

# Sağlık profesyonelleri arası ilişkiler, kurallar ve etik değerler

## Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji AD ve Tıbbi viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarını yürütmektedir.

Sağlık hizmeti sunulurken çalışanlardan beklenen uyum, ahenk, koordinasyon, anlayış, yardımlaşma ve etik değerlere bağlılık içinde çalışmadır. Bunlar aynı zamanda bir kalite gereğesidir, dahası hasta hakları açısından da zorunluluktur. Sağlık hizmeti uygulamalarında tüm çalışanlar hem ayrı ayrı ve hem de topluca değerlendirilmeli, karşılıklı ilişkiler ve bunu belirleyen değerler netlik kazanmalıdır. Mesleklerin çok değişmemekle beraber kaliteden gelen görev tanımları, limitasyonları olmakla ancak bunlar çoğunlukla kâğıt üstünde kalabilmekte, "eğitim şart" ile başlayan eleştirel ironi "denetim şart" ile devam etmektedir.

## Hekim-hekim ilişkileri, kurallar ve etik değerler

Hekimler arasındaki iyi ilişkiler ve meslek dayanışması diğer mesleklerden hizmet boyutu açısından daha farklı olması beklenmektedir. Saygın, değerli ve bir o kadar da kutsal bir görev ifa edilirken ilişkilerde saygılı, dostça ve paylaşımla olmalıdır. Hekimler sağlık hizmetleri sunumunda, diğer sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinde aşağıda sıralanan etik ve diğer ilkelere uymaları beklenir.

## Karşılıklı saygı, sevgi ve mesleki dayanışma

Hekimlik mesleğinin toplum gözündeki saygınlığını korumanın, yine ve öncelikle hekimlerin kendi içlerinde karşılıklı saygı temeline dayalı iyi ilişkiler kurmasıyla sağlanabileceği bilinci yerleşmeli ve hâkim olmalıdır. Hekim, kendisine hasta olarak başvuran bir meslektaşına ve onun ailesine, belli etik ve hukuki kurallar içerisinde diğer hastaların mağduriyetine sebep olmaksızın zaman ayırır, sorunun çözümünde gereken yardımı içtenlikle yapar.

Hekim, meslektaşlarının maruz kaldığı haksız davranış ve saldırılar karşısında hukuk kuralları çerçevesinde meslektaş dayanışması sergiler, mesleki dayanışma refleksiyle ortak tepki gösterir, aynı mesleğin uygulayıcısı olarak duyarsız ve tepkisiz kalmamalıdır. Özellikle son yıllarda artan sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları karşısında gerekli tedbirlerin alınması hususunda birlikte ortak adımlar atılmasına katkıda bulunur, imza koyar. Hastalara meslektaşları aleyhinde konuşmadığı gibi huzurunda bir başka sağlık çalışanı aleyhinde kötü sözler söylenmesine de izin vermez. Varsa gözlenen belirgin bir yanlışlık, yine uygun bir

şekilde girişimde bulunulmasını sağlar. Mesleki hataların devam etmesi ve hatta daha da ilerlemesi halinde gerekli resmi yollarla mesleki oda başvurusu, hukuki ve adli başvurular ile de hak arama süreci devreye sokulur.

## Yetkinlik dışı faaliyetler ve yetki kargaşası

Hekimlerin mesleki aktiviteleri, mezun oldukları lisans ya da uzmanlık branşlarının tüzük ya da yönergelerinde mesleklerini icra ederken ki yetki ve sorumlulukları, bunların hangi koşullarda değişebileceği, sınırlamaları belirlenmiştir. Hekimler, diğer alanlardan meslektaşlarının uzmanlık bilgi, birikim ve deneyimlerine saygılı olmalı, acil ve hayatı tehdit eden zorunlu durumlar hariç, kendi uzmanlık alanı dışındaki konulara müdahil olmamalıdır. Hekimler arası en sık yaşanan sorunların başında branşlar arası hasta/hastalık paylaşımı ya da genel büyük branşların (dâhiliye, çocuk hastalıkları, genel cerrahi, kadın doğum hastalıkları vb.) diğer dal branşlarına ya da yan dal bölümü hastalıklarına "uzmanı aynı hastanede varken" müdahale etmesidir. Bunu belirleyen kurallar oluşturulmalı yanlış anlaşılmalara meydan verilmemeli, sonuçta hasta çaresiz bırakılmamalıdır. İntilili uzmanlık alanlarında da zaman



zaman hasta sevinde sorunlar olabilmektedir. *Eskiden muayenehanelerin ön planda olduğu dönemlerinde işittiğimiz piyasa kuralları, şimdilerde performans çarpanı ile hastane içinde de yaşanır hale gelmemelidir.* Yarışmalı/rekabetli sistemlerde hasta olması gereken yerden farklı kliniklerde kendini bulabilmekte, yanlış yönelebilmekte yada yönlendirilmektedir. Neticede -iyice azalmakta beraber- çok spesifik branşlar hariç, yakın yada ilintili klinikler arasında yetki kargaşası olabilmektedir.(Örneğin kadın doğum ile üroloji; gastroenteroloji/hepatoloji/ enfeksiyon hastalıkları; enfeksiyon hastalıkları / göğüs hastalıkları / iç hastalıkları ve diğerleri.; genel cerrahi/plastik cerrahi ve diğer cerrahi branşlar aralarında). İfrat ve tefrit noktasında; kendi branşı / yetki alanı dışındaki hastalara müdahale etmenin öteki ucunda da özellikle kendi branşı ve yetkisi çerçevesinde bakmak zorunda olduğu hastaya da müdahale etmekten imtina eden, sevk etmeye uğraşan kimliktir ki o da bir başka yazı konusudur.

Çok değişik gerekçelerle olabileceği gibi, uzmanlık / yetki alanı vs. ile de hekimler arasında anlaşmazlıklar oluşabilir. Hekim, bir meslektaşıyla mesleki uygulamalar veya etik konularda uzlaşmazlığa düştüğünde, onunla hasta ve toplum önünde tartışmak yerine, bu sorununu yönetime, tabip odasına bildirebilir ve hukuki yollar ile çözümler bulunması konusunda gayret sarf eder.

### **Konsültasyon; sağlık profesyonelleri arası en önemli ilişki nedeni**

*Konsültasyon;* tanı ve tedavi amacı ile bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalardan sorumlu hekimlerin, hastasının tanı/ tedavi ve takibi için ihtiyaç duyduğu diğer anabilim dalları/bilim dalları ile görüş alış verişinde bulunması durumudur. *Sorumlu hekim;* hastanın süreçlerinden birincil derecede sorumlu olan konsültasyon desteği isteyen hekim olup *konsültan hekim* ise sorumlu hekim tarafından istenen konsültasyonu yanıtlamakla sorumlu, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olan kişiyi ifade etmektedir. Konsültasyon isteği ve sonucu ile ilgili bilgileri içeren, hem sorumlu hekim hem de konsültan hekim tarafından açık, net ve okunaklı olarak doldurulan forma ise "*konsültasyon formu*" denir. Formda; danışılan hastanın temel tanımlayıcı bilgileri(kimliği, yatan mı ayakta mı kabul edildiği, hangi klinikte yattığı, muhtemel veya kesin tanıları, mevcut hali vb.), konsültasyonun yeri, konsültasyon istenme nedeni, konsültasyon istenme tarihi, konsültasyonun aciliyeti(istenme saati konmalı), konsey şeklinde planlanmış ise konseye katılacak olan diğer hekimlerin kimler olacağı belirtilmelidir. İstek yazısı ve yanıtının, meslektaşına saygı ifadesiyle bildirilmesi ise usulendir ve gerekir.

### **Konsültasyon istemleri artıyor!**

Sağlıkta kadim bir uygulama olan konsültasyon, günümüz hekimliğinde daha da fazla önem kazanmıştır. Aşırı uzmanlaşma, tıbbi bilgi üretimindeki artış, özel eğitim ve beceri gerektiren tıbbi girişimlerin giderek daha yaygın kullanılması, hekimler üzerindeki hukuk ve kamuoyu baskısının artması, günümüz hekimlerinin, geçmişteki meslektaşlarına göre daha sıklıkla konsültasyona başvurmalarına neden olmaktadır. Ancak konsültasyonda asıl amaç: hastanın ihtiyaçlarının karşılanması ve hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Konsültasyon, özellikle kötü prognoz beklentisi olan; klinik olarak durumu net olmayan; riskli, invaziv girişimlere aday; hukuki kovuşturmalara yol açabilecek olgularda daha sıklıkla kullanılmaktadır. Konsültasyonun bir özel formu olan "*konsey*" toplantıları, birçok klinikte giderek daha yaygın olarak kullanılmakta ve önemli klinik kararlar çok sayıda hekimin uzlaşısıyla alınmaktadır. Konseyler, aynı zamanda konsültasyonun bir eğitim yöntemi olarak kullanıldığı ortamlardır. Sağlık kurumları da hastalarıyla ilgili hatalı kararları azaltmak amacıyla, belirli işlemler öncesinde veya riskli olgularda konsey kararı alınmasını kurumsal politikalar haline getirmektedirler. Konsültasyonun kendisinden beklenen yararı sağlaması için konuyla ilgili ilke ve kurallara uyulması gerekmektedir. Oysa klinik

pratikte konsültasyon uygulamalarında ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Konsültasyon isteklerinde standart bir forum kullanılması, bu sorunların çözümüne katkı sağlayabilir.

Hekimin, bir meslektaşının hasta için konsültasyon istemine –geçerli mazeretleri dışında- en kısa zamanda ve olumlu yanıt vermesi gerekir. Konsültasyon, isteyen hekimin yazılı -acil durumlarda sözlü de olabilir- talebi üzerine gerçekleştirilir. Konsültasyon istek formunda veya konsey toplantılarında hastayla ilgili bir bilgilendirme föyü hazırlanır ve toplantıya katılacak hekimlere yeterli bir süre öncesinde dağıtılır. Ayaktan hastalar ise, doğrudan konsültan hekime gönderilebilir. Yatan hastalarda sorumlu hekim konsültan hekimi karşılar, hastayı sunar ve birlikte fikir alışverişi ile hasta değerlendirilir. Sorumlu hekimin, bilgileri içtenlikle ve gerçekçi bir yaklaşımla paylaşması, konsultan hekim sorularını doğru yanıtlaması hasta güvenliği açısından gereklidir. Konsültan hekimin konsültasyon istemini geçerli nedenler dışında ret etmesi, meslek saygınlığına aykırıdır, hasta hakları açısından yaşamı tehdit eden, gayri etik, kabul edilemez bir davranıştır. Acil durumda hemen, diğer durumlarda ise uygun bir zamanlama ile hastanın değerlendirilmesi gerçekleşir. Hastayla ilgili değerlendirme ve önerilerini açıklamalı, sorumlu hekimin hastayla ilgili yaklaşım ve uygulamalarına katılmasa bile, sorumlu hekimin rencide etmeden, bilimsel tarz ve deontoloji kuralları işletilerek önerilerini iletmelidir. Hasta ve yakınlarına da ilave bilgi verilecekse bunu sorumlu hekime bırakmalı, suçlayıcı, eleştirel söz ve tavırlara dikkat etmelidir. Bunun zıttı, meslektaş dayanışması ile de yanlış kapatmak ve hastayı riske atmak uygunsuz ve daha olumsuz bir davranıştır. Konsültan hekim, hasta ile ilgili düşüncesini bildirir, tekrar hastayı görmesi gerekiyorsa bunu belirtir, planlar ve tedavi iş birliğini hastanın tam iyilik haline kadar sürdürür. Tedavi boyunca konsültan hekim değiştirilmemeli, görüş ve önerileri özenle dikkate alınmalı, hasta yönetiminde sorumluluk paylaşımını sürdürülmelidir. Aksi bir durum vaki olur ise sorumlu hekim, konsültan hekimin tıp rehberleri ile örtüşmeyen, klasik tıp konseptine uymayan, etik veya hukuki olmayan tavsiyelerine uymak zorunda değildir, böyle durumlarda başka konsültan hekime başvurulabilir. Gerekirse konu ile ilgili bilgileri, detaya girmeden hasta ve/veya yakınları ile paylaşır, onların da onaylarına başvurabilir, tüm süreçler eksiksiz hasta dosyasına kayıt düşülür. Ola ki bilgilendirme sonrasında hasta konsültan hekimin önerisine itibar ederde sorumlu hekimle bir uyumsuzluk/ çatışma süreci yaşanır ise sorumlu hekim hastayı bırakabilir.

Konsültasyon gereksinimi olan hasta için ısrarla destek alınmaması; hastanın da

istemine rağmen sorumlu hekimin konsültasyon sürecine olumlu bakmaması; yada nadiren de olsa yaşanan, sorumlu hekimin uzmanlık alanı dışı bir hastayı yatırarak, konsültasyonlarla hastayı meslektaşlarına tedavi ettirmesi ya da kendi uzmanlık alanı içinde bulunan uygulama ve süreçlerden imtina ederek, bu yükümlülüğü diğer hekimlere devretmesi istenmeyen, uygunsuz davranışlardır. Acil olmayan hasta için “acil” konsültasyon istenmesi; gerekmediği halde hasta için “hasta yatağında” konsültasyon talebi; konsültasyon isteme gerekçesinin net açıklanmaması, yazılmaması; dahası konsültan hekimin önerileri ve istemlerinin tıbbi, etik veya hukuki bir gerekçe olmaksızın göz ardı edilmesi, uygulanmaması günlük hekimlik pratiğinde konsültasyonla ilgili, sorumlu hekimlerin zaman zaman yaptıkları hatalı davranışlardır.

Konsültan hekimin hasta konsültasyon istemini gerekçesiz ret etmesi, geciktirmesi; danışılan konuda bilgisini gizlemesi, girişimde bulunmaması, düşünce ve önerilerini açık, net ve anlaşılır olarak belirtmemesi; konsültasyon esnasında sorumlu hekimin küçük düşürücü söz ve davranışlarda bulunması, mesleki saygıyı esirgemesi, etik davranmaması; konsülte edilen hasta yönetiminde gördüğü eksiklik ve sorunları sorumlu hekimle konuşup düzeltilmesine uğraşmak yerine, bunları başka kişilerle(hasta ve yakınları, diğer meslektaşları, kamuoyu, vb) paylaşması; dedikodu malzemesi yapması, konsültasyon esnasında hastaya uygulaması gereken işlemleri yapmaktan kaçınması vb. konsultan hekim tarafından yapılmaması gereken olumsuz hareketlerdir. Bunların bir kısmı cezai müeyyide de gerektirir.

Bu yazı için bir Eğitim Araştırma Hastanesinde; 50 klinisyene(dahili ve cerrahi farklı branşlardan uzman veya öğretim üyesi), konsültasyon pratiğini ve uygulama sorunlarını irdelemeyi amaçlayan bir anket araştırması yapılmış, sorulara yanıt yüzdesi aşağıya çıkarılmıştır;

Klinisyenlerin % 60'ı konsültasyon isteminde hastanın konsültasyon beklentisi yada isteminin rolü olmadığını, %82'si özellikle kronik hastalığı olan hastalarda hem konsultan hekim ve hem de hastayı konsültasyon konusunda çok net bilgilendirdiğini, %90'ı konsültasyon sonucunun ciddi bağlayıcı olduğu ve raporu birebir uygulandığını, %65'i konsültasyon esnasında ve sonrasında konsultan hekimle diyalog halinde kaldıklarını, %90'ı konsültasyonda iyi diyalog ve iletişimin halen çok gerekli olduğunu, %20'si konsültasyon için hasta yanına gittiğinde genellikle kimsenin bilgilendirme ve destek olmadığını, %36'sı ise konsültasyon esnasında yanından kimseyi

istemmediğini, hasta ile baş başa olmayı daha çok yeğlediklerini(bağımsız düşünme ve etkiye kalmama için), %36'sı konsültasyonların hasta paslama davetleri olduğunu, %65'i konsültasyonların yeterinde efektif çalışmadığını, %50'si konsültasyon ile hasta sorumluluğunun konsultan hekime devredilme eğiliminin var olduğunu, %64'ü hasta konsültasyonu ve sevinde sürekli dirençle karşılaştığını bildirmiştir.

Genel konsültasyon hizmetlerindeki karşılaşılan problemler ışığında; acil servis konsültasyonları; Acil hizmetler ve hekimler; ameliyat öncesi konsültasyonlar ve hastane dışı / toplu konsültasyonlar da benzer şekilde ciddi sorunlar içermektedir. Bunların da her birisi ayrı irdeleme ve makale konusudur.

### **Çözümde etik değerler, Hipokrat yemini ve benzerleri**

Etik, Latince kökenli olup Türkçe karşılığı “Ahlak bilimi, kuramsal ahlak ya da teorik ahlak” olan bir kelimedir. Etik değerler evrenseldir ve her ülke ve toplumlar için geçerliliği olan kurallardır. Etik, içerik itibari ile dürüstlük, doğruluk, yardımseverlik, adaletli olmak, sadakat, yalan söylememek, hırsızlık yapmamak, cana kıymamak vb gibi genel olarak ahlaklı olma prensiplerinden oluşur. Gelenek, alışkanlık, karakter, ahlak gibi kavramları içerir, kısaca genel ahlak olarak da tanımlanabilir. Ahlak, daha çok toplumda bireysel davranış kurallarını anlatır. Etik ise profesyonel davranış standartlarını vurgular.

**Ahlak:** Her toplumda değişebilecek gelenekler, alışkanlıklar, örf ve adetler, töreler, yaşam biçimleri gibi alanlardaki tutum ve davranışlar Ahlakı belirler. Kişiler arası ilişkilerde uyulması gereken ilke ve kuralları içerir. Ahlak toplumdaki topluma değişebileceği gibi aynı toplum içindeki farklı grup ve yaş katmanları arasında bile değişiklik gösterebilir.

**Meslek etiği (deontoloji):** Meslek etiği kavramı, bütün mesleki etkinliklerin iyiye yönlendirilmesi konusunda düzenlemeler getiren, meslek üyelerinin kişisel arzularını sınırlayıp belli bir çizginin dışına çıkmalarını önleyen, mesleki idealleri geliştiren, ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan ilkeler ve kurallar sistemidir. İlkeler; davranış biçimini kesin olarak belirlemez, kişisel sorumluluğu içerir ve bu yönüyle kurallardan ayrılır. Kurallar ise; kesindir ve uyma güçlüğü, zorunluluğu vardır. Etik kurallar, meslek mensuplarının genel olarak kabul ettikleri ilkeler dizisidir. Bu kurallar meslek üyelerinin mesleğine, mesleksi örgütüne, meslektaşlarına, hizmet verdiği iş birliği yaptığı bireylere ve kendine karşı sorumluluklarından oluşur. Meslek elemanlarına, topluma mesleğin temel amaçları ve sorum-

lulukları hakkında bilgi verir. Meslek üyelerinin karşılaştıkları etik sorunlar ile ilgili mantıklı ve doğru karar verebilmeleri için rehberlik eder.

### Hipokrat ve etik

Eski Mısır'da, Çin'de, Hintlilerde ve İran Uygarlığında hekimlik muhakkak ki Hipokrat'tan önce de vardı. Fakat sihir ve büyü ile ilgili kesmiş olan tıp biliminin (aynı zamanda tıp mesleğinin) bilinen ilk büyüğü, tarihi bir kişilik olarak Hipokrat'tır. Hipokrat, hayranlık uyandıracak kadar iyi bir gözlemcidir. Hipokrat'a göre hekimlik; hastayı ağrılarından kurtarmak, şiddetli hastalıkların şiddetini hafifleterek sağlıklı yaşamının sürdürmesine çaba göstermektir.

Günümüzde küçük değişikliklerle kabul edilmiş olan "Tıp Yemini, Diploma Yemini" gibi metinlerin başlatıcısının Hipokrat yemini olduğuna inanılır. Ancak kısa ama öz olan bu metinde, bütün insanlara eşit muamele, meslektaş dayanışması, insana saygı gibi temel kuralların hiçbiri de ihmal edilmemiştir.

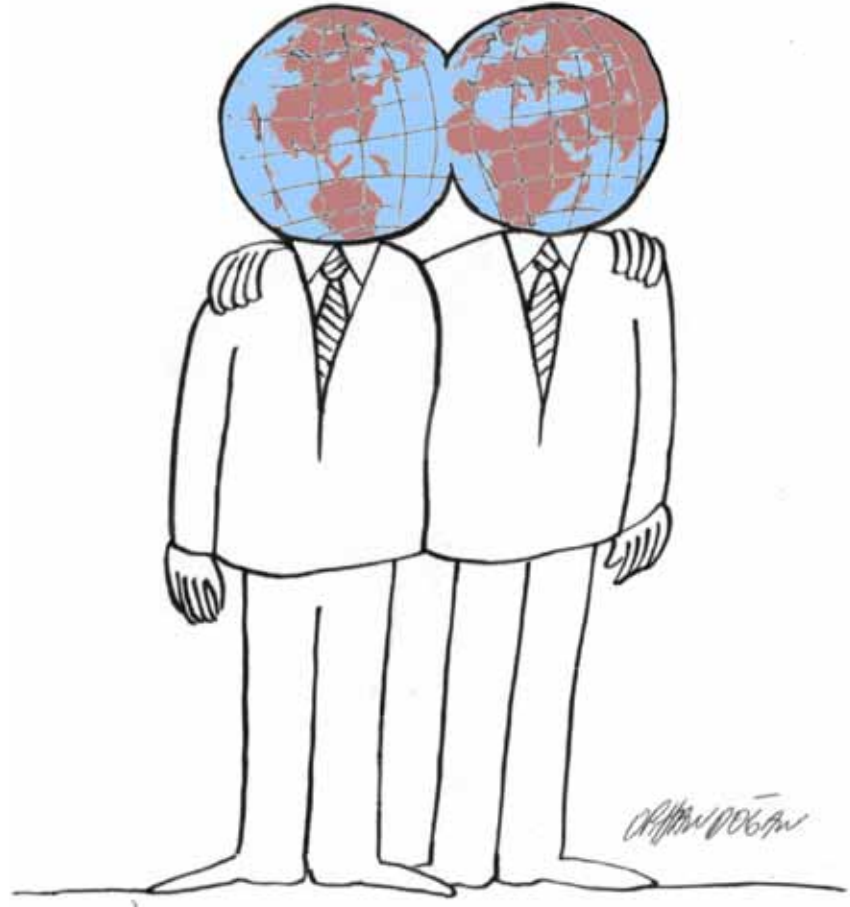
**Uluslararası Hemşirelik Andı** da benzer bir yaklaşım ile 1965 yılında Uluslararası Hemşirelik Konseyi tarafından kabul edilmiştir. Dilimize de çevrilen ve ülkemizdeki hemşirelik okullarının mezuniyet törenlerinde okutulmakta olan bu antta da etik değerler ve mesleki dayanışma kuralları "... Sağlık ekibinin bütün üyeleri ile işbirliği yapacağıma ve onları destekleyeceğime..." şeklinde yerini almıştır.

### Hekim-hemşire-personel ilişkileri; Sağlıkta ekip ruhu

**Ekip;** bir amaç için birbirine bağımlı olan ve aktiviteleri birbirini etkileyen iki veya daha fazla kişiden oluşan bir çalışma grubudur. Ekip tesadüfen ya da zorunlu olarak bir araya gelmiş meslek üyelerinden değil, beceri, deneyim ve uzmanlıklarıyla katkıda bulunabilecek bilinçli kişilerden oluşmalıdır. Ekip; sorunun tanımlanması, veri toplanması, sorunun değerlendirilmesi, amaçların belirlenmesi, sonuçların öngörülmesi ve sorunun çözümü gibi düşünce sistemi üzerine kurulmalıdır.

**Sağlık ekibi** ise sağlık kurumlarında, ortak amaçla, kaliteli sağlık bakımının verilmesi için değişik sağlık mesleklerinden üyelerin bir araya geldikleri, bilgi ve deneyimlerin paylaşıldığı, ortak kararların alındığı ve her birinin kendi görevlerinin yerine getirildiği bir birliktir.

**İdeal bir sağlık ekibi,** hasta ve ailesi ile olan ilişkilerinde ortak amaçlar hedeflemiş, bir bakım planı geliştirmiş ve bu planın gerçekleşmesi için her bir meslek



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

üyesi kendi üzerine düşen fakat birbirini tamamlayan hizmeti vermelidir. Plan, ekip üyelerinin birbirlerinin hizmetlerini destekler ve üst düzeye çıkarmalarını sağlayabilir olmalıdır. Bu bağlamda sağlığın değerlendirilmesi ortak bir iş hâline dönüşür. Birey için amaçlanan bakım hedefleri gerçekleşmiş olur. Ekip çalışması, sağlık meslekleri üyeleri arasında hizmetlerdeki eksikleri ve tekrarları ortadan kaldırmak için işbirliği yapmayı gerektirir. Ekip çalışması ile hasta sorunlarının çözümü için tüm yeteneklerin dağılımı en iyi şekilde yapılır.

### Sağlık ekibinin amacı ve faydaları

Ekibinin amacı; en iyi sağlık bakım hizmeti verilmesinde, her düzeyden sağlık bakım elemanının kapasitesinden maksimum yararlanmaktır. Ekibin verimli çalışması, üyelerin birbirine karşı olan güven ve bağlılığından geçer. Sağlık hizmetlerinde ekip halinde çalışmanın yararları:

- Ekip üyelerinin karar alma ve sorumlulukları paylaşma yetileri gelişir, personel gelişimi ve iletişimi artar buda personelin iş memnuniyetine yansır.
- Deneyimlerin paylaşılmasını, değişime daha çabuk uyum sağlanmasını ve kişiler arası problemlerin tartışılarak çözümlenmesini sağlar.
- Sağlık çalışanları arasında birlik ve beraberlik sağlanır, haberleşme ve koordinasyon sağlanır, bilgi ve becerilerin birleşmesiyle sorun çözümü kolaylaşır, sorumluluk duygusu gelişir.
- Hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırır, hasta bakım maliyetleri düşer.

- Daha iyi bir çalışma ortamı oluşur, idari uygulamalara daha az gereksinim duyulur.
- Gerekli araç gerecin kullanımını ve eksikliklerin saptanmasını sağlar.
- Bilimsel gelişme ve denetleme fırsatı vermesi bakımından önemlidir.

### Uzman hemşirelik; görev ve yetkileri

Zaman zaman sağlık hizmeti sunumunu etkileyebilecek personel kanunlarında değişimlerden söz edilmektedir. Yakında yürürlüğe giren Hemşirelik yönetmeliğinde "uzman hemşire" kavramı da tam anlaşılıp uygulanmamakla beraber yeni bir durum gibi karşımızda durmaktadır. Resmi Gazete'nin 8.3.2010 tarihli yayımlanan sayısında Hemşirelik Yönetmeliğiyle, hemşire, başhemşire, uzman hemşire ve yetki belgesine sahip hemşireliğin tanımları yapılmış, 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan düzenleme ile bu yönetmelikte değişikliklere gidilmiş, uzman hemşireliğin görev tanımlarına 4 yeni madde daha eklenmiş; çalışılan birim/ ünite/ servis/ alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları belirtilmiş; girişimsel liste ile de, hemşirelerin hangi görevleri tek başına, hangilerini hekim ile birlikte yapabilecekleri ayrıntılı düzenlenmiştir. Buna göre;

**Uzman hemşirelik;** lisans mezunu hemşirelerden; yurtiçinde hemşirelik anabilim dallarında ve bunların altında açılan lisansüstü eğitim programlarından mezun olanları uzman hemşire olarak çalışabileceklerdir. Uzman hemşireler,

temel hemşirelik rollerinin yanı sıra uzmanlığını yaptığı alana yönelik klinik bilgi, beceri, sağlık araştırmaları, danışmanlık hizmetleri, sağlık eğitim hizmetlerinin programlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde sorumluluk alabilecek, uygulamalarda bulunabilecek, uzmanlık alanı ile ilgili kapsamlı sağlık değerlendirmeleri yapabileceklerdir. Ayıca hemşirelik bakımını planlama, uygulama ve yönetmesi, istenen hedeflere ulaşamaması durumunda, yeni stratejiler geliştirme sorumluluğu hemşire mesleğini sağlık hizmeti içinde daha da sorumluluk sahibi yapmıştır. Hastalara uygulanan tıbbi tanı ve tedavi işlemlerine ilişkin karşılaşılan kritik durumlarda, uygun kararın verilmesinde hemşirelere danışmanlık yapacak, meslekî gelişimleri açısından hemşirelere destek te olacaktır. Hasta ve ailesinin eğitimini planlayabilecek, hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile ilgili olası **yan etkileri hakkında** bilgilendirebilecektir. Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve **bilirkişilik** yapabilecek, **etik** komitelerde görev alabilecektir.

### **İlişki bozukluğunda en önemli neden; etkin iletişim eksikliği**

Profesyonel iletişim, profesyonel çalışma ortamlarında iş arkadaşları arasında olan iletişim biçimidir. *Etkili iletişim için;*

- Uygun dil seçmek
- Açık ve doğru mesaj vermek
- Saygı duymak, güven vermek
- Göz teması sağlamak
- Beden diline dikkat etmek
- İki yönlü iletişim kurmak
- Geri bildirimde bulunmak
- Dinlemeyi öğrenmek ve empati kurmak gerekli olacaktır.

Başarılı bir hekim-hasta ilişkisinde de empati oldukça belirleyicidir. Birey kendisini bazen muhatabının yerine koymalı, kendisi veya bir yakınının ihtiyacı olup hastaneye gittiğinde şunu denemeli; sağlık çalışanı olduğunu söylemeden ihtiyacı olan hizmeti almaya çalışmalı, bir röntgen filmi çekirmek, bir kan aldırma için sıraya girip her gün binlerce hastanın yaşadıklarını yaşamalıdır. Böylece, hastaların/hasta yakınlarının psikolojisini, beklentilerini, karşılaştıkları sorunları doğrudan gözlemlenmiş olacaktır. Bunun hekimler için, hastaya bakışta çok yararlı bir deneyim olacağı açıktır.

İki insan arasında doğru bir iletişim nasıl kurulabilir? Herhangi bir nedenle herhangi bir gereksinimden doğan bir iletişim söz konusu olduğunda, bu iletişimin doğru kurulabilmesi için bir takım olmazsa olmaz koşullar vardır. Bunlar;

**Sevgi-saygı:** Muhatabınız olan insana sevgi bir yana, saygı duymuyorsanız onunla sağlıklı ve etik bir iletişim kurmanız mümkün olamaz.

**Güven, dürüstlük, hakkaniyet ölçüleri** içinde iletişim kurmalıyız. Adaleti gözletmez, eşitlik ilkesine riayet etmez isek iletişim korunamaz.

**Aktif dinleme;** Muhatabınızın kendisini ifade etmesine izin vermeli, aktif dinleyici olmalıyız. Düşüncelerini, duygularını anlatmasına fırsat vermeli, cesaretlendirmeli, zaman zaman onu doğru anladığımızı ifade eden geri bildirimlerde bulunmalıyız.

**Yüz yüze iletişim;** çoğunlukla artık insanların kaçtığı, en zor olan ama en etkili iletişim biçimi de yüz yüze iletişimdir. Eğer bir kişi ile yüz yüze gelip iletişim kuruyorsanız iletişimin dörtte üçü o esnada "sözsüz" gelişir. Sadece duruşunuzla, bakışınızla, ses tonunuzla, beden dilinizle zaten muhatabınıza söyleyeceğinizi söylemişsinizdir. Sizi tanımayan birisi sizinle karşılaştığı zaman ilk 10 saniye içerisinde bir izlenim edinir ve bu izlenim çoğu zaman değişmez. Yani ilk izlenim çok önemlidir.

### **Sağlık kurumlarında iletişim ve ilişkiler**

Sağlık iletişimi, iletişim biliminin araç, yöntem ve stratejilerini kullanarak sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla uygulamaya yönelik bilgi üreten bir bilim alanıdır ve dört boyutludur;

1. Sağlık çalışanlarının hasta / hasta yakınları ile kurdukları iletişim ve kişilerarası ilişki boyutu,
2. Halkın sağlıksız bilgi, tutum ve davranışlarını değiştirme, bilinçlendirme ve sağlıklı davranış geliştirme boyutu,
3. Sağlık alanındaki hizmet / ürünlerinin pazarlama iletişimi,
4. Sağlık hizmeti sunum ve kalite gereksinimi olarak sağlık çalışanlarının birbirleri ile iletişimi, ilişkileri ve etkileşimi.

Etkin ilişkide etkili iletişimin yeri vazgeçilmezdir. Etkin iletişimde ise dinleme ve söylemenin yanı sıra ileti biçimi de oldukça önemlidir. Etkili bir iletişim için iletilerin nasıl etkin kılınacağı bilinmesi ve uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir. Bazen, korkular ve kaygılar nedeniyle, iletişim kurulması gereken kişi ile temasa geçmek yerine ya ipuçları verme denenir ya da üçüncü kişiler aracılığıyla söylemek istenen iletilmeye çalışılır. Bu son şekilde, iletileri dolaylı yolla iletmek oldukça risklidir, yanlış anlaşılma ve yorumlamalara ya da iletilerin görmezlikten gelinmesine yol açılabilir. İyi ilişkiler açısından iletilerin

zamanında paylaşılması da önemlidir.

Sağlık hizmetinin sunumunda oldukça büyük öneme sahip iletişimin etkili şekilde işlemesi için; hastane personelinin iletişim sürecinde yer alan öğelerin özelliklerini bilmeleri ve bunu uygulamaya geçirmeleri gerekmektedir. Etkin iletişimin özellikleri olarak; Samimiyet ve saygı, ilgi alaka ve güler yüz, etkin dinleme, çözüm odaklı düşünmek, istekli ve yapıcı olmak, dikkate almak ve önemsemek, detaya hakimiyet, dış görünüş, etkin bir beden dili ve duyguların etkili ifade şekli, diksiyon, konuşma şekli, dürüstlük, empati ve bütün bunların sürekliliğidir. Örneğin vücut dilinde gözler ilk sırada gelir ve aslında her şeyi anlatırken sözcükler ve diğer beden hareketleri farklı şeyler ifade etmemelidir.

Başarılı iletişim ve ilişki açısından en önemli bir kavram olan empati ise sadece insan oğlunun başarabileceği fakat çaba da isteyen bir iletişim becerisidir. Empati kavramı, bir insanın kendisini, iletişim içinde olduğu kişinin yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması şeklinde tanımlanmaktadır. Gerçek anlamda bir empati yapabilmek için bir insanın kendisini karşısındaki insanın yerine koyması, olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumun karşısındaki kişiye davranış olarak ta dönebilmesidir.

### **Sağlık kurumlarında empati**

Etkin iletişim ve Empatinin sağlık kurumlarında gelişebilmesi için bazı temel inançların yerleşmesi gerekmektedir. İnsana verilen değer, tüm kurumları etkilemektedir. Değer gören bireyler başkalarına da değer verirler. Kurumun bu anlamda personeline yaklaşımlarını gözden geçirmesi ve kurum içi eğitimlerinde buna vurgu yapması gerekmektedir. Birbirlerini seven ve uyumlu, birbirlerini seçmiş insanların bulunduğu topluluklarda tüm hastalıkların aksi özellikleri bünyesinde barındırmak gruplara nazaran daha az olduğu gerçeği saptanmıştır. Empati bir tahmin işi değil, bir rol değiştirme işidir ve bu nedenle karşımızdaki ile ilgili bildiklerimizin ötesinde bir bağlantının sonucunda gerçekleşir. Bu durum bize tanımadığımız insanlar ile de empati kurabilmemizin mümkün olabileceği bilgisini verir.

Empati, en bilindik formu ile sağlık çalışanları ile hastalar arasında olması gerektiği gibi ilaveten sağlık profesyonellerinin birbiri arasında da (doktor/doktor; doktor/hemşire; hemşire/hemşire; hemşire/yardımcı sağlık personeli; hoca/öğrenci...) yaşanmalıdır.

Özetle; iletişimin kalitesini artırmak için

başlıca 3 koşul gereklidir: Empati, uyum ve saygı.

*Empati*, karşıdaki bireye duygularını anladığını iletmek ve onun bakış açısına göre değerlendirme yapmaktır. *Uyum*, sağlık profesyonellerinin, karşıdaki bireye, duygu ve düşüncelerinde dürüst olduğunu hissettirmesidir. *Saygı* ise pozitif bir dinleme ve önyargısız bir tutumla, karşıdaki bireyin iletişime katılmasını destekleme işlemidir.

### **Sonuç: Sağlık çalışanlarında ilişki boyutları ve bir değerlendirme**

Bu yazının hazırlanmasında sağlık çalışanlarının ilişkilerinin boyutlarını belirlemek amacıyla bir eğitim Araştırma Hastanesinin toplam 91 çalışanı ile (30 hekim, 32 Hemşire ve 29 yardımcı personeli) 15 sorudan oluşan beşli likert anket formu yardımı ile yaptığımız bir çalışma-değerlendirme sonuçlarını burada sunmak istiyorum:

1. "İş yaşantımda hastane içi çalışmalarımı yaparken anlaşılmadığımı düşünürüm." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %40, %40,6, %51,7 oranında "kesinlikle katılıyorum" yanıtı vermişlerdir.

2. "Diğer personellerle arası ilişkilerimin iyi olduğu söylenir." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %63,3, %68,8, %65,5 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

3. "Ödül sisteminin (ayın personeli vs) ilişkilere ve iletişime etkisi olumludur." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %43,3, %50, %56,7 oranında olumlu cevap vermişlerdir.

4. "Malpraktis yasaları ile gelişen hastaya müdahale ve girişimden kaçınan, geri duran uygulamalar (defansif tıp) personel ilişkilerini zayıflatmıştır." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %85, %40, %47,6 oranında olumlu yanıt vermişlerdir.

5. "Personel arası ilişki olumsuzlukları, hasta sağlığının geliştirilmesini engeller." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %88,9, %68,8, %55,2 oranında olumlu değerlendirmişlerdir.

6. "Personel arası ilişki olumsuzlukları, tedavi esnasında komplikasyonlara yol açabilir." şeklindeki önermeye hekim doktor, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %85, %82,4, %57,1 oranında "kesinlikle katılıyorum" yanıtı vermişlerdir.

7. "Yazılı olmayan sözlü talimat (order) ve görev istemi ile iş yapmak zaman zaman

çalışanı zora sokar." önermesine hekim doktor, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %60, %81,3, %60 oranında kesinlikle katıldıklarını bildirmişlerdir.

8. "Personel katmanları (doktor, hemşire, diğer personel) arası ilişki düzeyleri genelde iyi değildir." şeklindeki önermeye hekim doktor, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %40, %50, %48,3 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

9. "Personel katmanları (doktor, hemşire, diğer personel) arası iletişim genelde iyi değildir." şeklindeki önermeye hekim doktor, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %33,3, %46,9, %37,9 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

10. "Personel katmanları (doktor, hemşire, diğer personel) arası amaç farklılığı belirgindir." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %60, %43,8, %55,2 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

11. "Personel katmanları (doktor, hemşire, diğer personel) arası çıkar farklılığı belirgindir." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %50, %53,1, %62,1 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

12. "Personel katmanları (doktor, hemşire, diğer personel) arası değerler farklılığı belirgindir." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %57,7, %44,4, %71,4 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

13. "Personel katmanları (doktor, hemşire, diğer personel) arası etik değerlere bağlılık değişkendir." şeklindeki önermeye hekim, hemşire ve yardımcı personelleri sırasıyla; %53,3, %65,6, %58,6 oranında katıldıklarını bildirmişlerdir.

Sonuçta; bu çalışma verileri yoruma açık olmakla beraber, başta aşırı iş yükü, hastaya ayıracak zamanın sınırlanmış olması, stres, umursamazlık, tükenmişlik duyguları (sağlık çalışanlarında tükenmişlik duygusu yüksek), uygun-suz koşullar içinde çalışma, ekipman donanım eksikliği, ekonomik doyumsuz olmaması, vs. gibi nedenler ile sağlık çalışanları başta kendi aralarında olmak üzere toplumla da bir iletişim eksikliği ve ilişki yetersizliği yaşamaktadır. Sağlık personeli ve katmanları arası da hedef, amaç, ilke birliği çok sağlanamamıştır.

Sağlık personeli arası uyum ve ilişki yetersizliği zaman zaman sağlık hizmetlerine olumsuz yansıtılmaktadır. Basına akseden tıbbi hata olaylarının geriye dönük irdelenmesinde de kesinlikle sağlık personelleri arası ilişki yetersizliği, uyumsuzluk ve ekip olarak çalışmama gerekçeleri görülebilir.

Bunun en bariz örneği ise; özel / kamu hastane hizmet standart farklılıklarında görülür. Özel hastaneler, çok daha az personel ve belki daha kısıtlı olanaklar ile kamu hastanelerinden daha verimli işler çıkarabilmektedir. Burada hedef birlikteliği, başarıya odaklanma ve ekip olabilmek farkı açıkça gözlenir. "Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir" diye tanımlanan sağlıkta genel olarak amaç sorunu yani hastalığı çözmektir. Misyonumuz ise sağlıklı toplumlar, sağlıklı nesiller ve iyi bir gelecek oluncu hedef daha netleşmektedir. Sağlık Hizmeti sunumunda personel ilişkilerinde hedef birlikteliği önemlidir ve periyodik eğitimlerde bu konuda yerini almalıdır. Görevimiz, hastaya yardım etmek, sağlığına kavuşmasına vesile olmak, bilgilendirmek, beklentisine yanıt vermek sonuçta hastayı sağlıklı ve mutlu kılmaktır. Bunun içinde soruna değil hastaya odaklanmak zorundayız. Sonuç olarak; muhatabınız ile ilgilenir görünmenin en iyi yolu, gerçekten onunla ilgilenmektir.

### **Kaynaklar**

1) Akdeniz N. *Osmanlıda Hekimlik ve Tıp Ahlakı*. İstanbul. 1997: 138-139.

2) Elçioğlu Ö. *Klinikte etik konsültasyon*. In. Ed. Demirhan AE, Oğuz Y, Elçioğlu Ö, Doğan H. *Klinik Etik*. Nobel Tıp Yayınları, İstanbul. 2001: 36.

3) Erdemir AD. *Tıp Etiği ve Genel Tıp Tarihi*. Güneş-Nobel Yayınları. Bursa. 1996:68-70.

4) Şahinoğlu-Pelin Serap, Çalışır Haluk Celalettin. *Tıpta Konsültasyon: Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi'ndeki 81 Hekimin Konsültasyonu İlgili Görüşleri Üzerinde*. *T Klin Tıbbi Etik*, 1998; 6(1):14-19.

5) Şahin Hatice, Sarer Yürekli Banu, Karaca Burçak, Akçiçek Fehmi. *Hastane konsültasyon hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi: bir gereksinim belirleme Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2009; 29(3):724-32.

6) Türk Kardiyoloji Derneği. *Hekimler arası ilişkilerde etik*. *Türk Kardiyol Dem Arş*. 2009;37(Suppl. 3):15-18.

7) Türk Tabipleri Birliği. *Konsültasyon*. <http://www.ttb.org.tr/index.php/etikkurul/1358-etik> (Erişim tarihi: 10.11.2014)

8) Özlü T. *Günümüz Hekimliğinde Konsültasyon Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2011;19(1):50-6.

9) <http://www.memurlar.net/haber/193766/> (Erişim tarihi: 10.11.2014)

10) <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/2152011145028-HekimHekimiliskisi.pdf> (Erişim tarihi: 10.11.2014)

11) <http://www.sdplatform.com/Dergi/768/Hipokrat-tan-gunumuze-hekim-durusu.aspx> (Erişim tarihi: 10.11.2014)

12) <http://www.medimagazin.com.tr/authors/erol-ozmen/tr-saglik-hizmetlerinde-iletisim-72-47-3442.html> (Erişim tarihi: 10.11.2014)

13) <http://www.medikalteknik.com.tr/saglik-kurumlarinda-iletisim-ve-empati/> (Erişim tarihi: 10.11.2014)

14) Şentürk S, Dursun S. *Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 1995.

15) <http://www.aek.med.ege.edu.tr> (Erişim tarihi: 21.11.2014)