

Klinik Stajlarda Gözlemlenen “Kötü Haber Verme” Vakaları: Öğrenci Deneyimi

The Cases of "Delivering Bad News" that Observed on Clinical Internships: Student's Experience

Sibel CEVAHİR^a

Özet

Tıp eğitimi öğrencilerini kliniğe hazırlamayı amaçlar. Dolayısıyla tıp eğitiminin bir parçası olan etik ilkelere uygun klinik karar verme becerisinin kazanılmasında klinik deneyimler ve rol modelleri gözlemlenmenin önemi tartışılmaz. Bu makalede bir tıp öğrencisinin klinik stajlarda kötü haber verme sürecine ilişkin gözlemleri ve düşünceleri aktarılmıştır. Bu amaçla dört vaka üzerinden yapılan gözlemler ve oluşturulan sorular sunulmuştur. Ardından bu soruları oluşturan nedenlere ilişkin bir durum değerlendirmesi yapılarak vakalar kötü haber verme sürecinin etik gerekçeleri çerçevesinde tartışılmıştır. Son olarak klinik etik eğitimine ilişkin öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karar verme; klinik staj; kötü haber verme; tıp eğitimi.

Abstract

Medical education aims to prepare students for the profession. The importance of clinical experiences and observing role models in cultivating clinical-ethical decision-making skills is undeniable. This article explores a medical student's observations and reflections on the process of delivering bad news during clinical internships. Observations and questions arising from four specific cases are presented, followed by an analysis identifying the factors that prompted these questions. The cases are then discussed within the ethical framework of delivering bad news. Finally, recommendations for clinical ethics education are provided.

Keywords: Clinical internships; decision-making; delivering bad news; medical education.

GİRİŞ

Tıp fakülteleri; öğrencilerini hayattaki en zor kararları vermeye hazırlamaktadır (1). “Tıp eğitimi; hekimlerin mesleki ve etik açıdan en üst düzeyde uygulamalara yönelmelerini sağlayacak yeterlilikleri, becerileri ve yetenekleri edinmelerini hedeflemektedir” (2). Tıp fakültelerinde; toplumun iyiliğini, bireyin kararlarını, adaleti yani birçok başka faktörü göz önüne alarak karar vermek öğretilmektedir. Tıp bilimi; tıbbi endikasyonların yanı sıra sosyal endikasyonları, etik ilkelere uygun kararlar almayı, insanı bütün olarak ele alıp o bütüne her yönüyle sağlık hizmeti sunmayı kapsamaktadır.

Tıp eğitimi, tıp fakültesi eğitimiyle başlayan ve hekimin aktif mesleki yaşamdan çekilmesine kadar devam eden dinamik bir süreç olarak tanımlanabilir. Tıp Eğitimi Üzerine Dünya Tıp Birliği (DTB) Tutum Belgesi'nde klinik eğitiminin sağlık sisteminin tüm basamaklarında, her tür tedavi kurumunda ve tanımlı hedeflere sahip çıraklık modelinde bir eğitim olması gerektiği ifade edilmiş; bu şekilde kazanılacak deneyimler ve eğitimin, tıp öğrencilerinin pratiğe hazırlanması açısından önemi vurgulanmıştır (2). Kısacası klinik deneyim ve gözlemlerin tıp eğitiminde yadsınamaz bir yeri mevcuttur. Klinik eğitimde bireyler yalnız tıbbi bilgiyi değil bir hekimin sahip olması gereken etik ilkeleri de öğrenir. Hekim adaylarına verilen tüm klinik ve teorik eğitim bu etik ilkeleri de oluşturmak ve daimi kılmak içindir. Ancak tıp eğitiminin bir parçası olan klinik gözlemlerde öğrenciler bazen bu etik ilkelere uygun davranılmadığını saptamaktadır (3,4).

^a İntern Hekim, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli-İzmit, Türkiye. ✉sibelcevahir.9@gmail.com ORCID: 0009-0006-9170-2033
Gönderim Tarihi: 21 Ağustos 2024 • Kabul Tarihi: 23 Eylül 2024

GEREKÇE

Tıp etiğiyle ilgili ilk öğretileri barındıran Hipokrat yemininden günümüze tıp etiği büyük bir değişime uğramıştır. Ancak etik ilkelerin geleceğin hekimlerine aktarılmasına yönetsel değişikliklere rağmen devam edilmiştir (5-7). Tıp eğitimi klinik ve teorik eğitimleriyle bilinçli veya bilinçsiz etik eğitimini hep bir parçası olarak barındırmıştır (8). Son yıllarda yapılan çalışmalar tıp eğitiminin hekim adayları için etik sorunların nasıl çözüleceğini öğretmekte eksik kalabileceğini ileri sürmekte ve hekim adaylarının klinik eğitimleri boyunca meslektaşları tarafından meydana getirilmiş yeni etik ikilemlerle mücadele etmek durumunda kaldığını iddia etmektedir. Bu iddiaya çarpıcı bir örnek Feudthner ve arkadaşlarının çalışmasıdır. Bu çalışmaya katılan 665 klinik dönem tıp öğrencisinin % 98'i kendine veya hastaya yönelik aşağılayıcı ifadelerle karşılaştığını, % 61'i etik olmayan davranışlara şahit olduğunu ve % 53'ü kendisinden hastaları yanlış yönlendirmesinin (aldatmasının) beklendiğini ifade etmiştir (3).

Tıp öğrencilerinin klinik eğitimlerinde karşılaştığı etik ikilemlerle ilgili yapılmış çalışma sayısı ne yazık ki oldukça yetersizdir (9).Türkiye'deki durumu gösteren çalışmalarda eğitim yılı ilerledikçe sağlık öğrencilerinin etik duyarlılığının azaldığı gösterilmiştir (10).

Bu metin bir tıp fakültesi öğrencisinin klinikte karşılaştığı etik problemlerin birkaçını aktarmayı amaçlamaktadır. Öncelikle dört vaka üzerinden kötü haber verme sürecine ilişkin gözlemler ve onların oluşturduğu sorular sunulup ardından bu soruları oluşturan nedenlere ilişkin bir durum değerlendirmesiyle vakalar kötü haber verme sürecinin etik gerekçeleri çerçevesinde tartışılmış ve klinik etik eğitimine ilişkin önerilerle sonuçlandırılmıştır.

Burada verilecek vaka örnekleri belirli bir kişiyi işaret etmeyecek şekilde anonimleştirilmiş örneklerdir. Cinsiyet, yaş ve çocuk sayısı gerçeği yansıtmamaktadır.

Birinci Vaka

Polikliniğe üç oğluya gelen altmış yaşlardaki erkek hasta; genel sağlık durumunun iyi olduğunu, ek bir şikâyeti olmadığını ifade etmekteydi. Hastanın bilinen bir lösemisi vardı ve pozitron emisyon tomografisi (PET) sonucuyla başvurmuştu. Muayene sırasında; hekim, PET sonucuna göre akciğerinde bir yara olduğunu ifade etti. Oysa raporda malignite yazıyordu. Daha sonra kendisinin konseye çıkması ve süreçle ilgili karar alınması gerektiği konusunda hastaya açıklama yapıldı. Hastaya ait bir iletişim bilgisi gerekiyordu. Hekim hastanın oğluna iletişim bilgisi yazması için bir kâğıt uzattığında hasta birkaç kez kendi numarasının yazılmasını istedi. Ancak hastanın çocuklarının yazdığı iki numara da hastanın değildi. Hasta odadan ayrıldıktan sonra oğlu odaya döndü ve aśında neler olduğu konuşuldu. Hekim hastanın durumunu ve tedavi seçeneklerinin değerlendirileceğini hasta yakınına açıkladı. Hasta yakını ailecek alınan kararla tedaviyi reddetmeyi düşündüklerini ifade etti. Hekim bunun konsey sonrası değerlendirilmesini ve zaten tedavinin boşa olduğunu düşündüklerinde kendilerinin de tedaviyi önermediklerini söyledi.

Aile tedaviyi reddetse bu geçerli bir karar olur muydu?

Hasta yarısından ötürü tedavi almaya karar verse bu aydınlatılmış onam olur muydu?

Hastanın hayatıyla ilgili verebileceği büyük kararları belki engelleyen bu durum ne zamana dek devam ettirilecekti?

Hasta iyileştiğinde ona ne söylenecekti?

İkinci Vaka

A Yazar bazı özellikleriyle ilk vakadan farklı olan başka bir hastaya da akciğerinde yara tanısı konulmasına tanıklık etmiştir. Bu kez hasta doksanlı yaşlarda bir kadındı. Halihazırda düşük görünüyordu. Hekimin hiçbir sorusuna cevap vermiyor, olayı anlamaz haldeydi. İştme problemi ve demansı vardı. Bu hasta da konseye sevk edilip şimdilik eve gidebileceği söylendi.

Bu hastaya poliklinik şartlarında hastalığı anlatılabilir miydi?

Hastaya hastalığı anlatılamasa bile hasta hekim iletişimi tamamen kesilerek hasta yakınıyla iletişime geçilmesi doğru bir yol muydu yoksa hastanın durumuna rağmen iletişim çabası gerekli miydi?

Hastayla iletişim kurulamaması hastanın tanısının gizlenmesini etik açıdan savunulabilir kılar mıydı?

Üçüncü Vaka

Muayeneye gelen 68 yaşındaki bir erkek hastanın arkasından aralarındaki ilişkiyi bilmediğimiz bir yakını odaya girdi ve doktora gizlice sus işareti yaptı. Hastanın tedavisini görmekte olduğu kanser tanısı hakkında bilgisi yoktu. Görüşme hekimin üstü kapalı cümleleri etrafında kısaca sonlandırıldı ve hasta yakınına bilgi vermek üzere hasta dışarı çıkarıldı.

Bu hastaya kendisine yapılan işlemler, aldığı tedavi ve hastane ziyaretlerinin sebebi ne olarak söyleniyordu?

Bu hastadan yapılan işlemler için alınan onamlara ne derece aydınlatılmış diyebilirdik?

Hastayla ilişkisini bilmediğimiz bir hasta yakınının sessiz komutlarına uyarken hastamızın özerkliğine saygımızın önüne koyduğumuz neydi?

Tedavisinin bir bölümünü geride bırakmış ve halen devam eden bu hasta kanser tanısını başka yolla öğrendiğinde hiçbir şey olmamışçasına tedavisini, aile ve hasta-hekim ilişkilerini devam ettirebilir miydi?

Dördüncü Vaka

Bir anne, oğul PET sonucuyla kliniğe başvurdu. Hasta 45 yaşında bir erkekti, onun yerine eşiyile oğlu gelmişti. Hekimin söyleyeceklerine hastanın inanmayacağı düşünüldüğünden ses kaydı almak için ricada bulunmuşlardı. Ancak bunun yerine hastanın aranması ve sonucun hekim tarafından iletilmesi kararna varıldı.

Hasta önceki randevusuna eşiyile gelmiş ancak kendisine ön tanı söylenmeden tetkikler istenmişti. Şimdi eşi ve oğlu bu tetkiklerin sonucu için gelmişti. Endişeliydiler. PET raporuna göre maligniteyle uyumlu olabilecek akciğerde bir odak mevcuttu. Öncelikle hekim hasta yakınlarına sitem etti; daha önceki gelişlerinde bir türlü hastadan uzaklaşmadıkları ve özel olarak konuşmak istemedikleri için. Hastanın malignite ihtimaline olası tepkisini sordu.

Hekimin önerisiyle hasta arandı. Hoparlördeki hastaya hekim tarafından “ciğerinde PETte bir şey gördük biyopsi yapıp tam ne olduğunu anlayacağız” şeklinde bilgi verildi. Biyopsi açıklanırken ve konuşmada malignite ifadesi geçmemişken hasta biyopsiyi reddetti. Hekim başka seçenekler veya süreç hakkında hastayı bilgilendirmedi. Telefon kapandıktan sonra bunlar hasta yakınlarıyla tartışıldı.

Hastanın biyopsiyi reddetme nedeni hekimiyle kuramamış oldukları olumlu ilişki olabilir miydi?

Bu hastanın biyopsi ret kararı ne kadar aydınlatılmıştı?

Hastaya diğer seçeneklerin sunulmaması, hasta olmadan onun adına poliklinik görüşmesi yapılması etik açıdan uygun muydu?

TARTIŞMA

Tartışmaya bir dizi öznel ifade ile giriş yapmak uygun olacaktır. Sorulabilecek birçok soruya rağmen bu vakalarda neden bu kararlar alındı, etik açıdan hangi temellere oturtuldu ya da bir temele oturtuldu mu, bilemiyorum. Teorik etik eğitimi sırasında vaka örnekleri tartışsak da klinik eğitimimizde bu tartışmaları yapma şansı bulamamaktayız. Kimi kliniklerde sadece klinik yoğunluğu bu gibi tartışmalara zaman ayırmaya engel olurken kimilerinde sorgulamaktan duyduğumuz korku, nasıl soracağımızı bilememek bunun nedeni. Eğitim aldığımız fakültelerde sormanın kıymeti anlatılırken her sorumuzda yanlış bir şey söyleme endişesiyle donatılıyor zaman içinde etik eğitiminin en önemli unsurlarından soru sorma becerisini kaybediyoruz.

Dwyer susmanın sistematik olarak nasıl öğretildiğine dikkat çekmektedir. Verdiği bir örnekle bir öğrencinin “çeneni kapalı tut” mottosunu nasıl ikinci kişiliği haline getirdiğini anlatır (11). Schwappach ve arkadaşları tıp öğrencilerinde hasta güvenliği söz konusu olduğunda bile sessiz kalma davranışının devam ettiğini gösteren bir çalışmada sessiz kalma nedenlerini kategorize etmiş; belirsiz risk, olumsuz tepki korkusu, hastanın varlığı, nasıl söyleyeceğini bilememe, efektif olmayacağı inancı ve öngörülemez tepki başlıklarına ulaşmıştır (12). Yapılan farklı çalışmalar sağlık çalışanlarının da meslek hayatlarında sessiz kalma davranışını tercih edebildiğini ortaya koymuş ve neden olan faktörleri benzer bulmuştur (13).

Tıp öğrencileri kliniklerde çoğunlukla gözlemcidir. Klinikte bir etik sorunla karşılaştıklarında eylemlerin dayandırıldığı ilkeler kendilerine açıklanmamakta ve daha önce bahsedilen nedenlerle sorgulamak mümkün olmamaktadır. Ayrıca öğrencilerin gözlemleri çoğunlukla uzun bir sürecin sadece bir anını içerdiğinden sürecin tamamıyla ilgili net bilgi vermemektedir. Amerikan Tıp Fakülteleri Birliği (Association of American Medical Colleges, AAMC) Yönetim Kurulu üyesi Marie Walters, “Öğrenciler bazı onay süreçlerine tanık olsalar da hastalar gözlemlediğimiz ameliyatlara için onay verdiğinde genellikle etrafta değiliz” diyerek hasta hekim ilişkisinin yalnızca bir anını gözlemlediğimizi belirtmektedir (14). Yukarıdaki sebepler klinik etik eğitimini verimsizleştirmektedir.

Tıp etiği eğitimlerinde dört temel ilkedenden-prensipten bahsedilmektedir: yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerkliliktir. Bu dört prensip etik karar verme süreçlerinin temel parçasıdır. Yararlılık, hastanın yararına hareket etme; zarar vermeme, hastanın zararına neden olmama ve acı çektirmeme; adalet, kaynakların adil dağıtımı; özerklik, kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı olarak tanımlanabilir (15).

Özerklik ilkesi, hekimin hastayla bedeni üzerindeki işlemlerle ilgili karar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi açıklamaması zorunlu kılar. Ayrıca aydınlatılmış onamı, gerçeği söylemeyi ve gizliliği destekler (15). Dolayısıyla kötü haberin hastayla paylaşılması da özerklik ilkesinin bir parçasıdır.

Kötü haberin paylaşılması üzerine çalışmalar hekimlerin bu konuda tereddüt edebildiğini göstermektedir. Avrupa genelinde gastroenterologlarla yapılan bir çalışmada bazı hekimlerin hastalık varlığını gizlemeyi ancak hastalığı farklı adlandırmayı; bazılarının ise tüm gerçeği hastaya açıklamayı uygun gördüğü belirlenmiştir. Aynı çalışmada hasta yakınına bilgi verilmesi konusunda da farklı uygulamalar olduğu ortaya konmuştur (16). Yunanistan’daki bir çalışmada kötü haberin paylaşılmasını etkileyen faktörler hastanın karakteri, olası tepkisi, okuryazarlık seviyesi, yaşı, cinsiyeti, ailevi durumu, kültürel durumu, hasta yakınının istekleri, doktorun etik prensipleri ve prognoz olarak belirlenmiştir (17). Türkiye’den bir çalışmada kanser tanısı hakkında asla gerçeği söylememeyi tercih eden, nadiren, genellikle ve her zaman gerçeği söylemeyi tercih eden hekimlerin oranları sırasıyla % 9, % 39, % 45 ve % 7 olarak tespit edilmiştir. Bu kararı etkileyen faktörler hasta yakınının isteği, alınan tıp eğitimi ve klinik deneyimleriyle hekimin uzmanlık alanı olarak belirlenmiştir (18).

Hastaların istekleri genellikle tanı ve prognoz hakkında tam olarak bilgilendirilme yönündedir. Türkiye’de kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların % 92,3’ünün doktor tarafından tanının söylenmesi gerektiğini düşündüğü ve % 78,8’inin tedavisi hakkındaki kararlara katılmayı istediği ortaya konmuştur (19).

Hastaların tıbbi bilgileri hakkındaki gerçeği bilme hakkı kadar bilmeme hakkı da mevcuttur. Bu bağlamda hastalar dilerse tedavi bilgilerinin kendileriyle paylaşılmamasını, başkasıyla paylaşılmasını isteyebilir. Yapılan çalışmalar hastaların değişen özelliklerinin (yaş, cinsiyet, kültür) bilmeme isteklerini artırabildiğini göstermektedir ancak temelde literatür gerçeğin söylenmesi veya söylenmemesinde kararın hastanın tercihine bırakılmasını savunur. Oysa hastanın tanısını bilmek istememe yönündeki kesin dileğine rağmen tıp öğrencilerinin % 11,7’si taniyi, % 7’si prognozu hastayla paylaşmayı tercih edeceklerini belirtmiştir (20).

Kötü haberin paylaşılmasıyla ilgili farklı yaklaşımların nedeni etik ilkelerin çatışmasına bağlanabilmektedir. Özerkliğe saygı ilkesi doğrultusunda hastanın durumunu bilme hakkı kötü haberin söylenilmesini gerekli kılar. Ancak hastanın bilgilendirilmek istemediği durumlarda özerklik hastadan gerçeğin gizlenmesini haklı çıkarabilir. Kötü haberin paylaşılmasında tartışma nedeni olan diğer nokta hastanın zarar görme ihtimalidir. Kötü haber karşısında bireylerin verebileceği farklı yanıtların bireyin ruh sağlığına, tedavi uyumuna zarar verirken suistimale açık hale gelmelerine neden olması burada bahsedilen zararlardandır.

Yapılan çalışmalarda tanı ve prognozla ilgili hekimleri tarafından bilgilendirilen ve hekimleriyle olumlu ilişki geliştiren hastaların tedavi arayışları ve tedavi uyumları daha iyi bulunmuştur. Bilinmeyen hakkında endişelenmek daha yıpratıcı olduğundan korku ve stresin gerçeğin söylenmesiyle azalacağı ve gerçeğin planlanmamış şekilde ortaya çıkmasıyla oluşan zarara oranla hekimin planlı şekilde hastaya tanı ve prognoz

hakkında bilgi vermesinin daha az zarara neden olabileceği söylenebilir (21,22).

Tüm bu araştırmalar ışığında vakaları tekrar incelersek birinci vakada hastanın tanıyı öğrenme ve süreçle ilgili bilgi alma isteği mevcuttu. Bu durumda hekimin tutumu etik açıdan savunulabilir değildir. Hastanın ilk görüşmede tanıyla ilgili ayrıntılara boğulmaması gerekse de anlayacağı kadarıyla hasta bilgilendirilebilirdi. Hastayla uygun ilişki kurulabilmesi için bu bilgilendirme gereklidir (23).

Hastanın tanıyı öğrenme talebinin olmaması ikinci vakada tanının gizlenmesi için bir sebep olarak sunulamazken hastanın bilişsel durumu ve iletişim kurulamaması nedeniyle bu hastayla poliklinik ortamında tıbbi bilgilerinin paylaşılabilmesi doğal karşılanabilir. Ancak uygun bir ortama rağmen hastayla iletişim kurulamaması, hastanın bilmeme hakkını kullanması veya bilişsel fonksiyonlarında bir sorun gözlemlenmesi hastaya tanısının kesin olarak söylenmemesini ve hasta yakınlarıyla bilgi paylaşılmasını haklı çıkaracaktır (23).

Birinci ve ikinci vakanın aynı şekilde yönetildikleri göze çarpmaktadır. Ancak hastalık yoktur hasta vardır yaklaşımı etik olgular için de geçerlidir. Dolayısıyla burada ortak nokta kötü haberin verilmesi olsa da olguların farklı şekillerde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Hasta- hekim ilişkisi zamanla değişikliğe uğramıştır. Günümüzde bu ilişki güven üzerine kurulu bir partnerliğe benzetilebilir (24). Ancak üçüncü vakada hasta yakınının ikazına hekimin uyması hasta için ve hastanın yanında mücadele eden hekim kimliğine uymamaktadır. Hekimin hastayla değil hasta yakınıyla ilişki içerisine girdiği görülmektedir. Oysa hekim temelde hastasına karşı sorumludur. Hastayı çevresinden ayrı olarak ele alamayacağımız gibi çevredeki tüm faktörleri gözetip hastayı gözetmemek de hekimin sorumluluğunun ihmaliidir.

Hastanın medikal bilgilerinin başkalarıyla paylaşılabilmesi hastanın rızasıyla mümkündür. Hastalar bazı durumlarda bilginin sadece yakınlarıyla paylaşılması talebinde bulunabilir. Ancak bu gibi taleplerin en azından sözlü olarak uygun şartlar altında iletilmesi önemlidir. Son vakada hastanın randevuya gelmemesi bilmeme hakkını kullanması ve yakınlarının başvurması onların bilgilendirilmesini kabul ettiği şeklinde yorumlanabilir (25). Ancak bunun açık bir rıza göstergesi olmadığı unutulmamalıdır. Ayrıca hastayla telefonda yapılan görüşme kötü haberin veya herhangi bir medikal bilginin paylaşılması için uygun şartları sağlamamaktadır.

Aydınlatılmış onamdaki gibi bir medikal işlemin reddinin de aydınlatılmış olması gerekmektedir (26). Temel olan aydınlatılmış, iletişime dayalı bir karar sürecidir. Ancak dördüncü vakada hastanın reddi aydınlatılmış ret değildir. Ayrıca hastanın gelecek süreçle ilgili bilgilendirilmesi yapılmamıştır.

SONUÇ

Tıp eğitimi tıp etiği eğitimini de kapsar. Tıp eğitiminin kalitesinden yalnızca öğretim elemanları değil tüm hekimler, bir bütün olarak meslek, tıp fakülteleri, eğitim kurumları ve hükümetler sorumludur (2). Dolayısıyla etik eğitiminden de yalnızca üniversitelerdeki öğretim üyeleri sorumlu olmadığı gibi bu sorumluluk yalnızca teorik eğitimle sınırlı da değildir.

Tıp eğitiminin kalitesinden sorumlu her bireyin bu bilinçle hareket etmesi, özellikle öğrencilerle iletişim kuran hekimlerin etik problemleri çözerken bu problemleri açıklamaları ve hekim adaylarının etik olguları daha iyi anlamalarını sağlaması, en önemlisi etik ilkelere uygun hareket etmesi gerekmektedir.

Hekim adaylarının klinikte bulunma amaçları eğitim olduğundan tıbbi uygulamalar gibi etik uygulamaların da şeffaflık ve özenle açıklanması gerekmektedir. Rol modellerin tıp eğitiminde ve etik öğrenmedeki önemi göz önünde tutularak hekimler olumlu rol modeller olma yolunda kendilerini geliştirmelidir. Klinikte karşılaşılan etik sorunlar yalnızca etik uzmanları tarafından değil klinik hekimlerce de öğrencilerle tartışılmalı böylece karşılaşılan olası etik sorunlarda öğrencilerin nasıl sessiz kalmayacağı uygulamalı olarak öğretilmelidir.

TEŞEKKÜR

Bu yazının bir kafa karışıklığından fazlasına dönüşmesinde ve somutlaşmasındaki tüm desteği, eşsiz yardımları ve akıl hocalığı için sayın Doç. Dr. Aslıhan Akpınar'a teşekkür ediyorum.

KAYNAKLAR

1. Aslan D, Odabaşı O. Tıp Eğitiminde "Mentorluk" ve "Rol Modelliği" Kavramları. TED 2013; 38 (38): 43-49.
2. WMA-The World Medical Association. WMA Statement on medical education [Internet]. WMA-the World Medical Association; 2020 [Erişim Tarihi: 20.08.2020] Erişim adresi: (<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-education/>).
3. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. Academic Medicine 1994; 69 (8): 670-679.
4. White CB, Kumagai AK, Ross PT, et al. A qualitative exploration of how the conflict between the formal and informal curriculum influences student values and behaviors. Academic Medicine 2009; 84 (5): 597-603.
5. Sokol DK. William Osler and the jubjub of ethics; or how to teach medical ethics in the 21st century. Journal of the Royal Society of Medicine 2007; 100: 544-546.
6. Kavas MV, Işıl Ülman Y, Demir F et al. The state of ethics education at medical schools in Turkey: Taking stock and looking forward. BMC Medical Education 2020; 20 (1): 1-15.
7. Souza AD, Vaswani V. Diversity in approach to teaching and assessing ethics education for medical undergraduates: A scoping review. Annals of Medicine and Surgery 2020; 56: 178-185.
8. Lehmann LS, Sulmasy LS, Desai S. Hidden curricula, ethics, and professionalism: Optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: A position paper of the American college of physicians. Annals of Internal Medicine 2018; 168 (7): 506-508.
9. Bickel J. Medical students' professional ethics: Defining the problems and developing resources. Academic Medicine 1991; 66 (12): 726-729.
10. Yıldız Ayyaz M, Karadağ ÖE, Gür G, ve ark. Sağlık Alanında Eğitim Gören Öğrencilerin Etik Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2024; 32 (5): 350-355.
11. Dwyer J. Primum non tacere: An ethics of speaking up. The Hastings Center Report 1994; 24 (1): 13-18.
12. Schwappach D, Sendlhofer G, Kamolz LP, et al. Speaking up culture of medical students within an academic teaching hospital: Need of faculty working in patient safety. PLoS ONE 2019; 14 (9).
13. Okuyama A, Wagner C, Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: A literature review. BMC Health Services Research 2014; 14: 61-68.
14. Weiner S. What informed consent really means [internet]. AAMC-Association Of American Medical Colleges; 2019 [Erişim tarihi: 24.01.2019]. Erişim adresi: (<https://www.aamc.org/news/what-informed-consent-really-means>).
15. Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. Medical Principles and Practice 2021; 30: 17-28.
16. Thomsen OO, Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? The Lancet 1993; 341: 473-476.
17. Mystakidou K, Liossi C, Vlachos L, et al. Disclosure of diagnostic information to cancer patients in Greece. Palliative Medicine 1996; 10 (3): 195-200.
18. Ozdogan M, Samur M, Artac M, et al. Factors related to truth-telling practice of physicians treating patients with cancer in Turkey. Journal of Palliative Medicine 2006; 9 (5): 1114-1119.
19. Erer S, Atici E, Erdemir AD. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. Journal of Medical Ethics 2008; 34 (5): 384-388.
20. Elger BS, Harding TW. Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? Future doctors and lawyers differ. Journal of Medical Ethics 2002; 28 (4): 258-265.
21. Shahidi J. Not telling the truth: Circumstances leading to concealment of diagnosis and prognosis from cancer patients. European Journal of Cancer Care 2010; 19: 589-593
22. Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: A review of the literature. Nursing Ethics 2004; 11 (5): 500-513.
23. Zolkefli Y. The ethics of truth-telling in health-care settings. Malaysian Journal of Medical Sciences 2018; 25 (3): 135-139.
24. Harbissettar V, Krishna K, Srinivasa P, et al. The enigma of doctor-patient relationship. Indian Journal of Psychiatry 2019; 61 (4): 776-781.
25. Davies B. The right not to know and the obligation to know. Journal of medical ethics. 2020; 46 (5): 300-303.
26. Peterson K. Informed refusal: A patient's right? Nursing 2022; 52 (9): 15-20.