

Dr. Serap ŞAHİNOĞLU-PELİN
Dr. Berna ARDA

ETİK AÇIDAN YAŞLILIK ve HEKİM-HASTA İLİŞKİLERİ

AGING AND PHSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP İN THE LIGHT OF MEDICAL ETHICS

ÖZET

Bilindiği gibi geriatrı insan yaşamının 65 yaş ve üstü dönemindeki sağlık sorunlarıyla ilĐilenen disiplinlerarası bir alandır. Ülkemizde oldukça yakın tarihli bir geĐmiŐi olan geriatrı için özellikle hekim- hasta ilĐikilerine ve sınırlı kaynakların paylaşılması bağlamında tıp uygulamalarına yansıyan ve etik açıdan düşünülmesi gereken pek çok değer sorunu bulunmaktadır. Bu makalede yaŐluluk olgusunun tıp etiği bağlamında nasıl ele alınabileceği üzerinde durulmuŐ ve hekim-hasta ilĐikilerini de içeren bir niceliksel çalıŐmanın konuyla ilgili sonuçları tartıŐılmıŐtır. 524 hekimin katıldığı 16 soruluk bir etik tercihler anketinin kullanıldığı çalışmada hekim-hasta ilĐikilerine etki edebilecek birkaç deĐiŐkenin (hastaların cinsiyeti, ekonomik düzeyleri, dinsel inançları ve yaŐları) etkisi araŐtırılmıŐtır, örneklemin %10'una yakın bir bölümü, hekimlerin hastalarına davranıŐlarında hasta yaşının önemli bir etken olduğunu belirtmiŐtir. Bir durum değerlendirmesi sayılmakla birlikte, yaşın hastalar arasında ayırım yapılabilecek bir etken olarak görölmesi ilgi çekicidir.

Anahtar Sözcükler: Tıbbi etik, Yaşlılık, Hekim-hasta ilĐikileri, Tutumlar, Ayırmıcılık.

ABSTRACT

As it is generally accepted, geriatrı is a multidisiplinary field which deals with the health problems of people who are 65 years old and above. As far as our country is concerned, geriatrı is an extremely new area. This field, especially in terms of physician-patient relationship and the allocation of scarce resources in medical practice, gives way to various ethical problems. In this article, how aging phenomenon should be seen in terms of medical ethics is dealt with, and in addition, the result of a qualitative research involving physician-patient relationship about the subject matter is discussed. A research on the effect of some variables (patients' gender, their economic level, their religious beliefs and their age) on physician-patient relationship was conducted. 524 physicians were chosen as respondents to a questionnaire involving 16 questions. Approximately 10% of the sample stated that the age of patient was an important factor in physician patient attitudes. This research is an appraisal of a condition; that patients could be discriminated against, as revealed in this survey is, however, interesting.

Key Words: Medical ethics, Aging, Physician-patient relationship, Attitudes, Discrimination.

GeliŐ: 29.04.1998

Kabul: 20.05.1998

Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Deontoloji Anabilim Dalı-ANKARA

İletişim: Dr. Serap ŞAHİNOĞLU-PELİN Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Morfoloji YerleŐkesi,
Deontoloji Anabilim Dalı Sıhhiye 06100-ANKARA
Tel: (0312) 31030 10

Bilimsel ve teknik gelişmelerin insanların ve genelde toplumların yaşamlarını etkileyen birçok sonuçları olmuştur. Örneğin; bir yandan yaşam birçok açıdan kolaylaşmış görünürken ve insanın yaşam süresi geçmişe oranla artan bir biçimde uzarken, öte yandan toplu imha silahları ile insanların yaşamına daha kolay ve yoğun olarak son verilebilmektedir. Özellikle tıp uğraşının insanın yaşam süresinin uzatılması konusunda son derece etkili olduğunu söylemek mümkündür. Yüzyıllar içerisinde insanın yaşam süresine bakıldığında insan ömrünün 20'li yaşlardan 40'lılara, 60'lara hatta 90'lara doğru uzadığını kolayca görebiliriz. Yaşlanma, insan yaşamının doğal bir sürecidir. Ancak, o, her ne kadar "doğal" ve "olağan beklenen" bir durum olsa bile, "yaşlılık" ve "yaşlanma" kaçınılması gereken, istenmeyen bir durum olma özelliğini her zaman taşımıştır. Bunun ruhsal, psikolojik nedenlerinin yanı sıra çoğunlukla da yaşlılığın güçsüzlük, işe yaramazlık, deformiteye ve hastalıklara yatkın olma, dahası ölüme olan varsayımsal yakınlığını da bu nedenlerin başında sayabiliriz.

Bugün 65 yaş ve üzeri, yaşlılık olarak kabul edilmekte, ancak yaşlı grup da kendi arasında bölümlere ayrılmaktadır (1). Tıp literatüründe giderek yaşlılıkla ilgili çalışmaların arttığını bu konuda yazılmış tıp kitaplarının da artık çoğaldığını söylemek mümkündür. Böylece Geriatri, çağımızda giderek daha çok önem kazanan bir tıp dalı konumuna gelmeye başlamıştır ve bir yandan 80'li yıllarda geriatri kliniklerinin açılmaya başlanması, öte yandan da klinik tıp kitaplarında geriatri ile ilgili ayrı bölümlere (4,6) yer verilmesi doğal gelişmeler olsa gerektir.

Ülkemiz, genç nüfuslu bir ülke olarak bilinmekle birlikte, 1993 yılında yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının sonuçlarına göre 15 yaşın altındaki nüfusun oranı 1989 ve 1993 yılları arasında azalmış, 15-64 ve 65 ve üzeri yaş grupları artış göstermiştir. Türkiye'deki yaşlı nüfusa baktığımızda 65-75 yaş arasında olan bölüm toplam nüfus içerisinde %7.9'u (%3.9 erkek, %4.0 kadın); 75 ve üzeri ise %3.4'ü (%1.6 erkek, %1.8 kadın) oluşturmaktadır (5).

Günümüzde giderek yaygınlık kazanmaya başlayan bir tıp alanı olan Geriatri, (bir anlamda, çocuklara yönelik pediatriye olduğu gibi) yaşlılarda ortaya çıkan her türlü patolojiyle ilgilenen disiplinlerarası bir alan anlamındadır. Gerontoloji ise yaşlılığı bütün yönleriyle klinik, biyolojik, tarihsel ve sosyolojik açıdan ele alan bir disiplin (3) olarak tanımlanmaktadır.

Normal yaştaki bir hasta ile yaşlı hasta ya da daha genel olarak 20 yaşındaki bir kişi ile 75 yaşındaki kişi arasında böbrek kan hızı, hücresel bağışıklık, glukoz toleransı gibi her türlü biyolojik değerlerde hem fizyolojik, hem de hastalık düzeyinde farklılıklar vardır. Doğal olarak klinik uygulamada da tedavi seçeneklerinden, hastanın rehabilitasyonuna kadar bir dizi farklılık, böyle bir alanı gerekli kılmaktadır. Bunların yanı sıra burada önemli bir başka belirleyici de, toplumlarda artan "yaşlı" nüfus ve dolayısıyla onların sağlık sorunlarıdır (1).

Kuşkusuz burada sorulması gereken en temel soru yaşlılığın ve yaşlanmanın bir hastalık olup olmadığıdır. Nasıl, hamilelik ve doğum temelde fizyolojik düzeyde gerçekleşen ve kimi zaman patolojik değişikliklerin de görülebildiği bir süreçse, yaşlılığı da benzer bir tablo olarak tanımlamak mümkündür.

Bu makalede hekimlik uygulamasında 65 yaş ve üzeri hasta grubu için etik açıdan dile getirilebilecek kimi temel noktalar üzerinde durulacak ve hekim-hasta ilişkilerinde "yaş" etkeninin rolünün de ele alındığı bir niceliksel araştırma sonuçları tartışılacaktır.

Günümüzde tıp uygulaması içerisinde değer sorunlarının oldukça yoğun bir biçimde yaşandığı bilinmektedir. Bu durum hem tıbbın çok yoğun teknoloji kullanır olması, hem tıp eğitiminin ve genel sağlık politikalarının uygulamadaki belirleyiciliği, hem de hekim kimliğindeki farklılaşmalar ve hasta haklarının gündeme yerleşmiş olması gibi etkenlerin doğal sonucudur. Bizim düşüncemiz bir yandan özel konularla ilgili araştırmalar sürdürülürken, bir yandan da genci ve bütünsel anlayışla hazırlanmış çalışmaların yürütülmesinin yararlı olacağıdır. Burada dile getirilecek olan araştırma ile de belli bir zaman diliminde ve belli bir yerde mesleki uygulama içerisinde bulunan farklı uzmanlık dallarından hekimlerin hekim-hasta ilişkisindeki çeşitli etkenlerle ilgili genel görüşlerini alarak bir durum değerlendirmesi yapmak amaçlanmıştır.

Tıp uygulamasının evrimi içerisinde hekim-hasta ilişkisi her zaman merkezde bulunan bir konu olmuştur. Hipokratik dönemde hekim uygulamasına yön veren genel yaklaşımı özetleyen and metinlerinde bu özellik göze çarpmaktadır, Buradaki temel nokta hekim-hasta ilişkisinin ayrımcılığın üzerinde tutulması gereken bir yapıda olmasıdır. And metinlerinde dile getirilen "din, milliyet, ırk, parti veya sosyal sınıf kaygularının hekimin hastasıyla görevi arasına girmesine izin vermemesi" dir. Söz konusu metnin "cinsiyet ve yaş" gibi etkenlere değinmediği göze çarpmaktadır. Sözü edilen metinlerin oluşturulduğu zamanlarda insan ömrünün çok uzun olmamasına dayanarak o dönemde "yaşın" ayrıca dile getirilmesine gerek duyulmamış olabilir. Ancak günümüzde ayrıca zikredilmiyor bile olsa, ayrımcılık yapmamak açısından, cinsiyet gibi yaşın da göz önüne alınması gerekmektedir.

Hekim-hasta ilişkisinin insanlık evrimi boyunca çok çeşitli biçimlerde karşımıza çıkan değişik görünümünün bulunduğu bir gerçektir. Örneğin önceleri hastanın bütünüyle edilgin olduğu ve bu ilişkiyi hekimin tek başına belirleyip yönlendirdiği bir ilişki biçimi sergilenmiştir. Zaman içerisinde hekimin yapılması gerekenleri belirlediği ve hastanın da bu belirlemelere uyarak gerekenleri yerine getirdiği bir ilişki biçimi ortaya çıkmıştır. Burada hekim-hasta ilişkisi bir "yol gösterme-işbirliği yapma" ilişkisine dönüşmüştür. Söz konusu ilişkinin üçüncü farklı görünümü de "paylaşımçı hekim-hasta ilişkisi"dir. Bu son biçimde hastanın hastalık sürecine belirli sorumluluklar üstlenerek katılımı gerçekleşmektedir. Zaman çizgisi içerisinde bu değişimin ortaya çıkmasına neden olan pek çok etken bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları sağlık ve hastalık kavramlarının geçirdiği değişim, hekim kimliğindeki farklılaşmalar, bireyin "sağlık hakkı" kavramı üzerindeki yeni belirlemeler ve değerlendirmeler ile, tıbbın giderek çok yoğun bir teknoloji kullanan disiplin haline gelmesidir. Tüm bu etkenlerin "hekim" ve "hasta" kimliklerinin herbirinde önemli birer belirleyici öge olduğu kabul edilmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada araştırmacıların geliştirdikleri 16 soruluk bir "Etik Tercihler Anketi" kullanılmıştır. Kendilerine verilen ifadeleri "evet" ya da "hayır" olarak işaretleyen hekimlerden, daha sonra da bu seçimlerine uyan gerekçelerini belirtmeleri istenmiştir. Bu gerekçeler için sınırlama getirilmemiş, katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebilmişlerdir. Bu nedenle her bir seçenek için onun frekansı (f) belirlenmiştir. Söz konusu çalışma Ankara'da bulunan 524 hekimin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu hekimler Ankara'da üniversite hastanesi, özel hastane, sağlık ocağı-dispanser, özel muayenehane gibi farklı birimlerde çalışmaktadırlar.

Örneklemin Tanımlanması

Örneklem 236'sı (%45) kadın, 288'i (%55) erkek toplam 524 hekimden oluşmaktadır. Grubun %86'sı 40 yaşın altındadır (236'sı 20-30; 218'i 31-40 yaş arasındadır). Örneklemin %45.2'si Ankara Üniversitesi, %17.7 Hacettepe Üniversitesi, %8.2'si Gazi Üniversitesi ve %5.5 Ege Üniversitesi mezunudur. Geriye kalan %23.4'lük bölümü ise 3.2 ile 0.4 arasında değişen oranlarda ülkemizdeki öteki Tıp Fakültelerine dağılmaktadır. Örneklemin % 16.4 temel tıp bilimleri, %26.5 dahili tıp bilimleri, %16.9'u küçük cerrahi, %12.8 pratisyen, %7.1'i kadın hastalıkları ve doğum, %5.5 genel cerrahi, %6.9'u çocuk hastalıkları, %5.5 anesteziyoloji ve %2.3'ü aile hekimi alanında çalışmaktadır. Hekimlerin %67.2'si 1-5 yıl, %15.8'i 6-10 yıl ve %17'si de 11 yıl ve üzeri meslek deneyimine sahiptir. Hekimlerin %76.7'si eğitim hastanesinde, %11.6'sı özel hastanede, %6.7'si sağlık ocağında ve %5 de muayenehane ve öteki kurumlarda çalışmaktadır. Mesleki unvan açısından grubun %54'ü pratisyen ve araştırma görevlisi, %33.8'i uzman ve yardımcı doçent, %12.2'si doçent ve profesörlerden oluşmaktadır. Hekimlerin %81.1'i kendisini orta gelir düzeyinde (%50.8 orta-alt ve %36.3 orta-üst) görmektedir.

Hekim-Hasta İlişkisindeki Çeşitli Etkenlerle İlgili Görüşler

Bu çalışmada hekimlerin hekim-hasta ilişkisinde etkili olabilecek çeşitli etkenlerle ilgili görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre başvuran hastaların cinsiyeti, ekonomik düzeyleri, dinsel inançları ve yaşlarının tıp uygulaması üzerindeki etkileri aşağıdaki gibidir.

a) Hekimlerin hasta cinsiyeti ile ilgili görüşleri

Örnekleminin çok ağırlıklı bir grubu %98.3 (n= 515) hekimin hastaları arasında cinsiyete göre ayırım yapmaması gerektiğini düşünmektedir. Bu saptamaya gerekçe olarak; birinci sırada (f= 277) oranında cinsiyete bağlı hastalıklar dışında cinsiyetin hekim gözünde dikkate alınmayan bir öğe olduğu, ikinci sırada (f= 242) oranında hekimin kişisel inançlarıyla çalışsa bile meslek uygulaması sırasında böyle bir ayırma gidilemeyeceği, üçüncü sırada (f= 236) oranında ise cinsiyetin insanı insan yapan biyo-psiko-sosyal çok sayıdaki öğeden yalnızca biri olduğu için, tek başına önemsenmesinin mümkün olamayacağı gerekçesi gösterilmiştir.

Örneklemini oluşturan hekimlerin %1.7'si (n=9) hekimin hastaları arasında cinsiyet ayırımı yapabileceği düşüncesin-

dedirler. Bu duruma gerekçe olarak en fazla seçilen seçenek (f= 6) hekimin sadece kendi cinsinden olan hastalarının olması gerektiği düşüncesindedir. İkinci sırada da (f= 5) hekimin ancak acil vakalarda karşı cinsten hastaları muayene ve tedavi etmesi gerektiği belirtilmiştir.

b) Hastaların ekonomik düzeyleriyle ilgili görüşleri

Örneklemin ağırlıklı bir grubu %96.6 (n= 506) hekimin hastaları arasında ekonomik açıdan ayırım yapmasını uygun bulmamaktadır. Burada birinci sırada (f= 364) yaşamın sağlıklı bir biçimde sürdürülebilmesi temel bir hak olarak görülmekte ve bu hak ile hastalar arasında ekonomik açıdan ayrımcılık yapmak bağdaştırılmamaktadır. İkinci sırada (f= 203) toplumun bütün bireylerinin güvence altında olması gerektiği belirtilmekte ve özel sigorta şirketlerinin de işlev görebileceği vurgulanmaktadır. Üçüncü sırada (f= 189) paranın hekim-hasta ilişkisini bozduğu düşüncesi yer almaktadır. Dördüncü sırada (f=182) temel bir hak olduğu vurgulanan "sağlıklı yaşam sürdürme"nin gerektirdiği koşulların devlet tarafından karşılanması istenmektedir.

Hekimin hastaları arasında ekonomik açıdan ayırım yapmasıyla ilgili soruya örneklemin %3.4 (n= 18) ayrımcılığı uygun bulan görüş belirtmişlerdir. Oldukça azınlıkta olan bu grupta birinci sırada (f= 15) herşeyin paralı olduğu bir toplumda parasız sağlık hizmetinin de verilemeyeceğini; ikinci sırada (f= 6) önceliğin zengin hastalara tanınmasıyla bunların kuruma başka hastaların kullanımına sunulacak alet, ilaç gibi olanakları sağlayabileceği, üçüncü sırada (f= 6) ucuz hekimliğin hastalara hekimin mesleki bilgi ve becerilerinin tam olmadığını ya da yeterince kullanılmadığını düşündürtebileceği belirtilmiştir.

c) Hastaların dinsel inançlarıyla ilgili görüşleri

Örneklem ağırlıklı olarak %98.9 (n= 518) hekimin hastalarına onların dini inançlarına göre ayırım yapmasını uygun bulmamaktadır. Birinci sırada (f= 306) hekimin hastalarına yönelik davranışında dinin belirleyici olamayacağı, ikinci sırada (f= 296) hastanın dininin ne olduğunu sormaya bile hekimin gerek duymayacağı; üçüncü sırada (f= 181) kişinin sahip olduğu inanç sisteminin onun yaşamını biçimlendiren bir etken olmaması gerektiği ve bu durumun hekim için olduğu kadar hasta için de geçerli olduğu; dördüncü sırada (f= 67) din öğesinin insanı biyopsikososyal varlık yapan niteliklerden birisi olarak bile kabul edilemeyeceği belirtilmiştir.

Hekimin hastalarının dinsel inançlarına göre onlara farklı davranabileceğini düşünenlerin tüm örneklem içerisindeki oranı %1.1 (n= 6)'dır. Buna göre birinci sırada (f= 5) hekimlerin acil durumlar dışında inancına yakın bulduğu kişilere ayrıcalıklı bir tıbbi hizmet verebileceği, ikinci sırada da (f= 3) hekimin kendi mezhebinden olan hastalara öncelik tanıma hakkının bulunduğu düşünülmektedir.

d) Hastaların yaşlarıyla ilgili görüşleri

Grubta yaş faktörünün hekim-hasta ilişkisinde belirleyici olmaması düşüncesi egemendir (%90.1, n= 472). Burada gerekçelendirme seçenekleri arasında birinci sırada (f= 268) oranında "yaş öğesinin bir feda edilme gerekçesi olamaya-

cağı", ikinci sırada (f= 224) İnsan organizmasının geçirdiği bütün süreçlere tanıdık olan hekimler için yaşlılığın doğal bir sonuç kabul edileceği; üçüncü sırada (f= 162) yaşlılık döneminin ayrı bir tıp uzmanlık dalının konusu olduğu ve bu nedenle yaşın bir ayrımcılık konusu olamayacağı, dördüncü sırada da (f= 122) hekimlerin kültürel kimliğinin yaşlılara farklı davranmayı uygun bulmayacağı belirtilmiştir.

Çalışmamıza katılan grubun %9.9'u (n=52) hekimin hastalarına karşı davranışında hasta yaşının Önemli bir faktör olduğunu düşünmektedir. Bu grupta birinci sırada (f= 34) silahlı çatışma durumları gibi olağanüstü durumlarda yaşın gençler lehine kullanılabilir bir öge olacağı; ikinci sırada (f= 19) yatak sayısının kısıtlı olduğu durumlarda genç hastaların tercih edilebileceği; üçüncü sırada (f= 16) genç hastaların tedaviye daha çabuk yanıt vermeleri nedeniyle sağlık hizmetinden yararlanacak insan sayısını artırma kaygısıyla genç hastalara öncelik verilebileceğini belirtmişlerdir. Bu grupta dördüncü sırada (f= 13) "yaşlı hastaların birbirine eşlik eden başka hastalıklara da yakalanmış olabilecekleri" ve "yatak işgal sürelerinin yaşlılarda daha fazla olması" nedeniyle genç hastaların tercih edilebileceği belirtilmiştir

SONUÇ VE TARTIŞMA

Genel olarak tıp etiğinin ve daha geniş bir biçimde biyo-etiğin temel ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleridir (2). Bu çerçevede yaşlı hastalara yönelik her tür tıbbi girişimin, hekimin eylemi bakımından sözü edilen ilkeler ışığında değerlendirilmesi de mümkündür. Hasta özerkliğine saygı duyularak yaşama geçirilmesi geriatrik yaş grubunda da önemli bir konu iken, etik açıdan örneğin ötanazi ve do not resuscitate gibi kavramların bu grupta nasıl ele alınabileceği ayrıca bir başka yazı çerçevesinde tartışılabilir.

Toplumun sınırlı kaynaklarını sağlık alanında nasıl paylaşacağı gündeme gelirken, birçok kez tercihin hangi ölçütlere göre yapılacağı, önceliğin neye göre belirleneceği üzerinde durulmaktadır. Nüfus yapılanması ve sağlık ilişkileri içerisinde yaşadığımız ülkeyi değerlendirdiğimizde, bir yandan yaşlı nüfusun artmaya başladığını söylerken, öte yandan genç nüfusun çoğunlukta olduğunu da vurgulamak gerekecektir. Kuşkusuz, burada, eldeki sınırlı sağlık kaynaklarının yaşlı nüfus için mi, yoksa bebek ve çocuk ölüm hızının hala çok yüksek olduğu düşünülerek ikinci grup için mi kullanılmasının daha "doğru" olacağı bu konudaki temel tartışmalar arasında görülebilir. Bu noktada soruna adalet ilkesi çerçevesinde yaklaşılması tartışmaya bir açıklık getirebilir.

Doğan her bebeğin, her çocuğun, her erişkinin ve her yaşlının "yaşama hakkı" vardır. Onların bu yaşam şanslarını sürdürme eylemleri sırasında birbirlerine göre bir üstünlükleri varmış gibi düşünmek insanlar arası "eşitlik" ilkesine ters düşecektir. Örneğin; eldeki olanakların 2 yaşındaki bir bebek için mi, yoksa 82 yaşındaki bir insan için mi kullanılacak olması, yaşam çizgisinin iki farklı ucundaki bu insanlara "eşitmiş" gibi davranmak kendi içinde bir "eşitsizliği" taşıyor gibi gözükmektedir. Böyle bir durumda örneğin, 82 yaşındaki hasta hekimin birinci dereceden akrabası ya da 2 yaşındaki bebek yoğun bakım hemşiresinin çocuğu olabilir. Burada yaşanabilecek en karmaşık ve en

çözumsuzmüş gibi olan sorun ise hekimin ya da sağlık ekibinin yalnızca yaşı göz önünde bulundurarak bir seçim yapmak durumunda kaldığı durumlarda karşımıza çıkacaktır. _ Bugün bir hastalık olarak görülüp görülemeyeceği tartışılabilir olabilecek bir başka sorun ise yaşlılıkta deri ve iskelet istemine ortaya çıkan "olumsuz", estetik olmayan görüntülerdir. Derideki kırışıklıklar, sarkmalar, renk değişikliği, benler, asimetrielerin artması gibi. İnsandaki genel güzellik normları göz önüne alındığında yaşlanmada ortaya çıkan, yüzün uyum ve düzeninin bozulması, biçim bozuklukları, kısacası genç görünümünden uzaklaşma, kusurlu durumların ve bozuklukların ortaya çıkması olarak değerlendirilebilir (6). Bu durumda bu bireylerin tıptan ve hekimden beklentisi daha genç ve daha "sağlıklı" bir görüntüye sahip olabilmek yönünde olacaktır. Kozmetikten yararlanmak, bilimsel ve teknik gelişmenin bir sonucu olarak bireye sunulmuş bir kazanç olarak değerlendirilebilir ve sonuçta bu bireylerin daha "mutlu" yaşadıkları da bilinmektedir. Ancak burada yine karşımıza bir üst paragrafta tartışılan konu çıkmaktadır. Hangi kaynağın kime, ne için kullanıldığı.

Yeniden anket çalışmasına dönersek, buradaki hekim örnekleminin hekim-hasta ilişkisindeki çeşitli etkenlerle ilgili görüşleri evrensel kabul uyumlu görülmektedir. Bir başka deyişle hekimler hastaları arasında cinsiyet, ekonomik düzey, yaş ve dinsel inançlarla ilgili olarak ayırım yapılmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Tüm niceliksel araştırmalarda olduğu gibi burada da "sosyal beğenilirlik" olgusunun bir ölçüde sonuçlara etki ettiğini kabul etmekle birlikte, herşeye rağmen örneklemini oluşturan hekimlerin %9.9'un (n=52) yaş açısından, %3,4'nün (n= 18) ekonomik açıdan, %1.7'sinin (n= 9) hastalar arasında cinsiyet açısından, %1,1'in (n= 6) hastaların dinsel inançları açısından ayırım yapılabileceğini belirtmiş olması, oranlar az bile olsa, dikkat çekici ve düşündürücüdür. Örnekleminin %86'sının 40 yaşın altında olması onların yaşlılığı kendilerinden oldukça uzakta görmeleri gibi bir sonucu yaratmış olabilir. Ulaşılabilen literatürde bu konuda bir makaleye rastlanmamakla birlikte, kuşkusuz daha sağlıklı bir değerlendirme, benzer özellikleri taşıyan ancak farklı yaş grubuna dahil olan bir başka örnek - lemde çalışılmasıyla yapılabilecektir. Bu durum hem tıp eğitiminde, hem de mesleki uygulamada ayrımcılığa karşı duyarlılığın geliştirilmesi konusunda önem gösterilmesini zorunlu kılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Abrams WB, Berkow R. The Merck Manual of geriatrics. Merck Co., Rahvay(ABD), p.v, 1990.
2. Beauchamp T L, Childress J F. Principles of Biomedical Ethics, 4 th ed., Oxford University Press, New York, 1994.
3. Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 27 th ed., W B Saunders Co., Philadelphia 1988.
4. Parsons JL, Smith DJ, Snider RL. Dermatology in general medicine (Book Review); Arch. Dermatol, 1994; 130: 941.
5. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro Internal Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara. 1994; 13-14.
6. Şahinoğlu-Pelin S. Felsefi, Bilimsel, Uygulamalı Yönleriyle- Tıp Evriminde Görsel Estetik, Ankara Üni. Tıp Fak. Deontoloji A. D. Doktora Tezi, Ankara, 1996; 145-147, 18-19.