülemez. Hatta bu husus mahkeme hekimden tanıklık istediği durumda bile geçerlidir. Hastası hakkında kendisinden bilgi istenen hekim, uygun görmezse tanıklıktan çekilme hakkını kullanabilir. Bu mevzu Deontoloji Nizamnamesi'nin 4. Maddesinde ve TCK.258. madde de açıkça belirtilmiştir. Bu tür bilgiler kişinin iş ve aile yaşantısını bozacak nitelikte olabilir [33].

Hekim özel yaşamın gizliliğine hukuki ve etik açıdan saygı duymalı ve hasta hakkında edindiği bilginin saklanmasında azami çaba göstermelidir. Kişinin rızası bulunuyorsa ve bazı kanuni haller durumunda hekim açıklama yapabilir [34]. Bununla birlikte hekime meslek sırrı olmasını öne sürerek tanıklıktan çekilme hakkı da yasalarla tanınmıştır(CMK. M.46).

3.5. Hekimin Yeterli Bir Gelir Düzeyi Talep Etme Hakkı

Hekimlerin harcadıkları emek ve üstlendikleri sorumluluklar karşılığı ücret almaları en doğal haklarıdır. Hekimin bir taraftan kendi ve ailesinin hayatını idame ettirmesi gerekirken, bir taraftan tıbbi ilerlemeleri takip etmesi gerekmektedir. Hekim teknolojik gelişmelere ayak uyduracak şekilde güncel kongreleri takip etmeli, kitap ve dergi aboneliklerine bütçe ayırmalıdır [27, 32]. Girdikleri riskli meslek hayatı ve açılan davalardaki tazminat miktarlarındaki artış düşünülecek olursa, hizmetlerinin karşılığı hakkaniyetle ödenmelidir [30].

3.6. Belirli Sayıda Hastaya Bakma Hakkı

Her hekim belirli bir sayıda hastaya bakacak kapasiteye sahiptir. Bu sayıyı aşmak hem hekim sağlığını olumsuz etkileyecek, hem de hastanın muayenesinde eksikliklere yol açacaktır. Nitekim hasta sayısının fazla olduğu polikliniklerde, aşırı yorgunluk nedeniyle yanlış tanı konup ve yanlış reçete yazılabilmektedir [6]. Dinlenme saati azalan hekim, fiziksel ve ruhsal yorgunlukla bir sonraki gün muayeneye devam etmekte, bu da zincirleme olarak hekimin hata yapma olasılığını artırmaktadır.

Hasta sayısında tam bir sınırlama söz konusu değildir. Her hekim istediği kadar hasta muayene edebilir. Ancak bu durumda doğacak problemlerde fazla sayıda hasta bakmasını gerekçe olarak gösteremez [5]. Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nde *"Her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20'den fazla hastaya bakamaz. Ancak, daha fazla hastanın başvurması halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır."* olarak geçmektedir. Polikliniklerde bakılan hasta sayısını sınırlamak için Döner Sermaye Ödeme Yönetmeliğinde (RG.12.5.2006, S.26166) değişikliğe gidilmiştir. Bu düzenleme ile hasta muayenesinde belirli sayının üzerine çıkıldığında performans ödemesi yapılmayacağı bildirilmiştir. Bu sayı ise, uzmanlık dallarına göre farklılık göstermektedir [5].

Bazı hekimler çalıştığı kurumun talimatlarına uyarak fazla hasta baktıklarını beyan etmektedirler. Böyle bir durumda, bu hususun idareye yazılı olarak bildirilmesi ve cevabının da yazılı olarak alınması, olası dava durumunda ise bu yazışma evraklarının mahkemeye sunulması gerekmektedir [35]. Böylece oluşan problemlerden hekim sorumlu tutulmayabilir.

3.7.Hastaya İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı

Her meslekte olduğu gibi hekimlik mesleğinde de hatalar olabilir. Bazen hekimlik mesleği taşıdığı risk nedeniyle istenilmeyen sakatlıklara ve dönüşü olmayan ölümlere sebebiyet verebilir. Hekim yaptığı tedavi veya ameliyat sürecinin büyük bir dikkat ve özenle yürütülmesinden sorumludur [27]. Bunun için ortamın steril olması, gerekli olan malzemelerin sağlanması, hastanın güvenliği gibi organizasyonların yapılmasından da hekim sorumludur. Her hekim hastasının tedavisinin başarıyla sonucu ister, ancak iyileşme garantisi veremez. Bu konu Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi'nde 13. maddesinde de üzerinde durulmuş "h*ekim bilimsel gerçeklere uygun olarak tanı koyar ve gereken tedaviyi uygular. Bu çalışmanın şifa ile sonuçlanmamasından dolayı, deontoloji bakımından tenkit edilemez*." denilmektedir. Fakat sonuç garantisi verilen diş, estetik cerrahi ve ortopedi protezleri bu durumun istisnası olarak kabul edilmektedir. Bu durumlarda istenen iyileşme sağlanamazsa, hekim hastaya karşı sorumlu olacak ve tazminat ödemek zorunda kalacaktır [5, 32].

3.8.Mesleğini Serbestçe Uygulama Hakkı

Hekimin hastası hakkında sağlıklı karar verebilmesi için, kendini baskı altında hissetmemesi ve kendisine telkinde bulunulmaması önemlilik arz etmektedir. Bu politik bir baskı olabileceği gibi, hasta ve yakınlarının yaptığı sözlü ya da fiziksel bir şiddet de olabilir. Bu konu Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi'nde *"Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve meslekî kanaatine göre hareket eder. Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir."* şeklinde belirtilmiştir. Hekim hastası için en uygun tedavi şeklini seçecek kişidir; aldığı eğitin sonucu olarak, aksi karar verebileceği düşünülemez. Bu objektif yaklaşım ile hekim ve hastanın hastane imkanlarını etkin şekilde kullanması sonucu, kişi ve toplum bazında eşit dağılım sağlanmaktadır [36].

3.9.Danışma ve Konsülte Etme Hakkı

Tıbbı bilginin geliştirilmesi için hekimin ihtiyaç halinde kendi meslektaşlarına danışma hakkı bulunmaktadır [5]. Yani hekimin hastasıyla ilgili kendini yetersiz hissettiği konularda, tanı ve tedavi için konsülte etme hakkı vardır [37].

3.10.Tıp Etiği İlkelerine Uyulmasını İsteme Hakkı

Hekimlerin mesleklerini yaparken etik kurallara uyması gerekmektedir. Bu durum hem kendi hem de diğer sağlık çalışanları açısından önemlidir. Karşılıklı güven ve saygı ortamı oluşturulmasıyla elde edilen başarı oranının artırılması sağlanır. Böylece toplumsal, estetik ve ekonomik değerlerin çatışması hekimin karar verme sürecini etkilemez [32]. Hekim bu sayede hastası için doğru tedaviyi seçebilir.

4.TIBBÎ MÜDAHALE

Hukuk ve tıp bilimi zaman içinde bulunduğu topluma göre şekillenip değişim göstermektedir. Toplumun ihtiyaçları nedeniyle de, bu değişim süreklilik arz etmektedir. Tıbbi müdahalelerde yaşanan gelişmeler, insanlar üzerinde yapılan deneyler yasal problem ve tartışmaları beraberinde getirmiştir. Tıbbi müdahale, tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından, tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyeti içermektedir [5, 6, 38, 39].

Tıbbi müdahale; tanı ve tedavi yoluna gitmek için hastaya yapılan kan alma, röntgen çekimi, ameliyat, girişimsel parça alma gibi işlemlerin tamamını oluşturmaktadır. Doktorun yapabileceği girişimler Hasta Hakları Yönetmeliği'nde tanımlanmıştır.

Zamanla tedavi amaçlı olmayan yaklaşımlar da tıbbi müdahale kavramı içine girmiştir [5]. Estetik operasyonlar, kısırlaştırma işlemleri ya da verici (bağışlayan) açısından doku organ nakli operasyonları bu gelişime örnek teşkil eder [40].

Hakan Hakeri, bu nedenle tıbbi müdahaleyi en geniş şekliyle "İnsan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale tıbbi müdahale" [27] olarak tanımlamaktadır.

4.1.TIBBÎ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞU

Hukuka uygun bir tıbbi müdahale için olması gerekenler;

- Tıbbi müdahalenin bir sağlık personeli tarafından yapılması,
- Aydınlatma ve Rıza
- Tıp biliminin verilerine göre gerekli ve bu verilere uygun müdahale şartlarının varlığına bağlıdır [5, 40].

4.1.1.Tıbbi Müdahalenin Bir Sağlık Personeli Tarafından Yapılması

Tıbbî müdahale ancak tıp mesleğini icra eden bir sağlık personeli tarafından yapılabilir. Hekim olarak müdahalede bulunmak için, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'nun 1. maddesinde:

"Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır." denilmektedir.

İlgili kanunda 2014 yılında hekim dışında tıbbi müdahale yapabilecek kişiler; sağlık memurları, diş hekimleri, acil tıp teknikerleri, hastabakıcılar, ebeler ve hemşireler tanımlanmıştır [40]. İlgili kanuna göre tıp öğrencileri ya da intörnlerin tıbbi müdahalede yapma yetkileri yoktur. Ancak yanlarında uzman hekimlerin gözetmenliğinde tıbbi müdahalede bulunabilirler. Aynı şekilde tıp fakültesinden mezun olmuş pratisyen hekimler için tam bir görev tanımlaması yoktur. Bazı müdahaleler özel uzmanlık ister ve pratisyen hekimin bu müdahaleleri yapması beklenemez [5].

4.1.2.Aydınlatma ve Rıza

Her insan bedene özeldir ve saygı duymak gerekir. Kişi kendi bedeni üzerinde söz sahibidir, yapılan her türlü tıbbi işlem için izin kararı kendisine aittir. Hekimin görevi kişiyi aydınlatmak ve rızasını almaktır. Böylece yapılan işlem bu şekilde hukuka uygun hale gelir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 15. maddesinde *"hasta, sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbî işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbî müdahale usûlleri, tedavinin kabul edilmemesi hâlinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir*." denilmektedir.

Aydınlatılma, hekim tarafından kapsamlı şekilde hastaya yönelik olarak yapılmalıdır. Hastaya hastalığın oluşum nedeni, aciliyeti, bütün tedavi seçenekleri, tedavi amaçlı yapılacak işlemler, taşıdığı riskler, başarı oranı, oluşabilecek komplikasyonlar, yaşam tarzı önerileri tek tek anlatılmalı; tedaviyi reddettiği zaman ne gibi sıkıntılar yaşayabileceği kendisine açıklanmalıdır [5, 6, 41]. Aydınlatmayı yapmak ise, müdahaleyi yapacak doktorun görevidir [42]. Eğer hasta tedaviyi reddederse, tedavi olmazsa hastanın karşılaşacağı problemler ve riskler kendisine açıkça anlatılmalıdır [43]. Hasta bazen bilgilendirilme hakkını istemeyebileceği gibi, başka birinin de bilgilendirilmesini isteyebilir [5]. Fakat tüm bunların yazılı yapılması hekim açısından önemlidir. Hasta anlayabilecek bir yaşta değil ve kısıtlı ise veli veya vasisinin izni gereklidir [44]. Hasta küçük fakat durumu idrak edebilecek yaşta ise Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 26. maddesinde yer aldığı şekliyle, küçüğün de tıbbi müdahaleye iştirak etmesinin gerekmektedir [45]. Türk Medeni Kanunu'nda erişkin yasal yaş sınırı on sekizdir. Etik açıdan 12-18 yaş (erişkin yetkinlik) dönemi gençlerin, kendi özerklik

hakları olduğu ve kararlarını verebilecekleri düşünülmektedir [46, 47]. İngiltere'de yaşanan bir olay ergen özerkliği ve rıza konusunda dönüm noktası olmuştur: Anne olan Bayan Gilick'in, 16 yaşından küçük beş kız çocuğu vardır. Mahkemeden bir doktorun, 16 yaşın altındaki kızlara ebeveynlerin bilgisi veya rızası olmadan doğum kontrol hapı reçete etmesinin yasa dışı olacağını belirten bir beyan ister. Beyan reddedilir. Mahkeme bu yaştaki gencin kendi vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı ve kararı kendisinin verebileceğini öngörmüştür [48]. Benzer olay Avusturya'da da yaşanmıştır: 16 yaşında hastasının kendi geleceğini belirleme hakkı olduğunu ileri sürülerek, hastasını bilgilendirmeyen (aydınlatmayan) doktor hatalı bulunmuştur [27]. Karar verme yetkisi olmayan psikiyatri hastalarında kanuni temsilcilerin rızası alınmalıdır [49].

Hastaneden kendi isteği ile ayrılmak isteyen hastadan "ölüm dahil olmak üzere bütün riskleri kabul ederek hastaneden kendi isteğimle ayrılıyorum." şeklinde beyanlı imzasının alınması, hukuken anlamsızdır. Bu risklerin neler olduğu tek tek ifade edilerek (mesela akciğerlerinde sıvı tutulması artabilir, kalp krizi geçirebilir)yazılı onam alınmalıdır [6].

Hasta rıza göstermedikçe işlem yapılamayacağı gibi bazı konularda hastanın rızası olsa da hukuken suç sayılır [5, 42]. Örneğin, son evre kanser olan hastanın rızası dahilinde ötenazi yapılması mümkün değildir.

Aydınlatmanın ortalama bir insan seviyesine (orta seviyede) uygun şekilde, açık ve anlaşılır olması gerekmektedir [43]. Tıbbi terimler yerine kolay anlaşılır sözcükler seçilmelidir [41]. Hekim isterse hastasını sözlü şekilde aydınlatabilir fakat aydınlatma yapıldığına dair ispat bu durumda zorlaşır. Bu nedenle yazılı olması daha uygun olacaktır. Kanunen yazılı onamın alınması şart olduğu durumlar *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun* md. 70, *Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması Ve Nakli Hakkında Kanun md. 6, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun md. 5'te* belirlenmektedir [50-52]. Hastanelerde her servisin kendi hazırladığı onam kağıtları bulunmaktadır. 2013 yılında Yargıtay, onama işlemi için hastanede halen imzalatılan fotokopi kağıtların, yeterince açık ifadeler içermediği ve aydınlatmanın olmadığı sonucuna varmış ve bu kağıtların geçersiz olduğu kararını vermiştir [53]. Gerekçe olarak da, onam kâğıdının genel geçer bir form yerine, her bireye özel olması gerektiği belirtilmiştir.

Bir diğer taraftan doktor, aydınlatmanın kişi üzerinde olumsuz baskı uygulayıp tedavi seyrini kötü etkileyeceğini öngörürse, hastayı aydınlatmayabilir (Hasta Hakları Yönetmeliğinin 19. maddesi). Bu duruma örnek olarak Almanya'da yaşanan olay şöyledir: Başarılı yazar Theodor Storm kendisine kanser tanısı konulduktan sonra, psikolojik rahatsızlık yaşamış ve yazmayı bırakmıştır. Daha sonra kardeşinin özel bir kuruluşta bu raporu yalanlayan yeni bir rapor çıkarılmasını talep etmesi üzerine, artık kanser olmadığını düşünen yazar kendini toparlayıp, *"Der Schimmelreiter"* isimli eserini bitirmiştir [5].

Her tıbbi müdahalede başarı sağlanması mümkün olmayabilir. Hekimin kötü sonuç ya da komplikasyonlardan sorumlu tutulmaması için de aydınlatma ve rıza onamının usulüne göre yapılmış olması gerekmektedir. Tabi ki bu durumun tam tersi de olabilir. Yani müdahale başarıyla sonuçlanmış, hasta iyileşmiş fakat hasta aydınlatılmamış, rızası alınmamışsa da hekim suç işlemiş sayılır [5].

Hastaya tedavi kararı için süre tanımak amacıyla, aydınlatmanın önceden yapılması gerekmektedir. Böylece hasta, başka doktorlara mevcut yaklaşımın doğruluğunu sormak, eşinin ve arkadaşlarının yardımını almak isteyebilir. *Hasta Hakları Avrupa Statüsü*'nün *4. maddesinde* kişinin bilmesi gereken tüm bilgilerin, kişinin makul ve uygun bir değerlendirme yapabilmesini sağlamak amacıyla, işlemden en az 24 saat önce kendisine verilmesi gerektiği vurgulanmıştır [54]. Ama bazı istisnai durumlarda ameliyat öncesi dahi hastanın aydınlatılması söz konusu olabilir [5]. Acil müdahale gerektiren olaylarda zamanı etkin kullanmak önemlidir. Hekimin hastaya danışıp, karar vermesini beklemek mevcut rahatsızlığı geri dönüşümsüz bir sürece sokabilir. Hastanın varsayılan rızasının, sağlığı geliştirmek ve korumak amaçlı olduğu düşünülüp bu yönde işlem yapılır.

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa'da Hasta Haklarını Geliştirilmesi Bildirgesi 3. maddesinde *"hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı olduğu varsayılarak girişim yapılabileceğini"* belirtilmiştir.

Çocuk üzerinde yapılacak işlemlerde, eşit hakka sahip olan anne- babanın ikisinin de aydınlatılıp rızasının alınması gerekmektedir. Söz konusu hastanın küçük ve kısıtlı

olması durumunda da veli ve vasisinin izin vermesi beklenmez (Hasta hakları Yönetmeliği 24. md). Tıbbi müdahale hemen yapılır [27]. Benzer durum toplum için tehlike saçan psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde de karar kişiye bırakılmamış, zorunlu hale getirilmiştir [5].

Genel toplum sağlığını korumak söz konusu olunca rızanın olup olmadığına bakılmadığı durumlar mevcuttur. Bu durumlar çıkarılmış yasalarla güvence altına alınmıştır. Bulaşıcı hastalık ve salgın durumunda kişinin isteğine bakılmadan, gerekirse zorla aşı yapılması söz konusudur. Genel topum sağlığının korunması söz konusu olunca bireysel rızadan bahsedilemez.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile bu durum güvence altına alınmıştır. Olası salgın durumunda (kolera, veba, lekeli humma, karahumma gibi) yapılması gerekenler bildirilmiştir. İlgili kanunda sıtmanın ortadan kaldırılması için *"herkes, teşkilat tarafından mahallinde yapılacak umumi veya kısmi muayenelere icabet etmeye ve hastalığın teşhisi veya kütlenin sıtma paraziti endeksinin tayini maksadıyla yapılacak bakteriyolojik muayeneler için her talep vukuunda kan alınmasına ve ilaçların tatbikine müsaade etmeye mecburdur"* şeklinde ifade yer almaktadır.

4.1.3.Tıp Biliminin Verilerine Göre Gerekli ve Bu Verilere Uygun Tıbbi Müdahale

4.1.3.1.Endikasyon (Tıbbi Gereklilik)

Endikasyon tıbbi zorunluluk durumu, tıp bilimine göre gereklilik hasıl eden durumdur [5]. Bu durum anayasa ile güvence altına alınmış, gerekli olmadığı halde müdahalede bulunmak suç olarak kabul edilmektedir. Hekim yaptığı her tıbbi müdahalenin nedenini açıklayabilmelidir [55]. Kimi uygulamalar doğrudan tedavi edici olduğu gibi (hastalıklı kitlenin operasyonla alınması gibi), kimi uygulamalar dolaylı olarak (hastadan kan alma, ekg çekme, genetik tahliller, kültür tahlili gibi) tedavi edicidir [55].

4.1.3.2.Özenli Tıbbî Müdahale

Her doktor, hekim etik kuralları içerisinde gereken dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmelidir. Her hastasına eşit şekilde hizmet sunmalı, tedavi olması için gereken hizmeti vermelidir. Hekim özen yükümlülüğünü tam olarak yerine getirdiği durumda bile her tedavinin başarı ile sonuçlanması beklenemez. Fakat hekimin güncel

tedavi yaklaşımlarıyla elinden geleni yapması beklenir [55]. Hekim, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 14. maddesinde belirtilen "hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir." ilkesine göre hekimlik mesleğinin gereklerini yapmalıdır.

4.2.ÇOCUKLUK AŞILARINA GÜNCEL YAKLAŞIM ve ONAM

Çocuklara yapılacak her türlü müdahalede söz sahibi olan aileler, çocukluk aşıları konusunda da karar verecek asıl kişilerdir. Hekimin velisinden izin almadan aşı yaptırması düşünülemez ve kasten yaralama suçuna girmektedir [56].

Bu konuya hukuken bakıldığında, ilgili Umumi Hıfzıssıhha Kanun'unda 89. Maddede "*Türkiye hudutları dahilinde doğan her çocuk doğumu takip eden ilk dört ay zarfında aşılanır. Çocuğun peder ve validesi aşı mecburiyetinin ifa edilmesinden aynı suretle mesuldürler. Ebeveyni olmayan çocuklar veya ebeveyni nezdinde bulunmayan çocuklar için çocuğu bakmak üzere kabul eden şahıslar veya müesseseler müdürleri mesuldürler.*" 88. Maddede "*Türkiye dahilinde her fert çiçek aşısı ile mükerrenen aşılanmağa mecburdur. Bu aşının, icrası tarzı ve vesikaların ne suretle ita olunacağı ve aşılarının fennen geri bırakılması icap eden kimseler ilgili nizanname çıkarılacağı kabul edilmiştir.*" 90. Madde de ise, "*Otuz yaşına kadar olan her şahıs çiçek aşısını beş senede bir tekrar ettirmeğe mecburdur. Çiçek salgını vukuunda sıhhat memurları tarafından lüzum görülecek bütün eşhasa çiçek aşısı tatbiki mecburidir.*" denilmektedir. Çoğu ülkede olduğu gibi bizde de eradike edilmiş olan çiçek hastalığı aşısı, hukuken yapılması zorunlu olan tek aşıdır. Diğer çocukluk aşıları için ise böyle bir zorunluluk bulunmamaktadır.

Çocuğuna aşı yaptırılmasını istemeyen ailelerin sayısı her geçen gün artmakta ve bu konu diğer ailelerin de kafasını karıştırmaktadır. Bu konuda medya ve internet üzerinde organize olup gruplaşmalar artmaktadır. Ülkemizde 2015 yılında bir savcının çocukları için Hep B aşısını yapılmasını istememesi ve bu konuda dava açması örnek teşkil etmiştir [57]. Sağlık Bakanlığı 2016 yılında 11 bin olan aşı karşıtı sayısının 2017'de 23 bin olduğunu açıklamıştır [58]. Aşılanma oranlarındaki düşüşler ise, yakın zamanda eradike edilecek (ortadan kalkacak) hastalıkların artışına neden olmuştur. Batı dünyasının farklı bölgelerinde çok sayıda kızamık salgını meydana gelmiş, düzinelerce

hastayı enfekte etmiş ve hatta ölümlere neden olmuştur. İngiltere'de boğmaca aşı alımının 1974'te % 81'den 1980'de % 31'e düşmesi, uzun yıllar gözükmeyen boğmaca salgınına neden olmuştur [59, 60]. İngiltere'de 14 yıldır ilk kez endemik kızamık vakası bildirilmiştir. İrlanda'da 2000 yılında bir salgın meydana gelmiş ve 1500 vaka ve üç ölüm bildirilmiştir. Salgının, kızamık aşı (MMR) tartışmasını takiben aşılama oranlarındaki düşüşün doğrudan bir sonucu olduğu gösterilmiştir [61]. Fransa'da 2008 - 2011 yılları arasında 22.000'den fazla kızamık vakası bildirilmiştir [62].

Aşılama karşıtı hareketin nedenleri arasında en çok bilinen dini nedenler, kızamık aşısı sonrası otizm yapması ya da aşıların alüminyum içermesi şeklinde sıralanabilir [63]. Hâlbuki bu iddiaların çoğu asılsızdır. Tüm dünyada yapılan çalışmalarda hiçbir aşının doğrudan otizme yol açtığı gösterilememiştir [64]. Bununla birlikte aşıların içinde bulunan alüminyumun Alzheimer gibi pek çok hastalığa neden olduğu düşünülmektedir. Ancak aşı içinde çok az miktarda bulunan bu maddenin Alzheimer veya bir başka hastalığa yol açması söz konusu değildir [65].

5. HEKİMLERİN CEZAÎ SORUMLULUĞU

Hekimlik insan yaşamıyla ilgili olması açısından kutsal bir meslek olmasıyla birlikte, bir o kadar da tehlikeli bir meslektir. Hekimin sanatını işlerken hastanın yaşam ve vücut bütünlüğüne duyduğu saygıyla ve Hasta-hekim arasındaki vekalet sözleşmesine uygun hareket etmelidir [6]. Yapacağı müdahalenin her adımında hastasını aydınlatmalı ve onayını almalıdır [66]. Yaptığı işin ucunda insan hayatının olması, işini daha özenli yapmasını gerektirmektedir. Yapacağı en ufak bir hatayla maddi veya manevi zararlar ortaya çıkabilir. Bu durumda, mağduriyet hisseden hasta ya da hasta yakınları hekimi sorumlu tutabilir. Hekim bir anda ceza hukukuyla karşı karşıya kalabilir. Hekimin hukuki olarak cezai işlem görmesi için:

1) Hukuken farklı uygulama
2) Hastanın bu durumdan zarar görmesi
3) Hekimin kusurlu olması
4) Zararın yapılan tıbbi işleme bağlı olması gerekmektedir [33].

Hukuk sisteminde hekimin işlediği suçlar şeklinde ayrı bir ceza sistemi bulunmamaktadır [67, 68]. Dava edilen kişinin hekim olması hukuki olarak bir üstünlük sağlamaz. Önemli olan hekimin kamu ya da özel sağlık kuruluşunda çalışmasıyla alakalıdır. Kamuda çalışan hekimler memur sayılmakta ve haklarında doğrudan dava açılamamaktadır [5]. Anayasa'nın 129/5. Maddesinde "*Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir."*hükmü yer almaktadır. Bu durumda dava öncelikli olarak kamu kurumuna açılır. Eğer doktor hatalı bulunursa devlet o kişiye rücu edecektir. Bağımsız veya özel hastanede çalışan sağlık görevlisinde ise durum, tam tersi direkt kişiye karşı tazminat davası açılması şeklinde yürütülecektir [69].

5.1.Kasten Öldürme ve Yaralama

Kasten; bilerek, isteyerek, bilinçli olarak yapılan yaralama ve sakatlama demektir [37]. Kastın olması hekimin önceden planladığı olayı tıbbi müdahale gibi göstermesi, ama bilinçli olarak hastaya zarar vermesi demektir. Hekimin kasten birini sakatlaması

ve öldürmesi için tedavi amacı gütmemesi gerekmektedir. Hekimlik mesleği ile bağdaşmayan bu durumda hekim, görevi ihmal suçunu da işlemiş olur. Normal şartlarda hekimin tedavi amacıyla hareket etmemesi düşünülemez [5]. Bu nedenle bir hekimin kasten öldürme ile suçlanması çok nadir olarak ortaya çıkmaktadır. Böyle bir suçlama varsa da, bu durum ötenazi kavramını akıllara getirecektir. Ötenazi hastanın tedavisinin yapılmadan, kimyasal yollarla ölümünün sağlanması veya tedavisinin kesilerek yaşamının sona erdirilmesi demektir [30]. Hastanın bu kararı verip, istemiş olması savunma olarak kabul edilemez. Bazı ülkelerde bu durum uygulamada olup kişisel seçme özgürlüğü olarak görülse de, anayasamızda yer almamaktadır [6]. Bunun yanı sıra, başkasını intihara azmettirmek suçtur ve bu durum TCK'nın 84. maddesinde "*başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. İntiharın gerçekleşmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Başkalarını intihara alenen teşvik eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. İşlediği fiilin anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan veya ortadan kaldırılan kişileri intihara sevk edenler ile cebir veya tehdit kullanmak suretiyle kişileri intihara mecbur edenler, kasten öldürme suçundan sorumlu tutulurlar."* şeklinde hüküm altına alınmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti'nde hekim daha çok kasten yaralama suçunu işlemektedir [5]. Tıbbı müdahale öncesi hastayı bilgilendirmez ve onamını almazsa (acil durumlar dışında), benzer şekilde kasten yaralama suçu işlemiş olur. Bu duruma; gece icap nöbetine gelmediği için müdahalede bulunamayan hekim, sezaryen gerektirmeyen durumda hastanın isteği üzeri sezaryen yapan hekim, reflü şikâyetinde endikasyon olmadığı halde endoskopi planlayan hekim örnek verilebilir. Aynı şekilde hekimin, ailesi bebeklik aşılarını yaptırmak istemeyen çocuğa aşı yaptırması kasten yaralama suçuna girmektedir. Kasten işlenmiş suçlarda, hekim hapis cezasının yanında, meslekten men edilmeye kadar ceza alabilecektir [70].

5.2.Taksirle Öldürme ve Yaralama Suçları

Taksir suçu, kişinin öngördüğü sonucu istememesine karşın, sonucun meydana gelmesidir [71]. Kastta isteyerek yapılması söz konusuyken, taksirde hekimin gerekli tedbirleri almayıp, özen yükümlülüğünün yerine getirilmemesi söz konusudur

2005 yılında 5237 sayılı TCK ile cezalar artırılmış ve "bilinçli taksir" kavramı getirilmiştir. İlgili kanun daha çok trafik suçlarını önlemek için çıkarılsa da, hekimleri de etkilemiştir [70]. Yeni düzenlemeyle kişinin öngörülebilir sonucu istememesine karşın sonucun netice vermesi bilinçli taksir olarak tanımlanmıştır [5, 6]. Bu durumla birlikte taksirli suça ilişkin cezanın üçte bir oranından yarısına kadar artırılması öngörülmüştür (TCK. Md 22). Nöbet sonrası dinlenmesi gerekirken, fazla performans yapmak için fazladan hasta bakan ve yanlış tedavi uygulayan hekim bu duruma örnek verilebilir. Bu durumda birinin ölümüne neden olursa hapis yada müebbet istemiyle yargılanacaktır [70]. Taksirle işlenen suçlarda yapılan düzenleme ile hapis cezası artırılmış, cezanın paraya dönüştürülmesi ya da ertelenme imkânı kaldırılmıştır [16].

TCK taksir nedenlerini dikkatsizlik, meslekte acemilik, tedbirsizlik ve özensiz davranış olarak saymaktadır [71, 72]. Hekimlik doğası gereği, yaptığı işlemlerde izin verilen bir risk içermektedir. Hekim görevini azami dikkat içinde yerine getirse de, bazen ölüm ve sakatlıkların önüne geçemeyebilir. Komplikasyon yapılan müdahalede normal sapma ve riskler içermektedir [5]. Her yapılan işlem bir komplikasyon içerirken, ilgili kanunda komplikasyon tanımına yer dahi verilmemiştir [72].

Taksirle öldürme ve taksirle yaralama hususları kanunda aşağıdaki şekilde yer almaktadır:

Taksirle yaralama (TCK.89.md.)

(1)Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasıyla cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

b) Vücudunda kemik kırılmasına,

c) Konuşmasında sürekli zorluğa,

d) Yüzünde sabit ize,

e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,

f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına, neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3)Eğer taksirle yaralama fiili, mağdurun

a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,

b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,

c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,

d) Yüzünün sürekli değişikliğine,

e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.

(4)Fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması hâlinde ise, altı aydan üç yıl kadar hapis cezasına hükmolunur.

5) Bilinçli taksir hâli hariç olmak üzere, bu maddenin kapsamına giren suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlıdır

5.3.İnsan Üzerinde Deney ve Deneme Yapmak

İnsan üzerinde deney ve deneme yapmak suçtur [6]. Bilim dünyasına yakın olması nedeniyle hekim bu suçu işleyebileceklerin en başında gelmektedir. Burada bahsedilen sadece insan bedeni üzerindeki araştırmalar değil, psikolojik açıdan yapılan araştırmaları da içermektedir [5]. Türk Ceza Kanununun *"İnsan Üzerinde Deney"* başlığını taşıyan 90. maddesinde bu husus düzenlenmiştir. Söz konusu 90. Maddenin 1. Fıkrasında *"İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."* şeklinde hüküm yer almaktadır. Hekimin hastası üzerinde deneme amaçlı yeni bir tedavi başlatması düşünülemez. Daha önce geçerliliği kanıtlanmış olan mevcut tedavilerle hastasını tedavi etmesi gerekmektedir.

5.4.Organ veya Doku Nakli

Mesleki yakınlıktan dolayı organ ve doku nakli yapabilecek olan kişiler hekim ve hekim benzeri sağlık çalışanlarıdır [5]. Türk hukukunda canlı vericiden organ nakillerine kadar her şey mevzuatlarca belirlenmiş, açık nokta bırakılmamıştır [73]. Sağlık sistemini ilgilendiren bu olay hekimleri de yakında ilgilendirmektedir.

Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 15. maddesinde *"Bu Kanuna aykırı şekilde organ ve doku alan, saklayan, aşılayan ve nakledenlerle bunların alım ve satımını yapanlar, alım ve satımına aracılık edenler veya bunun komisyonculuğunu yapanlar hakkında, fiil daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis ve 50.000 liradan 100.000 liraya kadar adli para cezasına hükmolunur."* hükmü yer almaktadır.

5.5.Çocuk Düşürtme ve Düşürme

Kadın rahminde oluşmaya başlayan insan yavrusuna cenin adı verilir. Hukuk sisteminde cenin bir birey olarak değerlendirilmekte, ceninin gelişimini sonlandırmak için yapılan her türlü müdahale ise çocuk düşürtme olarak adlandırılmaktadır. TCK'nın 99. Maddesinde *"Çocuk Düşürtme"* başlığı adı altında aşağıdaki hususlara yer verilmiştir;

1. "Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Tıbbî zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürtülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur.

3. Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altı yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

4. İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır;

fiilin kadının ölümüne neden olması hâlinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

5. Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürtülmesi hâlinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur.

6. Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir."

Bazen anne adayı mevcut gebeliği sonlandırmak isteyebilir. Bu işlemin hamileliğin 10. haftasından önce yapılması gerekmektedir. Anne evliyse hem eşinin hem kendisinin onamı gerekmektedir. Evli olmadığı durumda ise, sadece kendi onamı yeterli olacaktır. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. maddesinde bu duruma *"Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbî sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir."* şeklinde yer verilmiştir.

5.6.Kısırlaştırma ve Hadımlaştırma

Kısırlaştırma, çocuk sahibi olma kabiliyetinin tamamen alınması demektir; cinsel ilişki özelliğini etkilemeden sadece üreme yeteneğinin ortadan kaldırılması işlemidir. Kişinin kendi rızası dahilinde yapılabilir. Evli ise eşinin de onayı alınmalıdır. Geri dönüşümü olmayan bir yöntem olması nedeniyle hastanın kafasında soru işareti kalmayacak şekilde aydınlatılması önem arz etmektedir [6]. Bu konuyla ilgili olarak TCK'nın 101. maddesinde " *Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır*." şeklinde hüküm yer almaktadır.

Hadımlaştırmanın ise diğer adı kastrasyondur. Erkeklerde testislerin, kadınlarda yumurtalıkların tamamen alınması işlemidir. Burada cinsel kimlik ve cinsel aktivitenin bitirilmesi söz konusudur. İnsan haklarına aykırı olan bu uygulamanın kanunlarda yeri yoktur. Sadece ameliyat sırasında istenilmeyen bir durum oluşur ve tıbbî zorunluluk doğarsa kastrasyon yapılabilecektir [5]. Bu şartlarda hastanın onamı olmasa da, doktor açısından sıkıntılı bir durum ortaya çıkmayacaktır (Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun 4. md.).

5.7.Sır Saklama Yükümlülüğü

Mesleki sanatı gereği hekimler hastalarının özel yaşamları hakkında bilgi sahibidirler. Hastanın bu bilgileri hasta hekim arasında gizli tutulmasını beklemesi en doğal hakkıdır. Bu durum diğer sağlık çalışanları (intörn, eczacı, asistan, ebe, hemşire) için de geçerlidir. Türk Ceza Kanununun 136. Maddesinde *"kişisel verileri, hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır."* denilmektedir.

Hekimin, kişisel veri adı altında hastanede bulunan her türlü bilgiyi üçüncü kişilere taşıması yasaklanmıştır. Örneğin hastanın ismi, ev adresi, aile bilgileri, maddi geliri, kullandığı ilaçlar hayalleri, düşünceleri vb. bilgilerin konsülte etme amacı yoksa başka bir hekime aktarılması suç ve etik kurallarına aykırılık teşkil etmektedir. Hekimin kişisel verileri amiri sayılan başhekimine dahi açıklaması kabul edilemez. Aynı bu bilgileri evinde ailesine ya da çocuklarına anlatamaz. Derslerde tıp öğrencilerinin öğrenmesi amaçlanarak hastalar üzerinden sunumlar yapılabilir. Sunum sırasında da isim verilmeden hastanın mahremiyetinin korunması gerekmektedir. Sadece hukuki üstünlük sağlanacaksa, hasta hakkında bilgi verebilir. Kanuni zorunluluk durumunda ise, hekimin hastalarına ilişkin kişisel bilgileri açıklayabileceği durumlar Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (md. 104, 113)'nda belirtilmektedir [5].

TTB Hekimlik Meslek Etik Kuralları'nın 9. md. *"Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz. Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanmasının hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir. Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor*

düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez. Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir." şeklinde hüküm yer almaktadır.

5.8.Evrakta Sahtecilik

Hekimin, gerekli gördüğü hastaya hastalık raporu, sürücü raporu, epikriz, reçete, ölüm raporu verebilme yetkisi mevcuttur. Her yetki aynı zamanda bir istismar alanı oluşturmaktadır. Bu belgelerin menfaat sağlamak için yalan yanlış şekilde kullanılmaları resmi belgede sahtecilik suçunu doğurmaktadır. Bunu yapan kişinin kamu çalışanı olması görevi kötüye kullanmaktan cezai işlem görmesini gerektirir [74]. Hekimler rapor verirken çok dikkatli olmalı hastayı muayene etmeli ve gerekli bir durum varsa rapor vermelidir. Günümüzde maalesef mevcut raporunu uzatmak isteyip hastaneye gelmeyen, telefonla ya da yakınını gönderip raporunun uzatılmasını isteyen hastalara (mevcut tansiyon ya da diyabet tanılı hastalar) sık sık rastlanmaktadır. Hastanın muayene edilmeden, gerekli tahlilleri istenilmeden raporlarının uzatılması hukuka aykırı bir işlemdir. Hekim rapor düzenlerse evrakta sahtecilik suçu işlemiş olacaktır. Hekimin bu işlemi hastanın isteği doğrultusunda yaptığını ifade etmesi, kendisine hukuken bir fayda sağlamayacak, sorumluluktan kurtulmasına yardımcı olmayacaktır. Bu konuda hekimin daha deneyimli davranması beklenilmektedir.

Türk Ceza Kanunu 210. Maddesinin 2. Fıkrası şu şekildedir:

"*Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması halinde, resmi belgede sahtecilik hükümlerine göre cezaya hükmolunur."* şeklinde ifade edilmiştir.

Ayrıca Türk Ceza Kanununun 204. Maddesinde ise aşağıdaki hükümler yer almaktadır:

(1) Bir resmî belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir resmî belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren veya sahte resmî belgeyi kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır.

(2) Görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmî bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmî belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır.

(3) Resmî belgenin, kanun hükmü gereği sahteliği sabit oluncaya kadar geçerli olan belge niteliğinde olması hâlinde, verilecek ceza yarısı oranında artırılır.

5.9.İrtikap ve Görevi Kötüye Kullanma

İrtikap, hekimler söz konusu olunca "bıçak parası" demektir. Daha ayrıntılı şekilde ise, memur olarak çalışan doktorun mesleğini kötüye kullanması, vermesi gereken sağlık hizmeti için hasta ve yakınlarından gelir sağlamaya çalışmasıdır [5]. Bu durum başkasına yarar sağlama şeklinde de olabilir.

Türk Ceza Kanununun 250. Maddesine göre:

1. "Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi icbar eden kamu görevlisi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

2. Görevinin sağladığı güveni kötüye kullanmak suretiyle gerçekleştirdiği hileli davranışlarla, kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi ikna eden kamu görevlisi, üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

3. İkinci fıkrada tanımlanan suçun kişinin hatasından yararlanarak işlenmiş olması hâlinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur."

Türk Ceza Kanununun 257. Maddesinde ise:

"*Görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır."* denilmektedir.

Kamuda çalışan hekimin, hastalarını özel muayenehanesine yönlendirmesi yanlış olduğu gibi bu durumun tersi de suç olarak nitelenecektir. Özel muayenehanesine gelen hastaya da, kamu hastanesinde verilen hizmetlerin sınırsız kullanılması hakkının sağlanması mümkün bulunmamaktadır.

5.10.Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi

Kamu ya da özel sektörde çalışan sağlık personeli, görevleri sırasında karşılaştıkları her türlü suçu ilgili mercilere bildirmek zorundadır [75]. Önce sağlık ilkesiyle gerekli tıbbi tedavi yapılmalı, hastanın hayati fonksiyonları düzeltildikten sonra hasta ihbar edilmelidir. En yakın hastane polisine ya da adli makamlara (savcılık, kaymakamlık veya çalıştığı kurumun idaresine) bildirilmelidir. Hekim, hastanın öyküsüyle uyuşmayan şüpheli vakaları da kanıt olmasa da adli kayıt yaptırmalıdır [5]. Türk Ceza Kanununun 279. ve 280. maddelerinde bu konu üzerinde durulmuştur. T.C.K.'nun 280. maddede ise, sağlık mesleği çalışanlarına hitaben *"Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır."* denilmektedir. Suçu işleyen her kim olursa olsun vakit geçirmeden ilgili yerlere bildirim yapılmalıdır. Bu kişi birlikte çalıştığı meslektaşı da olsa sonuç değişmeyecektir. Örneğin uyuşturucu kullanan hekim arkadaşını bildirmeyen sağlık personeli bahsi geçen suçu işlemiş olacaktır.

5.11.Genital Muayene

Kişinin cinsel bütünlüğü, kişinin mahremiyet alanıdır. Kişi istemedikçe muayene edilemez. Konuyla ilgili olarak Türk Ceza Kanununun 287. maddesi şu şekildedir:

(1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(2) Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki hüküm uygulanmaz.

Genital muayene özel bir muayenedir, kişinin cinsel bölgelerini içermektedir. Başkasının görmesi uygun olmayan mahrem bölgenin muayenesi, uygun şekilde yapılmazsa hastada psikolojik sıkıntılar ortaya çıkabilir. İlk olarak kişinin muayeneye

rızası olmalıdır. Hekimin, yetkili hakim ve savcı kararını öne sürerek kişinin rızası olmadığı durumda genital muayene yapması hukuken doğru değildir [5]. Yasada kişinin cinsiyeti, çocuk ya da erişkin olması ile ilgili özel bir düzenleme bulunmamaktadır.
Günümüzde çocuk cinsel istismarı nedeniyle küçük çocuklardan genital muayene istenmektedir. Çocuk anlayabilecek bir yaştaysa (yetişkin çocuk) anlatılmalı ve onamı alınarak muayene edilmelidir [46]. Çocukta psikolojik travmayı artırmamak için muayenenin tek seferde yapılması, çocuk cerrahi ve sosyal hizmet uzmanlarının katıldığı heyetin de hazır bulundurulması, gözlemde bulunmak için gizli bir yerden muayeneyi izlemesi gerekmektedir [76].

5.12.Mesleki Sorumluk Sigortası

Türkiye'de "zorunlu sorumluluk sigortası" iki meslek gurubu için kanunen zorunlu hale getirilmiştir. Biri hekimler, diğeri güvenlik görevlileridir. Diğer meslek guruplarında isteğe bağlı yapılmaktadır. Bu sigorta hekimler açısından da oldukça önemlidir. Zira malpraktis nedenli ceza ya da tazminat davaları gitgide artmakta, hekimler haklı haksız şikayet edilmektedirler [33]. Tabi her uzmanlık eşit risk içermez. Bir genel cerrah için sigorta yaptırmak zorunluluk arz ederken, temel bölümler için durum öyle değildir. Tababet ve Şuabatı San'atlarının İcrasına Dair Kanun'unun 10. maddesinde:

" *Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.*

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Bu maddedeki zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için beş bin Türk Lirası idari para cezası verilir." denilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan uzman, asistan, pratisyen hekimler ve öğretim üyelerine hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi ve davranışlarını ölçmeyi hedefleyen kesitsel ve nicel bir anket çalışmasıdır.

3.2.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan tıp fakültesinde mezun olmuş, gönüllü olarak katılmayı kabul eden uzman, asistan, pratisyen hekimler ve öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini hastanede çalışan 444 uzman doktor ve 286 asistan oluşturmaktadır. Toplam 730 hekimden %95 güven aralığı ile temsil eden en küçük örneklem büyüklüğü uzman doktorlardan 153 kişi, asistanlardan 99 kişi olmak üzere toplam 252 kişinin çalışmaya alınması planlandı. Şubat – Mayıs 2018 tarihleri arasında gönüllülük esası gözetilerek 174'ü asistan,139'u uzman doktor toplam 313 kişiye uygulandı.

3.3.Araştırmanın Yürütülmesi

01.02.2018-01.05.2018 tarihleri arasında, yürütülen çalışmada katılımcılara sosyodemografik verilerden, tıp hukuku ve mevzuat konularından oluşan bilgi ve davranışlarını ölçen bir anket formu uygulanmıştır. 32 Sorudan oluşan anket öncesi kişiler anket hakkında bilgilendirilmiştir. Anket gönüllülük esasına göre uygulanmış, 313 kişi anketi doldurmayı kabul etmiştir.

3.4.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde sayısal veriler ortalama ve standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Sayısal verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakılmıştır. İki ayrı grupta sayısal veriler Student t-testi ile analiz edilmiştir. Çoklu sayısal verilerin

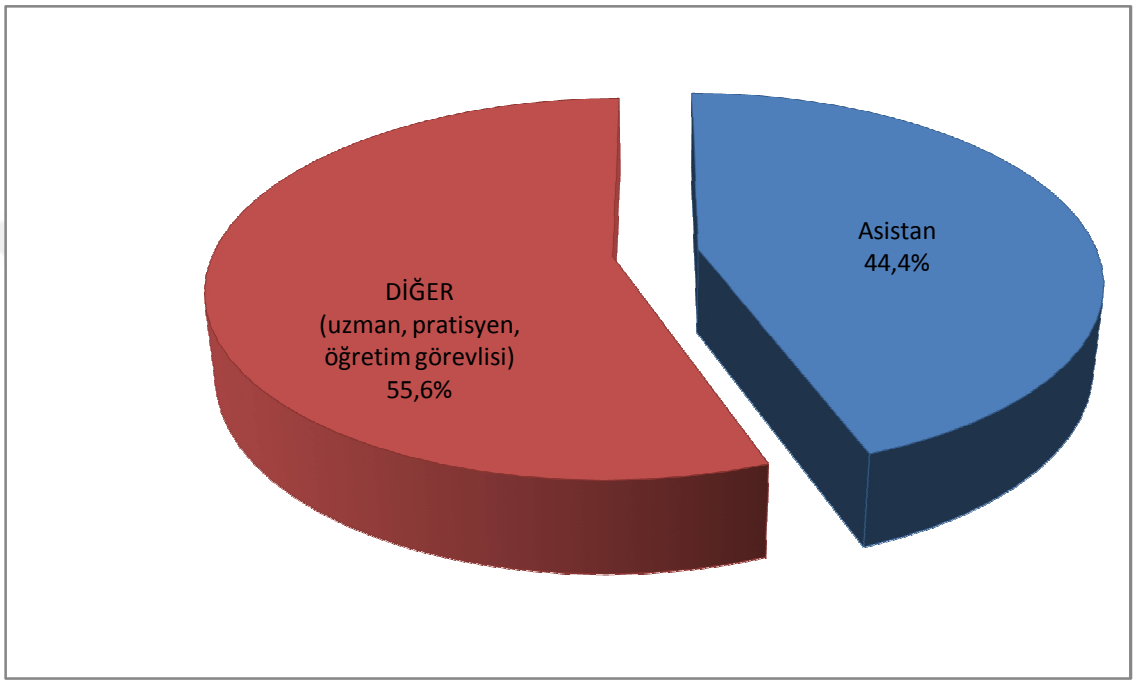
karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler Tek Yönlü Anova ile analiz edilmiştir. p anlamlılık değeri <0,05 olarak kabul edilmiştir. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanılmıştır.

3.5.Etik Kurul Onayı

Bu çalışmanın protokolü 20.12.2017 tarihinde Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından sayı 26379996/239 olarak onaylandı ve Ek-2'te sunulmuştur.

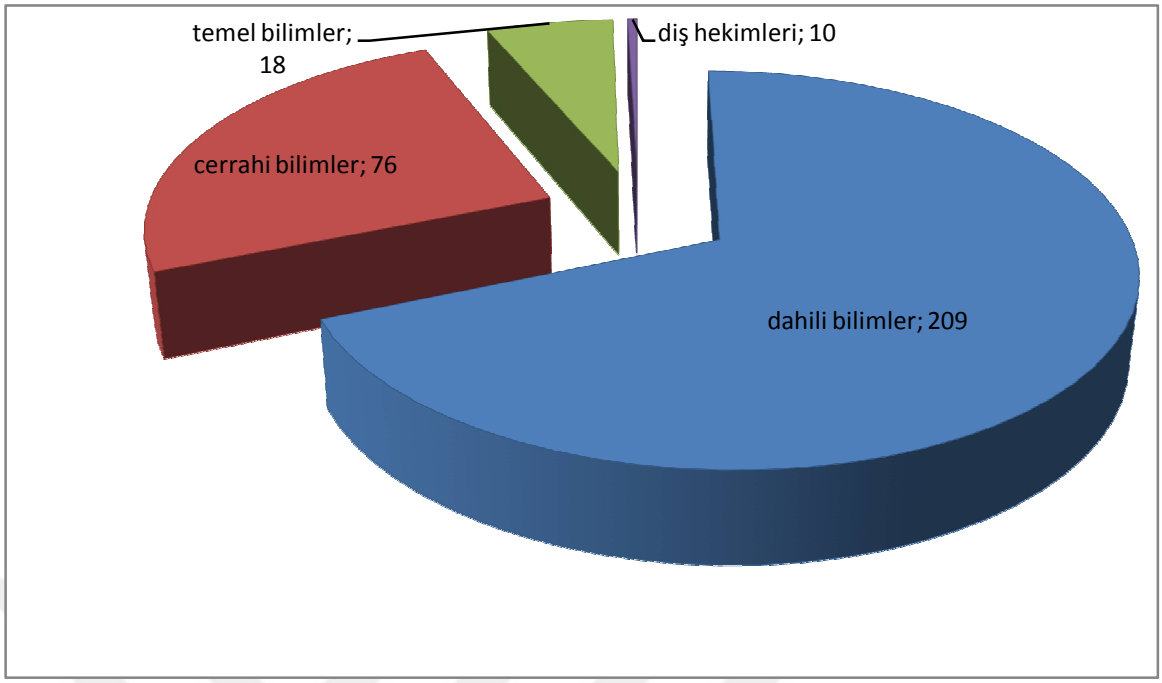
4.BULGULAR

Çalışmamıza Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan 313 doktor (asistan, pratisyen, uzman, öğretim üyesi) katıldı. Katılımcıların %55,6 (n:174)'ü asistandı. En çok katılan bölüm aile hekimliği (n:79) en az katılan bölüm çocuk nöroloji (n:1), immünoloji ve alerji, (n:1) ve geriatri (n:1) oldu. Katılımcıların yaş ortalaması 35,82 ± 9,45 en küçük 24 en büyük 62 idi.



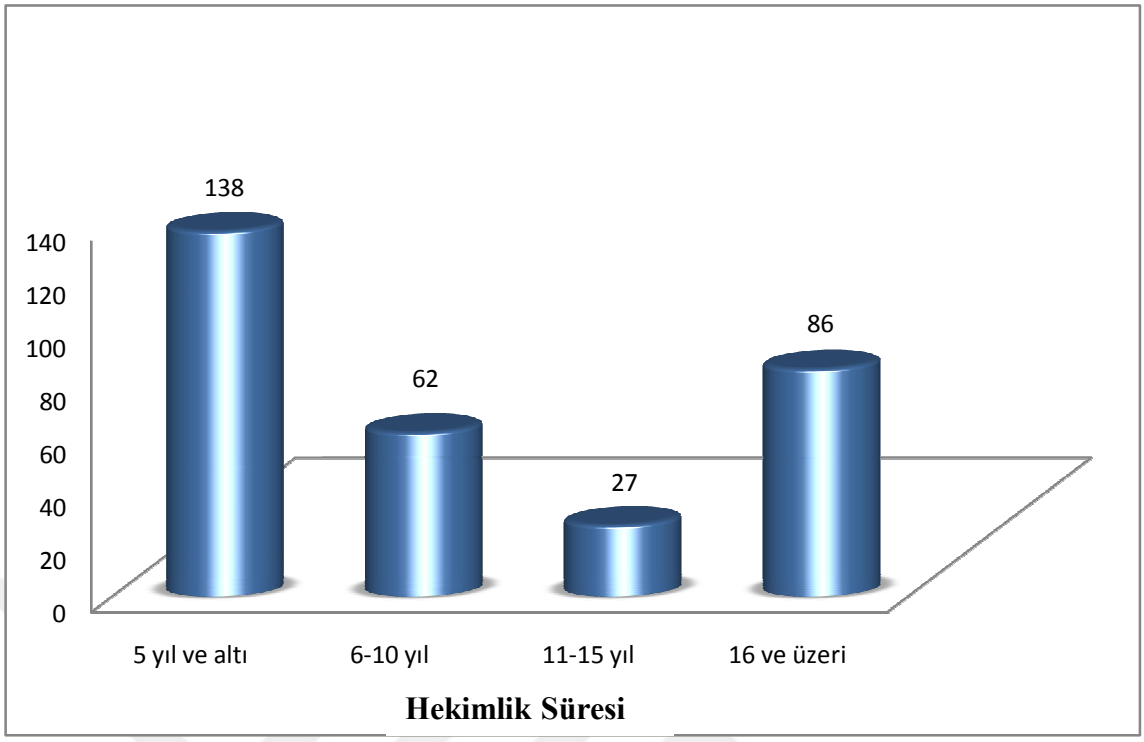
Şekil 4.1. Çalışmaya katılan asistan ve diğerlerinin (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) oranları

Çalışmaya katılan doktorları branşlarına göre cerrahi tıp bilimler, dahili tıp bilimleri, temel tıp bilimleri ve diş hekimleri olarak sınıflandırıldı. Asistanlar ihtisas yaptıkları bölümde gösterildi. Çalışmaya en fazla katılım gösteren hekimler %66,8 (n:209)'i ile dahili bölümden, en az katılan gösteren hekimler diş hekimleri %3,2(n:10)'si oldu. Katılımcı hekimlerin %24,3 (n:76)'ü cerrahi bilimlerden, %5,8(n:18)'i temel bilimlerden idi. Hekimlerin branşlara göre dağılımı Sekil 4.2.'de gösterildi.



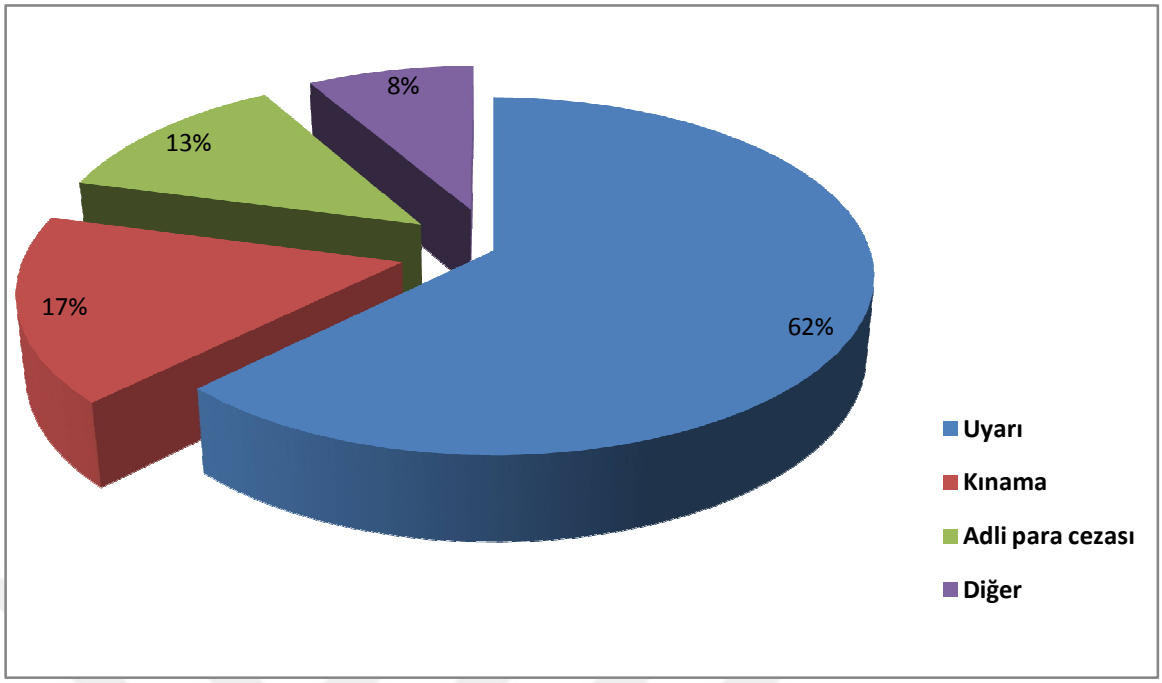
Şekil 4.2. Çalışmaya katılan hekimlerin branşlara göre dağılımı

Hekimlerin aktif hekimlik süresi ortanca değeri 7 yıl olarak bulundu, en küçük 1 en yüksek 37 idi. Hekimlerin, meslekteki toplam sürelerine bakıldığında, en fazla 1-5 yıl %44,1 (n=138)olarak bulunmuştur (Şekil 4.3'de gösterilmiştir).



Şekil 4.4. Çalışmaya katılan hekimlerin aktif hekimlik süresine göre kişi sayısı

Katılımcıların %79,6 (n:249) 'sı herhangi bir soruşturma geçirmemiş, %20,4 (n:64) 'sı soruşturma geçirmişti. En az bir kez soruşturma geçirenlerin %37,5'si (n:24) cezai yaptırımla karşılaşırken, %62,5 (n:40)'i ise ceza almamış. Ceza alanların çoğu %62'si (n:15) uyarı cezası almıştı. Katılımcılardan 15 kişi uyarı, 4 kişi kınama, 3 kişi adli para cezası, 2 kişi diğer (ceza puanı) alırken; görevden uzaklaştırma ve hapis cezası alan olmamış. En fazla soruşturma geçiren branş dahili bilimler n:46 (%22) olarak bulundu. Bölümlere göre değerlendirildiğinde en fazla soruşturma geçiren bölüm aile hekimliği n:12 (%50) idi. Aile hekimliğinde 7 kişi uyarma, 2 kişi kınama, 2 kişi ceza puanı, 1 kişi adli para cezası aldığını belirtti.



Şekil 5.4. Ceza alan katılımcıların aldıkları cezalara göre yüzdelik dağılımı

Çalışmaya katılan hekimlerin %20,4 (n=64) görevi ile ilgili bir nedenden dolayı başka şahıs ya da kuruma dava açtığını ifade ederken, dava açan hekimlerin en fazla %64,1 (n:41) 'i hasta ya da hasta yakınlarına karşı dava açtığını belirtti. Hekimlerden 16 tanesi (%5,1) idareye dava açarken, 7 tanesi hem idareye hem de hasta ve yakınlarına dava açmıştı. Katılımcılardan beraber çalıştığı sağlık personeline karşı dava açan çıkmadı.

Katılımcıların %54 (n=169) 'ü malpraktis kavramının hasta muayenesi sırasındaki girişimlerini olumsuz etkilediğini ifade ederken, %24,3 (n=76)'ü olumlu etkilediğini düşünüyor; %21,7 (n:68)'si bu konuda fikirleri olmadığını ifade etti.

Tıp fakültesi eğitimi süresince, tıp hukuku konusunda herhangi bir eğitim aldığını ifade eden %34,5 (n=108) hekim olurken, %65,5 (n:205) herhangi bir eğitim almadığını ifade etti.

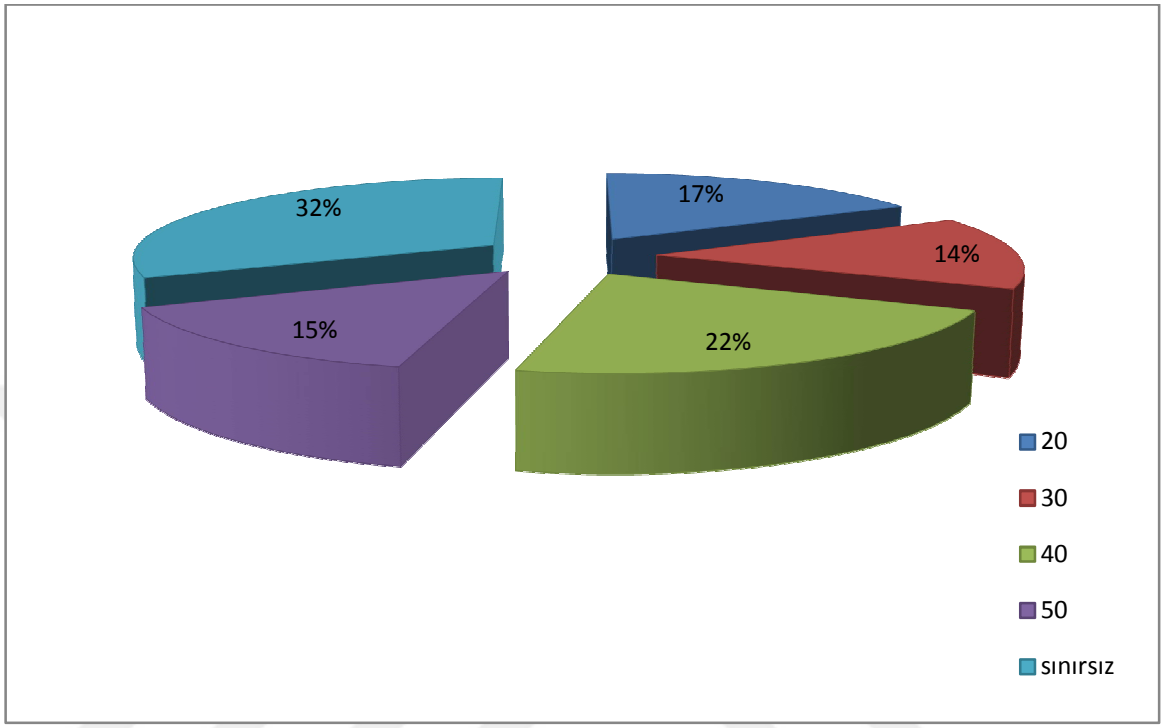
Araştırmamızda meslek içi eğitimlerde hekim hak ve sorumlulukları ile ilgili eğitim aldığını ifade eden %41,2 (n=129) hekim oldu.

Hekimin hastayı reddetme hakkının sorgulandığı üç farklı durum içeren sorulara, hekimlerin en fazla doğru yanıt verme oranının %58,1 (n:182)'i "Hekim kan yoluyla geçebilen öldürücü bulaşıcı hastalıklar durumunda (hıv, kırım kongo kanamalı hastalık…) hastasına bakmayı veya tedaviye devamı reddedebilir mi ? " sorusu olurken, en düşük doğru yanıt oranı ise %43,8 (n:137) ile " Konsültasyon istediğiniz bir hasta bu talebi kabul etmezse, tedaviye devamı bırakabilir misiniz ? " sorusu oldu. (tablo 4.1.)

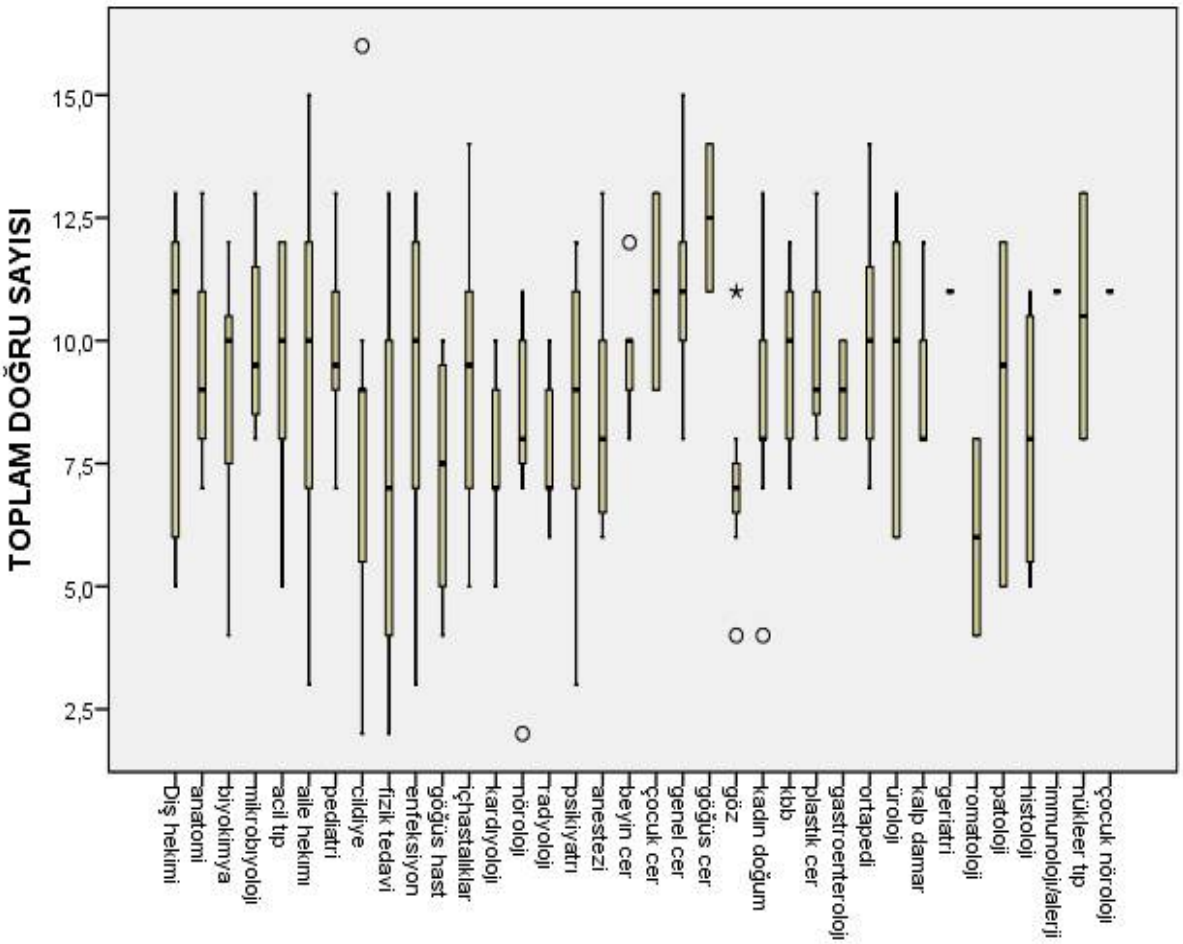
Tablo 4.1.Hekimin hastayı reddetme hakkının sorgulanması

	Evet	Hayır	Fikrim yok	Toplam
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)
Şahsi bir sebepten dolayı hastaya bakmayı reddetme	168 (53,7)	100 (31,9)	44 (14,1)	313 (100)
Kan yoluyla geçebilen öldürücü bulaşıcı hastalıklar durumunda reddetme	57 (18,2)	182 (58,1)	74 (23,6)	313 (100)
Konsültasyon istediğiniz hasta bu talebi kabul etmezse reddetme	137 (43,8)	85 (27,2)	91 (29,1)	313 (100)

Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'ne göre poliklinikte günde bakılacak hasta sayısının sınırı sorulduğunda, en fazla verilen cevap % 31,6 (n=99) ile "Sınırsız" olurken, sorunun doğru yanıtı olan "20" cevabının verilme oranı %17,3 (n=54) idi.(şekil 4.5.)



Şekil 4.6. Günlük hasta bakma sınırının sorgulanması



Şekil 4.7. Toplam doğru sayısının mevcut bölümlere göre ortanca değerleri, en küçük ve en büyük değerlerinin dağılımı

Toplam doğru sayısı ortanca değerleri, en küçük ve en büyük değerlerinin mevcut bölümlere dağılımını gösteren şekil 4.8.'de mevcuttur. En fazla doğru cevabı veren bölüm göğüs cerrahi (ortanca değer 12,5) olarak bulunmuştur. En az doğru cevabı veren bölüm romatoloji (ortanca değer 6) olmuştur. Romatoloji bölümünden sonra en az doğru cevabı kardiyoloji, radyoloji, göz hastalıkları ve cildiye bölümleri vermişti, ortanca değerleri 7 olarak bulunmuştur.

Toplam 19 adet bilgi sorusunun bilinme sayısına bakıldığında ortalama 9,09±2,674 ve en küçük 2 ve en büyük değer 16 olarak hesaplandı. Bilgi ve tutumu sorularına verilen cevapların doğru yanlış olarak gösterilmiş hali Tablo 4.2' de verilmiştir. Katılımcıların yarısından çoğunun yanlış işaretlediği sorular kırmızı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4.2.Tüm Bilgi ve Tutum Sorunlarına Verilen Cevaplar

	DOĞRU	YANLIŞ	toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
soru 14	168(53,7)	145(46,3)	313(100)
Soru 15	182(58,1)	131(41,9)	313(100)
soru 16	137(43,8)	176(56,2)	313(100)
soru 17	54(17,3)	259(82,7)	313(100)
soru 18	83(26,5)	230(73,5)	313(100)
soru 19	280(89,5)	33(10,5)	313(100)
soru 20	275(87,9)	38(12,1)	313(100)
soru 21	123(39,3	190(60,7)	313(100)
soru 22	103(32,9)	210(67,1)	313(100)
soru 23	145(46,3)	168(53,7)	313(100)
soru 24	207(66,1)	106(33,9)	313(100)
soru 25	153(48,9)	160(51,1)	313(100)
soru 26	122(39)	191(61)	313(100)
soru 27	186(59,4)	127(40,6)	313(100)
soru 28	31(9,9)	282(90,1)	313(100)
soru 29	127(40,6)	186(59,4)	313(100)
soru 30	268(85,6)	45(14,4)	313(100)
soru 31	124(39,6)	189(60,4)	313(100)
soru 32	200(63,9)	113(36,1)	313(100)

Asistan ve diğerlerinin (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) verdiği cevaplar karşılaştırıldığında soru 17, soru 22, soru 24, soru 25, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Asistanlar soru 24 ve 25'i diğerlerine göre anlamlı olarak doğru yaptığı bulundu. Diğerleri ise soru 17 ve 22 'yi asistanlara göre anlamlı olarak doğru yaptığı bulundu. (Tablo 4.3.)

Tablo 4.3.Asistan ve Diğerlerinin (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) Verdiği Cevaplar

	ASİSTAN		DİĞER (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi)		p
	DOĞRU	YANLIŞ	DOĞRU	YANLIŞ	
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
soru 14	93(53,4)	81(46,6)	75(54)	64(46)	0,929
soru15	97(55,7)	77(44,3)	85(61,2)	54(38,8)	0,336
soru 16	80(46)	94(54)	57(41)	82(59)	0,379
soru 17	21(12,1)	153(87,9)	33(23,7)	106(76,3)	0,007
soru 18	48(27,6)	126(72,4)	35(25,2)	104(74,8)	0,632
soru 19	152(87,4)	22(12,6)	128(92,1)	11(7,9)	0,176
soru 20	155(89,1)	19(10,9)	120(86,3)	19()13,7	0,459
soru 21	63(36,2)	111(63,8)	60(43,2)	79(56,8)	0,21
soru 22	45(25,9)	129(74,1)	58(41,7)	81(58,3)	0,003
soru 23	78(44,8)	96(55,2)	67(48,2)	72(51,8)	0,552
soru 24	126(72,4)	48(27,6)	81(58,3)	58(41,7)	0,009
soru 25	98(56,3)	76(43,7)	55(39,6)	84(60,4)	0,003
soru 26	73(42)	101(58)	49(35,3)	90(64,7)	0,227
soru 27	106(60,9)	68(39,1)	80(57,6)	59(42,4)	0,547
soru 28	19(10,9)	155(89,1)	12(8,6)	127(91,4)	0,501
soru 29	76(43,7)	98(56,3)	51(36,7)	88(63,3)	0,211
soru 30	146(83,9)	28(16,1)	122(87,8)	17(2,2)	0,333
soru 31	75(43,1)	99(56,9)	49(35,3)	90(64,7)	0,158
soru 32	112(64,4)	62(35,6)	88(63,3)	51(36,7)	0,846

Çalışmaya katılan hekimlerin asistan ve diğer (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) olarak ayrıldığında, toplam doğru sayısına göre bakıldığında anlamlı bir farlılık saptanmadı (F:0,693 Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Toplam Doğru Sayısının Asistan ve Diğer (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi) Hekimlere Göre İlişkisi

	n	Mean	Std. Deviation	p
ASİSTAN	174	9,56	2,602	0,585
DİĞER (uzman, pratisyen, öğretim görevlisi)	139	9,39	2,855	

Çalışmamızda toplam doğru sayısı ile hekimlikte geçen süreye göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık saptanmadı (F:0,701 Tablo 4.5.)

Tablo 4.5. Toplam Doğru Sayısının Toplam Doğru Sayısının Hekimlikte Geçen Süreye Göre İlişkisi

	Meslekteki Süre	n	Mean	Std. Deviation	p
TOPLAM DOĞRU SAYISI	1-5 yıl	138	9,29	2,642	**0,668**
	6-10 yıl	62	9,65	2,457	
	11-15 yıl	27	9,89	2,547	
	16 ve üzeri	86	9,55	3,055	
	Total	313	9,48	2,714	

Çalışmaya katılan hekimlerin toplam doğru yanıtları en az bir mevzuat okuma ile ilişkisine bakıldığında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Analiz sonucu en az bir mevzuat okuyanlarda, mevzuat okumamış olanlara göre tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulundu(F<0,0005 Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Toplam Doğru Sayısının Mevzuat Okuma ile İlişkisi

		n	Mean	Std. Deviation	p
TOPLAM DOĞRU SAYISI	En Az Bir Mevzuat Okuyanlar	156	10,24	2,631	p<0,001
	Mevzuat Okumamış Olanlar	157	8,73	2,588	

Çalışmamızda toplam doğru sayısı ile ceza alıp almama durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık saptanmadı (F: 0,045 Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Toplam Doğru Sayısının Ceza Alıp Almamaya Göre İlişkisi

		n	Mean	Std. Deviation	P
TOPLAM DOĞRU SAYISI	Ceza Alanlar	24	10,21	2,766	0,174
	Ceza Almayanlar	40	9,25	2,658	

Çalışmamızda toplam doğru sayısı ile tıp eğitimi sırasında tıp hukuku eğitimi alanlar ve almayanlara göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık saptanmadı.(F:2,297 Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. Toplam Doğru Sayısının Tıp Eğitimi Sırasında Tıp Hukuku Eğitimi Alanlar ve Almayanlara Göre İlişkisi

		n	Mean	Std. Deviation	P
TOPLAM DOĞRU SAYISI	Eğitim Alan	108	9,77	2,593	0,176
	Eğitim Almayan	205	9,33	2,77	

Çalışmamızda toplam doğru sayısı ile meslek içi eğitimlerde hekim hak ve sorumlulukları konusunda eğitim alanlar ve almayanlara göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık saptanmadı (F:0,007 Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Toplam Doğru Sayısının Meslek İçi Eğitimlerde Hekim Hak ve Sorumlulukları Konusunda Eğitim Alanlar ve Almayanlara Göre İlişkisi

		n	Mean	Std. Deviation	P
TOPLAM DOĞRU SAYISI	Eğitim Alan	129	9,76	2,692	0,13
	Eğitim Almayan	184	9,29	2,72	

Çalışmamızda toplam doğru sayısı ile branşlarına (cerrahi tıp bilimler, dahili tıp bilimleri, temel tıp bilimleri ve diş hekimleri) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farlılık saptanmadı(F: 2,820 Tablo 4.10.)

Tablo 4.10. Toplam Doğru Sayısının Branşlara Göre Dağılımı

	BÖLÜMLER	n	Mean	Std. Deviation	P
TOPLAM DOĞRU SAYISI	Diş hekimliği	10	9,8	2,97	
	Temel bilimler	18	9,06	2,623	
	Cerrahi bilimler	76	9,41	2,478	0,5
	Dahili bilimler	209	8,95	2,735	
	Total	313	9,09	2,674	

5.TARTIŞMA

Tarih sahnesine bakıldığında hekim hasta ilişkisi zaman içinde değişiklik göstermiş; çıkan yasa, yönetmelik ve mevzuatlarla daha çok hasta yönünden güvence altına alınması söz konusu olmuştur. Hekim hak ve sorumlulukları, hasta haklarına göre geri planda kalmıştır. Ülkemizde Evrensel Hekim Haklarının düzenlenmesi 2013 yılında, Hasta Hakları Yönetmeliğin 'den yaklaşık 15 yıl sonra yapılabilmiştir. Hastaların tıbben yapılan işlemleri yeterince anlayamaması ve tıbbi terimlere yabancı olması hekim-hasta arasında mevcut olan iletişim sıkıntısını daha da artırmıştır. Çözüm olarak hasta özerkliği, aydınlatılmış onam konuları gündeme getirilmiş ve bunlara eklemeler yapılmıştır. Fakat bu eklemeler hekimin üzerindeki baskıyı ve hekime açılan dava sayısını daha da artırmıştır. Çoğu mahkeme hekimi suçsuz bulsa da, hekimin meslekten soğuması söz konusu olabilmektedir. Hekimlerin bu sıkıntılara maruz kalmamsı için tıp hukuku konusunda bilinçlenmeleri, kendilerini ilgilendiren mevzuat konularına ve güncel bilgilere hakim olmaları gerekmektedir.

Hekimlere yaptığımız "hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi" konulu çalışmada, hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında orta düzeyde bilgi sahibi olduklarına ve bilmedikleri konularda sorumlu tutulabilecekleri davranışlara rastlanmıştır. En az bir mevzuat okuyanlarda tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Literatür taraması yapıldığında bu konuda yeterli sayıda çalışma yapılmadığı görülmektedir. Derhem'in aile hekimlerine yaptığı çalışmada hekim hakları ve cezai işlemler hakkında hekimlerin yetersiz düzeyde bilgi sahibi oldukları gösterilmiştir [16]. Teke ve ark.ları yaptıkları çalışmada, hekimlerin tıp eğitimi süresince yeterli düzeyde tıp hukuku eğitimi almadıklarını ve kendilerine yeterli düzeyde bilgilendirme yapılmadığını; meslek hayatı süresincede iş temposu nedeniyle öğrenmek için vakit ayıramadıklarını tespit etmişlerdir [20]. Tıp öğrencileri ve hukuk öğrencilerine yapılan başka bir çalışmada, bu iki gurubun birbirlerine karşı güven duymadıkları tespit edilmiştir [77]. Başka bir çalışmada ise hekimlerin büyük çoğunluğunun malpraktis davalarından kendini korumak amacıyla defansif tıbba yöneldikleri ortaya koyulmuştur [78].

Çalışmamızda katılımcıların yaş ortalaması 35,82 ± 9,45 idi. Çalışmanın eğitim araştırtma hastanesinde yapılması ve çalışmaya katılan genç asistan sayısının (n:174)

fazla olması nedeniyle katılımcıların yaş ortalaması bulunmuştur. Çalışmamızda meslekte toplam geçen süreye bakıldığında, 1-5 yıl arası meslek hayatı olan hekim sayısı fazla bulunmuştur. Çalışmanın tek merkezli yapılması ve çalışmaya katılan genç hekimlerin daha çok bulunması nedeniyle hekimlerin meslekte geçen süresi düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda, hekimlerin görevleri ile ilgili bir nedenden dolayı soruşturma geçirip geçirmediği sorgulandığında, %20,4'sı (n:64) soruşturma geçirdiğini bildirmiştir. Çalışmamızda soruşturma geçiren hekim sayısı en fazla dahili bilimlerde görülmüştür. Bölümlere göre değerlendirildiğinde en fazla soruşturma geçiren bölüm aile hekimliği %50 (n:12) olmuştur. Yabancı çalışmalara bakıldığında acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi ve jinekoloji bölümlerinin soruşturma geçirme oranlarının diğer uzmanlıklara göre yüksek olduğu görülmektedir [10]. Çalışmamızda farklı sonuç çıkması örneklem sayısının düşüklüğü ve tek merkezde gerçekleştirilmesi ile ilişkilendirildi. Çok merkezli çalışmalarla farklı sonuçlar elde edilebilir. Çalışma katılımcıların beyanlarına dayalı olduğu için, bu tür çalışmalarda verilen bilgiler her zaman doğruyu yansıtmayabilir.

Çalışmamızda daha çok uyarma ve kınama cezası alınmış, adli para ceza alan kişi sayısı az olarak bulunmuştur. Ülkemizde hekimlere yaptırım gücü yüksek olan para cezası yerine daha çok yaptırım gücü az olan uyarma, kınama şeklinde cezaların verilmesi, hekimlerin hukuki konularda bilgilenme gereksinimlerini azaltmaktadır. Yurtdışındaki hekimler yüksek dava edilme oranları, yüksek ceza ödemeleri, artmış sigorta primleri nedeniyle sağlık hukuku ve malpraktis konularına büyük önem vermektedirler [15]. Türkiye'deki hekimler açısından henüz bu boyutta bir sıkıntı bulunmamaktadır.

Aynacı'nın yapmış olduğu çalışmada az sayıdaki katılımcıya tıbbi malpraktis iddiası nedeniyle en az bir defa dava açılmıştır [7]. Teke ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada pratisyen ve cerrahi branş hekimlerin daha sık dava edildikleri görülmüştür [20].Beyin cerrahlarına yapılan bir çalışmada, hekimler yüksek riskli hastalarda gereksiz laboratuvar istemlerini 1,5 kat artırdıklarını ve yüksek riskli müdahalelerin sayısını azalttıklarını belirtmişlerdir [79]. 2005 yılında JAMA dergisinde yayınlanan bir çalışmada katılımcı hekimlerin tamamına yakınının en az bir defa dava edildiği gösterilmiştir [10]. Ayrıca İngiltere'de üçüncü sınıf tıp öğrencilerine yapılan bir

çalışmada, çoğunun ilerde malpraktis nedenli dava edilmekten endişe ettiğini ve uzmanlık tercihlerini yaparken bunu özellikle göz önünde bulunduracaklarını bildirmişlerdir [80].

Çalışmamızda yabancı çalışmalara göre dava edilme oranları düşük bulunmuştur [15, 81-83]. Farklı ülkelerde, farklı hukuk sistemi mevcuttur. Ülkemizdeki tazminat davalar diğer ülkelerdeki gibi yüksek miktarlarla sonuçlanmamaktadır. Eğer hekim hatalı bulunur ve tazminat ödemesi gerekirse; para cezası mağdurun yaşı, ortalama yaşam süresi ve aylık gelirine göre hesaplanmaktadır. Yani aynı dava için mağdurun bir mevsimlik işçi ya da otel müdürü olması durumunda farklı para cezasına hükmedilebilmektedir. Dolayısıyla dava açan kişinin ekonomik durumuna fazladan gelir sağlaması söz konusu değildir. Bu nedenle açılan dava sayısı ülkemizde daha az görülmektedir. Bizde hastalar mahkeme yerine daha çok BİMER, SABİM ya da Hasta Hakları Birimi'ne başvurmaktadırlar.

Katılımcıların %54'ü (n=169), malpraktis kavramının hasta muayenesi sırasındaki girişimlerini olumsuz etkilediğini ifade ederken, %24,3'ü (n=76) olumlu etkilediğini düşünüyor; %21,7'si (n:68) bu konuda fikirleri olmadığını ifade ediyor. Doktorların malpraktisten uzaklaşmak için tıbbi müdahalelerde ve hastaya yaklaşımda daha korumacı yaklaşım sergilediği görülmüştür [84]. Kumral ve Taşkın'ın yaptığı çalışmada malpraktis kavramının hekimlerin çoğunluğunda yaptıkları tıbbi müdahalede çekinik davranmasına yol açtığını fark etmişler [22]. Aynacı yaptığı çalışmada hekimlerin yarısından fazlasında defansif (savunmacı) tıp uygulamalarına rastlamıştır [7]. Tümer'in yaptığı çalışmada hekimlerde yaşadıkları hukuki sıkıntılardan dolayı mesleki tükenmişlik görülmüştür [85]. Benzer çalışmalarda beyin cerrahlarının ve radyasyon onkoloji uzmanlarının büyük çoğunluğunun, hukuki anlamda kendilerini korumak için gereksiz ek görüntüleme ve laboratuvar istedikleri, hastaları konsülte ettikleri ve gereksiz ilaç reçete ettikleri görülmüştür [86, 87]. Pennsylvania'da yüksek riskli uzman hekimlere yapılan çalışma da hekimlerin savunmacı (defansif) tıp amaçlı % 93'ü ilaç yazımını artırdıkları,%43'ü klinik olarak gereksiz durumlarda görüntüleme teknolojisini kullandıkları tespit edilmiştir [10].

Tıp fakültesi eğitimi süresince, tıp hukuku konusunda herhangi bir eğitim aldığını söyleyen %34,5 (n=108) hekim olurken, meslek içi eğitimlerde hekim hak ve sorumlulukları ile ilgili eğitim aldığını ifade eden %41,2 (n=129) hekim olmuştur.

Ülkemizde tıp hukuku dersleri çoğu üniversitede adli tıp derslerinin içinde yer alır. Fakat bu eğitimin yeterli olup olmadığı konusunda belirleyici bir faktör bulunmamaktadır. Adli tıp dersleri içinde tıp hukuku konularının yüzeysel verilmesi, çoğu hekimin fark etmemesine neden olmuştur Kumral ve Taşkın'ın yaptığı çalışmada aldıkları mesleki eğitimin malpraktisi önlemede katılımcıların yarısından fazlası yetersiz olduğunu düşünmektedir [22]. Yapılan bir başka çalışmada genel cerrahların mediko-legal eğitim konusunda çoğu zaman eksik oldukları, orta derecede bir mediko-legal eğitimin gerekli olduğu sonuca varmışlardır [82].

Çalışmamızda Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'ne göre poliklinikte günde bakılacak hasta sayısının sınırı sorulduğunda, en sık verilen cevap "Sınırsız" olurken, sorunun doğru yanıtı olan "20" cevabının verilme oranı %17,3 (n=54) idi. Benzer şekilde sorduğumuz Derhem'in yaptığı çalışmada da benzer sonuç çıkmıştır [16]. Geçen iki yıldan fazla sürede hekimlerde ki bu algının değişmediğini görmekteyiz. Ayrıca çalışmamızın bir kamu kuruluşunda yapılması, burada çalışan hekimlerin memur olması, kayıt yaptırmak isteyen her hastaya kendilerini bakmakla yükümlü hissetmelerine neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda "tıbbi kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortasını yaptırmamamın cezası nedir?" sorusuna ise hekimlerin %9,9'ü (n=31) doğru yanıt vermiştir. Doğru cevap veren hekim sayısı çok az bulunmuştur. Bu nedenle mali sorumluluk sigortasını yaptıran hekim sayısının çok az olduğunu düşünmekteyiz. Halbuki 2010 yılından itibaren yaptırılması konusunda zorunluluk getirilmiştir. Tababet ve Şuabatı San'atlarının İcrasına Dair Kanun'un 10. maddesine göre "*Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır."* şeklinde belirtilmiştir. Hatta ilgili madde de yaptırmadıkları takdirde "*Her kişi için beş bin Türk Lirası idari para cezası ile."* cezalandırılır. İlgili kanunda cezai yaptırımın yer almasına rağmen uygulamanın olmaması hekimlerin bu konuda hekimlerin duyarlılığını azaltmaktadır.. Yusuf'un yapmış olduğu çalışmada da hekimlerin büyük kısmının tıbbi malpraktis sigorta poliçesini yaptırmadığını, daha önce yaptırmış olanlardan bazılarının ise artık sigorta yaptırmadıklarını tespit etmiştir [7].

"Çocuklara cinsel ilişki muayenesi istemi durumunda (başsavcılık veya mahkeme tarafından) hekim olarak nasıl karar verirsiniz?" sorusuna, %48,9'sı (n=153) adli mercilerin yazılı emri olduğunda çocuğun veya velisinin rızası olmasa da yaparım demiştir. Derhem'in yaptığı çalışmada bu oran benzer çıkmıştır [16]. Hekimlerin çoğu hukuken görevli (savcı, yetkili avukat veya mahkeme) kişilerin hata yapmadıklarını düşünmektedir. Bu nedenle kararının sorgulanmasına gerek olmadığını düşünmekte ve doğru olarak görüp işlem yapmaktadırlar. TCK.'a göre mağdur çocuk veya erişkinde olsa genital muayene yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın yapılamaz. Ama burada dikkat edilmesi gereken bir diğer konu onam alınması gerekliliğidir. Söz konusu çocuk bu muayene için izin vermezse, genital muayeneye yapılamaz. Ayrıca çocuğun yaşı küçükse ebeveyninden ya da çocuktan sorumlu kişiden bilgilendirilmiş, yazılı onam alınmalıdır [4]. Fakat çocuk ergin yetişkin denilecek kadar büyükse (13-18), anlama kapasitesine uygun olarak bilgilendirilmeli, muayeneye katılımı sağlanmalıdır. Hekim onam almadan işlem yaparsa görevini yaptığı halde suç işlemiş olur. Bununla birlikte çocuğun psikolojisinin bozulmasını önlemek için muayenenin tek seferde tek hekim tarafından yapılması önemlidir.

"Kızına yapılması gereken rutin aşıların yapılmasını kabul etmeyen aileye karşı bir cezai yaptırımı var mıdır? " % 39,6 (n:124) kişi doğru cevaplamıştır. Özellikle aile hekimlerini ilgilendiren bu konunun çoğunluk tarafından bilinmediği görülmektedir. Aşılar söz konusu olduğunda, yanlış bilgi bulmak çok kolaydır. Aşı karşıtı örgütlenmeler her geçen gün artmaktadır. Yargıtay 2016 yılında mevcut mevzuatta aşılamanın zorunlu olmasını sağlayan bir madde olmadığına hükmetmiştir. Eğer hekim ailenin rızası olmadan, çocuğa aşı yaparsa suç işlemiş olur ve kasten yaralamadan işlem görebilir. İlgili kanunda sadece çiçek aşısının, zorunlu yaptırımı söz konusudur [88]. Çiçek hastalığı çoğu ülkede olduğu gibi bizim ülkemizde de eradike olmuş durumdadır. Hastalığın artık gözükmemesindeki en büyük başarı aşının herkese uygulanmış olmasıdır. Oysa kanunun çıkarıldığı dönemde çiçek salgının olması ve oluşacak ölümlerin önüne geçilmesinin önemi düşünülünce, aynı kanun diğer aşılar içinde geçerli olmalıdır. Yaşadığımız çağda aşıyla önlenebilir ölümlerin hala görülmesi tıp adına derin bir yaradır.

Hekimlik mesleği, toplum sağlığı için önemli olanı yapmayı gerektirir. Aşı uygulaması da bu amaçla yapılan bir tıbbi müdahaledir. Aşılanmamış toplumda hastalıkların toplumda görülme sıklığı artar ve hastalıklar daha ağır seyreder. Hekimin, vazifesi olan bir durumu yaparken kanuni engellerle karşılaşması, mesleği ile çelişki yaşamasına neden olmaktadır.

Dünyada bir bölgede başlayan salgın başka bir bölgeye çok kolay ulaşabilmektedir [89]. Ülkemizde de yakın zamanda Suriye'den gelen göçlerle birlikte polio ve kızamık salgınları baş göstermiştir. Eğer aşılama programında tahmin edilen sayılara ulaşılmazsa, çok sayıda çocuğun ölümü söz konusu olacaktır. Bu konuda yasal bir düzenleme getirilerek, önlenebilir ölümlerin önüne geçilebilir. Gelecek tehlikenin büyüklüğünü fark eden bazı ülkeler kanuni önlemler almaya çalışmaktadırlar. Bunlardan biride Kaliforniya Hükümeti'dir. Aşı karşıtı hareketin önüne geçmek için Haziran 2015'te zorunlu aşılama yasası olan Senato Bill 277'i kabul etmiş ve aşılardan kaçınmak için kişisel ve dini muafiyetleri yasaklamıştır [90].

"Tedavi olmak için gelen bir hastanın, adli bir olaya karıştığından şüphelenirseniz olayı adli makamlara bildirir misiniz?" sorusuna araştırmaya katılan hekimlerin %89,5'i (n=280) evet yanıtını vermiştir. Hekimlerin yasal bildirim zorunluluğu içinde olan bu konu yüksek oranda doğru şekilde cevaplanmıştır. Ayrıca hekimler olası dava ihtimaline karşı hastalara karşı daha fazla dikkat etmekte, bu nedenle daha temkinli davranmayı seçmektedirler.

Çalışmamızda hekimlere sorduğumuz "Bir doktor arkadaşınız hastaneye gelemeyen annesi için ilaç yazmanızı rica etse hastayı görmeden uzaktan tedavi düzenler misiniz?" sorusuna katılımcıların %59,4'ü (n:186) evet yazarım demiştir. Aslında bu eylem önceki soruyla benzer şekilde yasal olarak suç teşkil etmektedir. Fakat çoğu hekim, kendi meslektaşının sözlü beyanına güvenip işlem yapmayı tercih etmektedir. Türkiye 'de hekimin hastayı görmeden reçete yazması, rapor düzenlemesi suçtur. Hasta yakınları tarafından bazen hastanın yaşlı olması öne sürülerek kişiyi görmeden, kimlik tespiti yapılmadan ilaç yazılması talep edilmektedir. Hekimler hasta gelmediği halde işlem yaparlarsa "haksız menfaat sağlama, görevini kötüye kullanma" ve kamuda çalışıyorsa "kamuyu zarara uğratma" suçlarını işlemiş sayılırlar. Devlet Memurları Disiplin Yönetmeliği 125. maddeye göre de uyarı, kınama ile başlayıp gerek duyarsa kademe

ilerlemesinin durdurulması ve daha da ilerisi memurluktan çıkarılmaya kadar cezai işleme tabi tutulabilirler [91]. Fakat bazı ülkeler bu konuya daha ılımlı yaklaşmakta, hasta polikliniğe gelmeden işlemlerini yaptırabilmektedir. Teletıp denilen sistemi 40 yıldan fazladır kullanan; telefon veya internet üzerinden muayene hizmeti alınarak, ilaç yazdırılan çok sayıda ülke bulunmaktadır [92]. Teletıp evlerinden hastaları tedavi edebilmek, tıbbi destek ve bilgi vermek ve az gelişmiş bölgelere ulaşabilmek, hizmet alımını kolaylaştırmaktadır [93]. Çalışmalar, bu yöntemin zaman, para ve hayat kurtardığını göstermektedir. Tabi tartışmalı yönleri de bulunmaktadır ancak avantajları dezavantajlarından fazla görünmektedir. Bir diğer taraftan kullandığımız Icd-10 kodları içinde "Z71.0: bir diğer kişi adına danışan kişi" tanısı bulunmaktadır. Biz bu tanı ile üçüncü bir kişi tarafından danışılan kişinin muayenesini yaparak ilaç reçete edebiliriz. Kanunen uygun olmayan bu durum, kullanılan bilgi işlem sistemleri tarafından izin verilmesi, hekimlerdeki kafa karışıklığını artırmaktadır.

Çalışmamızda "hasta hakları yönetmeliğine göre (acil durumlar haricinde) ameliyat durumunda en az kaç saat öncesinden kişiye aydınlatma yapılması gerekmektedir?" sorusuna son 1 gün diyerek doğru cevap veren kişi sayısı %26,5(n:83) olarak çok az bulunmuştur. Turla ve ark. 'nın yaptığı çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu onamları imzalamadan önce hastaları bilgilendirme için 10 dakikadan daha az zaman ayırdığını ifade etmişler. Ayrıca hekimlerin azımsanmayacak bir kısmı kurumlarınca düzenlenmiş matbu belge kullandıklarını belirtmişler [94]. Onam formu hasta ve hekim arasındaki iletişimin göstergesidir. Hazırlanan onam formu genel geçer herkese hitap etmek yerine, kişiye has bilgiler içermelidir. Hastanın doğru karar vermesi için hastaya gerekli bütün bilgiler verilip, uygun süre tanınmalıdır. Anderson ve ark. her kişiye özel ayrı bir onam formu yazılması gerektiğini savunmaktadırlar [95]. Türk ve arkadaşlarının cerrahi hastalarına yapmış olduğu çalışmada, hastaların büyük kısmı onam formunu doldurmak için yeterli süre verildiğini ve formu ameliyattan 1-2 gün önce okuduğunu belirtmişlerdir [96]. Türk'ün çalışmasında değerlerin daha yüksek çıkması, çalışmanın sadece cerrahi branş hastalarına yapılması ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca hastaların bir kısmı, formu genel olarak anlaşılması zor bulmuş, anlayabilmek için yardım istemişlerdir. Yaşar Teke ve ark.'nın çalışmasında hekimlerin bir kısmı tıbbi işlem öncesi aydınlatılmış onam almadıklarını fark etmişlerdir [20]. 2006 yılında ilk yıl asistanlarına yapılan çalışmada asistanların bir kısmının hastalara ameliyat öncesi

bilgilendirme(işlemlerin risklerini, yararlarını ve alternatif tedavi yöntemlerini) yapabilecek seviyede olmadıklarını tespit etmişlerdir [97]. Ortodontistlere yapılan bir çalışmada hastalardan onam formu alma oranı yüksek bulunmuş, bir kısmı ise onam almadan sözlü olarak hastayı bilgilendirdiklerini ifade etmişlerdir [98].

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Atatürk Eğitim Araştırması Tıp Fakültesi'nde çalışan hekimlere yaptığımız çalışmada hekimlere yaptığımız "hekimlerin tıp hukuku ve mevzuatlar hakkında bilgi düzeyi" konulu çalışmada hekimlerin orta düzeyde bilgi sahibi oldukları ve bilmedikleri konularda sorumlu olabilecekleri tutumsal davranışlara rastlanmıştır.

Tıp eğitimi sürecinde verilen hukuk derslerinin yeterli olmadığı, unutulabildiği çoğu araştırma ile sabittir. Eğitim boyunca tıp hukuku konularına daha fazla yer verilmeli ve meslek içi eğitimler artırılmalıdır. Öğrencilere diğer ülkelerdeki gibi bir mediko-legal konulu senaryolar oynatılıp, sonra yoruma dayalı karşılıklı tartışma şeklinde bir modül sistemine geçilebilir. Bu şekilde öğrenimi daha kolay ve akılda kalıcı olabilir.

Hekimlik mesleği eğitimi, daha çok usta çırak ilişkisine dayanır. Asistanlık hayatı boyunca her hekim kendine eğitim veren öğretim üyelerinin bilgi ve tecrübelerini esas alır. Bu da devam eden yanlış bilginin devam etmesine neden olmaktadır. Kendinden önce tıp hukuku konusunda yeterince deneyimi olmayan hocaların, öğrencilerine güncellenen yasalar açısından faydası olmayacağı açıktır. Bu konuda güncel bilgilere hakim hukuk öğretim üyelerinden faydalanmak tıp öğrencileri açısından daha iyi olacaktır. Bu şekilde eğitim planları çıkartılıp, oluşacak sıkıntıların önüne geçilebilmesi mümkündür.

Hekimin daha sağlıklı hizmet verebilmesi ve hastanın gerekli tedavi haklarından eksiksiz yararlanabilmesi için huzurlu bir hukuki zemin oluşturulmalıdır. Yorgun çalışan bir hekimin hukuken doğru kararlar verebileceği düşünülemez. Hekimlerin çalışma koşulları ve mesai saatleri iyileştirilmelidir.

Hekim hakları hakkında sadece hekimin değil, toplumun da bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Hekimlerin görevleri dışındaki istemlerin hukuksuz olduğunun medya, basın ve reklamlarla geniş kitlelere ulaşılması gerekmektedir. Ayrıca hekimi haksız yere karalayan medya haberleri için bir yasal düzenleme ile denetim getirilebilir. İlgili kurum veya kuruluşlara örnek teşkil edecek ceza uygulamalarına gidilebilir. Böylece hekimlerin yalan haberlerle uğradığı haksızlık giderilebilir.

Hekimlerin karar vermekte güçlük yaşadığı vakaları danışabilmek için her hastane içinde bir hukuk birimi kurulabilir. Savcıya ulaşılamadığı, hızlı karar verilmesi gereken

durumlarda bu birim yetki verilebilir. Böylece acil vakalarda hızlı karar verilmesi sağlanabilir.

Hekimlerin ek ödemelerle devlet destekli Ulusal Sağlık ve Tıp Hukuku kongrelerine katılım sağlanmalı, bu konuda hekimlerde bilgi düzeyi ve farkındalık artırılmalıdır. Gereken tedbirler alınmazsa, tıbbi hataların artacağı aşikardır. Hekimler bu durumda kariyerlerini, itibarlarını ve kişisel net değerlerini riske atmamak için daha çok defansif (savunmacı) tıp kullanacaklardır. Bu da hastalara gereksiz iş yükü, cepten yapılan harcamalarda artış, ülke ekonomisine fazladan gider olarak yansıyacaktır. Hekimlik mesleği artık ıslak bir zeminde seyretmektedir. Eskiden olduğu gibi sadece beyaz önlükle yapılması mümkün gözükmemektedir. Hekimlerin bu yolda başlık ve dizliklerini giyerek hukuki boşluk bırakmayacak şekilde tıbbi uygulamalarını gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde hekimlerde meslekten uzaklaşma ve tükenmişlik sendromu baş gösterecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Aydın E., Dünya ve Türk Tıp Tarihi, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006, s.56-59.
2. KÖK, .A.N., Hekim - Hasta İlişkisi Tüketici Hukuku Anlayışı İle Bağdaşır mı? Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı, Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Eski Dekanı, anezihkok@gmail.com, 2015.
3. Çobanoğlu, Nesrin (2009), Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Eflatun Yayınevi, Ankara.
4. Akbaba M., Davutoğlu V., Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı? Turk Kardiyol Dern Ars 2016;44(7):609-616 doi: 10.5543/tkda.2016.69302, 2016.
5. Petek H., Sağlık Hukuku. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2859 yayın no: 1816 s:3-142, ed. D.D.H. PETEK and Y.D.D.M. GÜRBÜZ. 2013.
6. Er Ü., Sağlık Hukuku Ankara. 2008.
7. Aynacı, Y., Hekimlerde Defansif (Çeknik) Tıp Uygulamarının Araştırılması. Uzmanlık Tezi T.C. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2008.
8. Demircan, A., Tıbbı Uygulama Hatası (Malpraktis). İstanbul Tabip Odası.
9. Panting G. Doktors on the defensive ,http://www.guardian.co.uk/society/2005/apr/01/health.comment, .
10. Studdert DM, M.M., Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA., Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. JAMA. 2005 Jun 1;293(21):2609-17.
11. Defensive medicine. http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33262, 2007.
12. http://www.medimagazin.com.tr/mm-ya-komplikasyonlar-ne-olacak-h-46802.html, Erişim Tarihi: 01.07..2018.
13. Volpintesta EJ. Defensive medicine. Conn Med. 1993 Jan;57(1):51.
14. Odabaşı A.B, Tümer AR. Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulama Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike. STED. 2006;15-4,55-9.

15. Summerton N., Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ. 1995 Jan 7;310(6971):27-9.
16. Derhem, B., Hekimlerin Mevzuata Göre Sahip Oldukları Haklar ve Cezai Sorumlulukları Konusunda Bilgi Düzeyi ve Davranışları. Doktora tezi, 2016.
17. http://www.memurlar.net/haber/499641/ Erişim tarihi: mayıs 2018.
18. https://www.medikalakademi.com.tr/hekime-1-200-dava-6-5-tl-tazminat/ Erişim tarihi: mart 2018.
19. http://www.biyoetik.org.tr/wp-content/uploads/2015/08/Zorunlu-Mesleki-Sigorta-Gorusu.pdf erişim tarihi şubat 2018.
20. Teke HY., Alkan HA, Başbulut AZ, Cantürk G, Tıbbi Uygulama Hataları ile ilgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakısı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalısması. Turkiye Klinikleri J Foren Med 2007, 4:61-67.
21. Demirel B. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Gazi Tıp Dergisi 2005;16:99-106.
22. Kumral B, Özdeş T., Tekirdağ İlindeki Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hatalarına (Malpraktis) Bakışı ve Değerlendirmeler. 2013.
23. T.C Sağlık Bakanlığı'nın 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi gazetede yayınlanan kararname, 1998.
24. Oğuz Polat, Pakiş I., Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 2 • Sayı: 3 • Temmuz 2011, 2011.
25. Çelik F. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile olusan "Hekimlik Mesleğine Yönelik Kaygılar". Hekimce Bakıs, Ocak-Haziran 2005;62:15.
26. Gürdeniz M. Türk Ceza Kanunu: Hekimler ve sağlıkortamına iliskin maddeleri, yorumlar, öneri ve elestiriler. Hekimce Bakıs, Ocak-Haziran 2005, Sayı 62: 36.
27. Hakeri:, H., Tıp Hukuku, 10. Baskı. 2014.
28. Beysan N. Hak Kavramının Hukuk Felsefesi Açısından Analizi. Yayınlanmış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, 2008.
29. Doğuhan, M.Y., Kant'ın Ahlak Metafiziğinde Evrenselliğin Hukuki Çözümlemesi. Doktora öğrencisi, İstanbul Üniversitesi Felsefe Bölümü, Ocak/January 2018, 11(1), 23-39 ISSN 1309-132.
30. Türkmen, A., Hasta ve Hekim Hukuku. 2009.

31. Fincancı ŞK, “Fatura Hekime Kesiliyor”, 06.07.2002 tarihli İnternet görüşmesinden.
32. GÜRSOY F.G.Ö., HEKİM HAKLARI. İSTANBUL’DA SAĞLIK s12-15.
33. Koç, S., Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumlulu¤u. stanbul Üniversitesi Cerrahpafla T›p Fakültesi, Adli T›p Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, 2007.
34. Hekimlik Meslek Etik Kuralları; http://www.ttb.org.tr/mevzuat/ (Erişim Tarihi: 30.08.2018).
35. Hakeri H., Bir hekim günde kaç hastaya bakmalk zorundadır? Medimagazin, 2007.
36. Wonca, EUROPE,AİLE HEKİMLİĞİ / GENEL PRATİSYENLİK AVRUPA TANIMI. 2002.
37. Yener, Ü., Hasta ve Hekim Haklarının Ulusal ve Uluslararası Hukuk Açısından Konumlandırılması. 2007.
38. Ayan, M., Tıbbî Müdahalelerden Doğan Hukukî Sorumluluk, Ankara. 1991.
39. Çakmut (Yenerer), Ö., Tıbbî Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi. İstanbul, 2003.
40. Tıkıroğlu, A., Tıbbi Müdahale Hatalarından Doğan Zararların Giderilmesi. 2017.
41. Tümer AR, Karacaoğlu E., Akçan R, Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(4): 191-197, 2011.
42. Savaş, H., Hukuk Uygulamasında Tıbbî Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbî Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları, ANKARA. 2007.
43. Öztürkler, C., Hukuk Uygulamasında Tıbbî Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbî Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları,. 2006.
44. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 14.04.1928,http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf.
45. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998, http://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/pdf/hasta-haklari-yonetmeligi.pdf.
46. Aydın, E., Çocukta Aydınlatılmış Onam Sorunu. ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI DERGİSİ 2003:46; 148-152, 2003.

47. Yargıtay 4.HD 1976/6297 E., 1977/2541K.
48. [1985] 3 ALL E R 402, hereafter referred to as Gillick . [1984] QB 581 HC, [1985] 2 WLR 413 CA. [1985] 2 WLR 830 HL.
49. Oral, T., Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümü. Ankara Barosu Dergisi 2011/ 2, 2011.
50. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=52.
51. Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 03.06.1979, Resmi Gazete Sayısı: 16655. Erişim Tarihi: 23.06.2011. http://www. mevzuat.adalet.gov.tr/html/526.html.
52. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 27.05.1983, http://tjod.org/wp-content/uploads/2012/12/2827-Sayili-Nufus-Planlamasi-Hakkinda-Kanun.pdf.
53. Yargıtay 13.HD 2013/1737E, 2013/29148K.
54. European Charter Of Patients' Rights, Rome, November 2002. http://ec.europa.eu/health/ ph_overview/co_operation/mobility/ docs/health_services_co108_en.pdf.
55. Erman, B., Ceza Hukukunda Tıbbî Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Ankara. 2003.
56. Hakerİ, H., Ülkemizde Zorla Aşı Yapılabilir mi? Medimagazin, 10.02.2014, Pazartesi.
57. https://www.google.com.tr/amp/kelebek/saglik/ikiz-bebeklerine-asi-yaptirmayan-savcinin-hukuk-zaferi-29343111.
58. https://www.ntv.com.tr/saglik/cocuklarina-asi-yaptirmayan-aile-sayisi-23-bine-cikti,oGXkE8hSk0i3_geCXx0OlQ.
59. Begg N, W.J., Bozoky Z, Media dents confidence in MMR vaccineBMJ. 1998, 316:561. 10.1136/bmj.316.7130.561.
60. Gangarosa EJ, G.A., Wolfe CR, et al, Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: the untold story. Lancet. 1998, 351:356-61. 10.1016/S0140-6736(97)04334-1.
61. MB, P., Science and serendipity. Clin Med. 2007, 7:562-78. 10.7861/clinmedicine.7-6-562.

62. Antona D, L.-B.D., Baudon C, et al.: , Measles elimination efforts and 2008-2011 outbreak, France. Emerg Infect Dis. 2013, 19:357-64. 10.3201/eid1903.121360.
63. Azhar Hussain, S.A., Madiha Ahmed, Sheharyar Hussain, The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine . Cureus 10(7): e2919. . July 03, 2018
64. Christensen DL1 ve ark. PrevalenceandCharacteristics of AutismSpectrumDisorderAmongChildrenAged 8 Years - AutismandDevelopmentalDisabilitiesMonitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). . MMWR Surveill Summ.2016 Apr 1;65(3):1-23.
65. Shaw CA, T.L., Aluminum in the central nervous system (CNS): toxicity in humans and animals,vaccine adjuvants,and autoımmunıty, https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/adjuvants.htmlhttps://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/21-a%C5%9F%C4%B1-al%C3%BCminyum-alzheimer-hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1.htmlImmunol Res. 2013 Jul;56(2-3):304-1
66. Üstün, Ç., Bilgilendirilmiş Onam ve Örnek Bir Çal›flma. Ege Üniversitesi T›p Fakültesi T›p Etiği ve T›p Tarihi Anabilim Dal›, ‹zmir , Türkiye, 2008.
67. Ersoy, Y., TIBBÎ HATANIN HUKUKÎ VE CEZAÎ SONUÇLARI. TBB Dergisi, Sayı 53, 2004.
68. Keyman S, "Hekimin Cezaî Sorumluluğu", AÜHFD, c: 35, sayı: 1-4, s. 57-89.
69. Hakeri, H., Sağlık Personeline Yönelik Tazminat Davalarında Görevli Yargı Yeri I. www.medimagazin.com.tr, 2011.
70. On Soru On yanıt dr Aysun Balseven Odabaşı ve Av Mustafa Güler. sted cilt14 sayı 7s 6-7, 2005.
71. Çolak, A., Hekimler Açısından Türk Ceza Kanunu. Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni s 62-64. .
72. Hekimler Açısından Yeni Türk Ceza Kanunu. http://www.sagliginsesi.com/hasta-haklari-acisindan-yeni-turk-ceza-kanunu-282yy.htm.
73. Gürbüz, N., Biyo-Tıp Hukuku Bağlamında İnsan Onuru Kavramı Tartışmaları. Yüksek Lisans Tezi, 2012.

74. Gökcan, H.T., Resmi Belgede Sahtecilik Suçu. Ankara Barosu Dergisi • Yıl:67 • Sayı: 3 • Yaz 2009.
75. Gülşen Dizlek, Y.A., Sağlık Çalışanlarının Görev Kusurlarına Yönelik İdari ve Adli Soruşturmaların Analizi. Legal Hukuk Dergisi, 2017, 15 (172):1605-1622., 2017.
76. Ozdemir B, Celbis O., Cinsel Saldırıya Uğramış Çocukta Erken ve Geç Muayene Bulgularının Değerlendirilmesi. Medicine Science 2012;1(1):55-64.
77. Arıkan M, Kalkan E., Erdi F, Deniz M, İzci E, Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Türk Nöroşir Derg 26(1):40-48, 2016, 2015.
78. Özata M, Özer K., Akkoca Y, Konya İl Merkezinde Çalışan Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri DergisiGÜSBD 2018; 7(1): 132-139, 2017.
79. Smith TR1, H.A., Rosenow JM, Nahed BV, Babu MA, Cybulski G, Fessler R, Batjer HH, Heary RF, Defensive medicine in neurosurgery: does state-level liability risk matter? J AmCollRadiol. 2015 Dec;12(12 Pt B):1403-12. doi: 10.1016/j.jacr.2015.09.015.
80. Johnston WF, R.R., Suarez D, Fortman J., Study of medical students' malpractice fearand defensive medicine: a "hidden curriculum?". West J EmergMed. 2014 May;15(3):293-8. doi: 10.5811/westjem.2013.8.19045. Epub 2013 Dec 9.PubMed PMID: 24868307; PubMed Central PMCID: PMC4025526.
81. Nevalainen, M., L. Kuikka, and K. Pitkala, Medical errors and uncertainty in primary healthcare: a comparative study of coping strategies among young and experienced GPs. Scand J Prim Health Care, 2014. 32(2): p. 84-9.
82. Surg., Z.B.e.a.A.J., Malpractise Allegations: A reality check for resident physicians. The American Journal Of Surgery, 2018.
83. Traina F. Medical malpractice: the experience in Italy. Clin Orthop Relat Res. , 2009
84. Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(3):233-6.

85. Tümer AR. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması. Ankara Ü. T. F. Adli Tıp AD. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2002.
86. Nahed BV, Babu MA, Smith TR, Heary RF.Malpracticeliabilityanddefensivemedicine: a nationalsurvey of neurosurgeons. journal.pone.0039237. Epub 2012 Jun 22. PubMed PMID: 22761745; PubMed Central PMCID: PMC3382203.
87. Ramella S1, M.G., Trodella L, D'Angelillo RM, The first survey on defensive medicine in radiation oncology. RadiolMed. 2015 May;120(5):421-9. doi: 10.1007/s11547-014-0465-1. Epub 2014 Oct 30.
88. Ramazan Azim Okyaya, M.A., Ecem Kirkitc, Aydınlatılmış onam ve aşılama. Turk J Public Health 2015;13(2), 2015.
89. https://www.haberler.com/asilarin-alzheimer-hastaligina-yol-aciyor-10376291-haberi/, 2018.
90. California Governor Signs Vaccine Bill That Bans Personal, R.E., 2015). Accessed: June 17.
91. Celbiş, O., Aile Hekimlerinin Yasal Sorumlulukları. e-Journal of New World Sciences Academy, 2011.
92. World HealthOrganization (WHO). Telemedicine: OpportunitiesandDevelopments in MemberStates: Global ObservatoryforeHealth Series. Vol. 2. Switzerland: WHO Press; . 2010.
93. Whittaker F, W.V., The costs and benefits of technology-enabled, home-based cardiac rehabilitation measured in a randomised controlled trial. J TelemedTelecare. ;20(7):419-22. doi: 10.1177/1357633X14552376. PubMed PMID: 25400004. . 2014 Oct.
94. Turla A, Karaarslan B, Kocakaya M, Peksen Y. Hastalara Yeterince Aydınlatma Yapılıp-Yapılmadığı ve Onam Alınması Durumunun Saptanması.Türkiye Klinikleri J Foren Med 2005;2:33-8.
95. Anderson OA, Wearne IM. Informed consent for elective surgerywhat is best practice? J R Soc Med 2007; 100: 97-100.

96. Türk Y, Makay Ö, İçöz G, Akyıldız M, Aydınlatılmış onam alınan endokrin cerrahisi hastaları ameliyatın riskleri hakkında ne kadar bilgili. Ulusal Cer Derg 2014; 30: 93-96, 2014.
97. Makay Ö ve ark. İlk yıl asistanı aydınlatılmıs onam alabilir mi? Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine 46(3) : 123 -127, 2007, 2007
98. Varlık SK, İşcan HN, Türkiye'deki Ortodontistlerin Aydınlatılmış Onam Uygulamasına Yaklaşımlarinin Değerlendirilmesi Bir Anket Çalışması*. 2009.

8.EKLER

Ek-1: Anket formu

HEKİMLERİN TIP HUKUKU VE MEVZUATLAR HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI

Sayın Gönüllü;

Bu araştırma, Ankara İlinde Eğitim Araştırma Hastanelerinde görev yapan siz değerlihekimlerimize yaklaşık 5-10 dakika arasında cevaplandırılabilecek sorulardan oluşan bir anket çalışmasıdır. Bu çalışma Atatürk Eğitim Araştırma Üniversitesinden etik kurul alındıktan sonra yapılmaktadır.

Anketimizde kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Tıp hukuku ve Mevzuatımızda yer alan maddelerinin sorgulanacağı ankete vereceğiniz bilgiler eğitim ve bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak ve bilimsel yayın haline getirilecektir. Yapılan bu araştırma siz hekimlerimize herhangi bir parasal yük getirmeyecektir.

Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımı kabul etseniz bile istediğiniz anda anketi yanıtlamayı bırakarak vazgeçebilirsiniz.

Çalışmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

1-Bölümünüz……..

2- Yaşınız ?.....

3- Asistan mısınız ? 0) Hayır1)Evet

4- Aktif hekimlik süreniz kaç yıldır? ……..

5- Daha önce göreviniz ile ilgili soruşturma geçirdiniz mi? ? (Soruya cevabınız hayır ise 8. soruyu geçiniz.)

0) Hayır 1)Evet

6- Eğer geçirdiyseniz herhangi bir cezai yaptırımla karşılaştınız mı?

0) Hayır 1)Evet

7- Cevabınız evet ise ne tür ceza ile karşılaştınız?

a) Adli Para Cezası
b) Hapis Cezası
c) Uyarma
d) Kınama
e) Görevden uzaklaştırma
f) Diğer, yazınız……

8- Görevinizle ilgili bir nedenden dolayı başka bir şahıs ya da kuruma karşı dava açtınız mı? (Soruya cevabınız hayır ise 10. soruyu geçiniz.)

0) Hayır 1)Evet

9- Cevabınız evet ise kime karşı açtınız?

a) Hasta ya da hasta yakınlarına karşı
b) Beraber çalıştığınız sağlık personeline karşı
c) İdareye karşı
d) Diğer yazınız……

10-Malpraktis (Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanması) durumu/kavramı, hasta muayenesi sırasındaki girişimlerinizi nasıl etkiliyor?

0) Olumlu 1)Olumsuz 2)Fikrim yok

11- Tıp eğitiminiz süresince tıp hukuku konusunda bir eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

12- Meslek içi eğitimlerde hekim hak ve sorumlulukları ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

13- Aşağıdakilerden hangisi ya da hangilerini okudunuz? (kısmende olsa hekimlikle ilgili)

	0) Hayır	1) Evet
1982 Anayasası		
Devlet Memurları Kanunu		
Türk Ceza Kanunu (TCK)		
Aile Hekimliği Kanunu		
Tababet ve ŞuabatıSan'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun		
Tıbbi Deontoloji Tüzüğü		
Tababet Uzmanlık Yönetmeliği		
Hekimlik Meslek Etik Kuralları		

14- Hekim şahsi bir sebepten dolayı hastaya bakmayı reddedebilir mi?

0) Hayır 1)Evet 2) Fikrim yok

15- Hekim kan yoluyla geçebilen öldürücü bulaşıcı hastalıklar durumunda(Hıv, Kırım Kongo kanamalı hastalık…)hastasına bakmayı veya tedaviye devamı reddedebilir mi?

0) Hayır 1)Evet 2) Fikrim yok

16- Konsültasyon istediğiniz bir hasta bu talebi kabul etmezse, tedaviye devamı bırakabilir misiniz?

0) Hayır 1)Evet 2) Fikrim yok

17- Tababet Uzmanlık Yönetmeliğine göre poliklinikte günde bakılacak hasta sayısının sınırı kaçtır?

1) 20 2) 30 3) 40 4) 50 5) Sınırsız

18- Hasta hakları yönetmeliğine göre (acil durumlar haricinde) ameliyat durumunda en az kaç saat öncesinden kişiye aydınlatma yapılması gerekmektedir. ?

a) Son 12 saat
b) Son 1 gün
c) Son 3 gün
d) Zaman kısıtlaması yok
e) Fikrim yok

19-Tedavi olmak için gelen bir hastanın, adli bir olaya karıştığından şüphelenirseniz olayı adli makamlara bildirir misiniz?

1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

20-Bir çocuğun muayenesi sırasında cinsel istismara uğradığını anladığınızda ilk olarak ne yaparsınız.?(yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Fikrim yok
b) Ailesine bildiririm
c) Adli birimlere bildiririm
d) Diğer yazınız……

21- Görevinizi yaptığınız sırada başka bir meslektaşınızın ya da sağlık mensubunun suç işlediği ile ilgili belirtilerle karşılaşırsanız ne yaparsınız? (yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Hemen üst makamlara durumu bildiririm.

b) Aynı meslek grubunda olduğum için kimseye söylemem.
c) Bana bir yaptırımı olmadığı için görmezden gelirim.
d) İşleyen kişiyi uyarır, yaptığının suç olduğunu söylerim.
e) Diğer yazınız……

22- Bir hastalığın tedavisinde aynı anda birden fazla tedavi yöntemi uygulanabilmekte ise hastayı nasıl yönlendirirsiniz ?(yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Tedavi yöntemlerini hastaya anlatırım ve seçmesini söylerim.
b) Tedavi yöntemlerini hastaya anlatırım ve uygulayacağım tedaviyi söylerim.
c) İstediğim tedavi yöntemini seçerim.
d) Diğer yazınız……

23- Hastanın hekime anlattığı kişisel bilgiler sır niteliğindedir. Hekim bu bilgileri kime/ kimlere açıklayabilir? (yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Hastanın 1. derece hısımlarına
b) Meslektaşlarına
c) Dava dolayısıyla bilgisine başvuran hakim/ savcıya
d) Hiç kimseye açıklayamaz.
e) Diğer yazınız……

24- Hasta öldüğü takdirde, hekim hastasıyla ilgili bilgileri açıklayabilir mi?
0) Hayır 1)Evet 2) Fikrim yok

25- Çocuklara cinsel ilişki muayenesi istemi durumunda (savcılık veya mahkeme tarafından) hekim olarak nasıl karar verirsiniz? (yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Çocuğun veya velisinin rızası olsa da yapmam.
b) Çocuğun veya velisinin rızası yoksa yapmam.
c) Adli mercilerin yazılı emri olduğundan çocuğun veya velisinin rızası olmasa da yaparım.

d) Diğer yazınız……

26- Bir doktor arkadaşınız hastaneye gelemeyen annesi için ilaç yazmanızı rica etse hastayı görmeden uzaktan tedavi düzenler misiniz.?

0) Hayır 1)Evet 2) Bazen

27- Sağlık çalışanlarının hatalı tıbbi uygulama nedeniyle ödeyeceği tazminat miktarı sigortanın karşıladığı miktarı geçebilir mi ?

0) Hayır 1)Evet 2) Fikrim yok

28-Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin mali sorumluluk sigortasını yaptırmamanın cezası nedir? (yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Cezai yaptırımı yoktur.
b) 3 yıla kadar hapis cezası
c) 5000 TL idari para cezası
d) Geçici süreyle görevden uzaklaştırma
e) Fikrim yok

29-Gerçeğe aykırı belge/ rapor düzenleyen tabip için TCK nasıl bir ceza öngörmüştür?

a) Cezai yaptırımı yoktur.
b) 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası
c) 10000 TL idari para cezası
d) Geçici süreyle görevden uzaklaştırma
e) Fikrim yok

30-Hastanede kalitesiz malzeme kullanıldığını fark ettiğinizde durumda ne yaparsınız ?(yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Hastaya bildiririm kendisinin dışarıdan tedarik etmesini isterim.
b) Sağlık bakanlığına bildiririm.
c) Hastane yönetimine bildiririm.
d) Fikrim yok

31-Kızına yapılması gereken rutin aşıların yapılmasını kabul etmeyen aileye karşı bir cezai yaptırım var mıdır?

a) Evet aşıların yapılması zorunludur.
b) Hayırailenin isteğine bağlıdır.
c) Fikrim yok

32-El ve ayakları kangren olmuş ve müdahale edilmediği takdirde ölecek bir çocuğa müdahale edilmesini ailesi istemiyor. Durum doktor tarafından, aileye de izah ediliyor. El ve ayaklar kesilmediği takdirde çocuğun öleceği anlatılsa da aile çeşitli nedenlerden buna izin vermiyor. Böyle bir durumda ne yaparsınız?(yalnız bir seçenek işaretleyiniz.)

a) Aile çocuğu hakkında karar verme yetkisine sahip. Rıza alınamadı. Hiçbir şey yapılamaz
b) Savcılığa başvurup durumu bildiririm ve müdahale ederim.
c) Fikrim yok