

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER
ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rauf ALTUN

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

NİSAN 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER
ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rauf ALTUN

1103810065

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Eşref Savaş BAŞCI

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 1103810065 Numaralı Yüksek Lisans/Doktora öğrencisi Rauf ALTUN, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı “SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: AMASYA ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ” başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

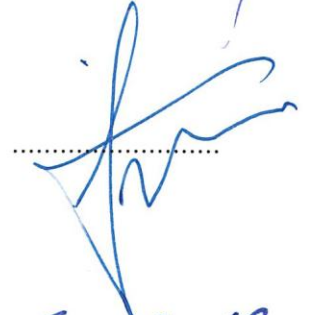
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Eşref Savaş BAŞCI
Hitit Üniversitesi



Jüri Üyeleri : Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



: Yrd. Doç. Dr. İlker SAKINÇ
Hitit Üniversitesi



: Yrd. Doç. Dr. Eşref Savaş BAŞCI
Hitit Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi: 02 Nisan 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak sunduğum ‘‘SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: AMASYA ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ’’ adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.



25.03.2015

Rauf ALTUN

ÖNSÖZ

Bu uzun, heyecanlı bir o kadar da zorlu çalışma sürecinde, bilgisi, tecrübesi ve anlayışıyla benden emeğini ve desteğini esirgemeyen, çalışmamda evren ve örneklemimin belirlenmesi dahil yol gösteren ve izlenecek yolun tespiti ilgili veri toplama araçlarının hazırlanması ve değerlendirilmesi sürecinde bana sürekli destek ve rehber olan kıymetli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Eşref Savaş BAŞCI Beye, anlayışlarından ötürü kıymetli eşleri hanımefendi ve biricik yavruları Ege'ye;

Bu çalışmam süresinde sonsuz desteğini esirgemeyen değerli Gazi Üniversitesi Yabancı Diller Yüksek Okulu Öğretim Görevlisi Mustafa KAÇAR Beye;

Çalışmam esnasında değerli deneyimleri ile rehberlik eden Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurum Başkan Yardımcısı Dr. Alev YÜCEL, Dr. Halil EKİNCİ ve Sağlık Uzman Yardımcısı Hakan SARAÇ ve Mustafa KAYA'ya;

Veri toplama sürecine içtenlikle katılan ve anketleri zaman ayırarak eksiksiz dolduran değerli Hemşirelere, değerli katkılarından dolayı Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Opr. Dr. Mustafa ERDOĞAN ve ekibine;

Yaşamımın her döneminde ellerinde olan maddi ve manevi tüm imkanları fazlaca seferber eden biricik annem ve kıymetli babama ve çalışmam süresince, benden desteğini ve anlayışını hiç esirgemeyen, biricik eşime ve bu süreçte çokça ihmal ettiğim biricik kızım Elif Nesibe'me sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şubat 2015

Rauf ALTUN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMALAR	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiv
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	10
1. KAVRAMSAL ÇERÇEVEYE GENEL BAKIŞ	10
1.1 Temel Kavramlar	10
1.1.1 Hak Kavramı ve Gelişimi	10
1.1.2 İnsan Hakları Kavramı	12
1.1.3 İnsan Haklarının Tarihi Gelişimi	13
1.1.4 Yaşama ve Sağlık Hakkı	16
1.2 Hasta Haklarının Tanımı ve Gelişimi	21
1.2.1 Hasta Hakları Kavramının Tanımı	22
1.2.2 Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	23
1.2.3 Çeşitli Ülkelerde Hasta Haklarının Gelişimi	27
1.2.3 Uluslararası Hasta Hakları Bildirgeleri	52
1.2.3.1 Birleşmiş milletler insan hakları evrensel beyannamesi	52
1.2.3.2 Lizbon hasta hakları bildirgesi 1981 (Dünya Tabipler Birliği)	53
1.2.3.3 Avrupa hasta hakları bildirgesi (1994 Amsterdam)	54
1.2.3.4 Bali hasta hakları bildirgesi 1995 (Dünya Tabipler Birliği)	59
1.2.3.5 Hasta haklarına ilişkin Avrupa statüsü (ana sözleşme)	62
İKİNCİ BÖLÜM	64
2. TÜRKİYE'DEKİ GELİŞİMİ AÇISINDAN HASTA HAKLARI KAVRAMI	64
2.1 Türkiye'de Hasta Haklarının Gelişimi, Başlıca Yasa ve Yönetmelikler	64
2.2 Hasta Hakları Uygulama Genelgesi (2009/21)	68
2.3 Hasta Hakları Yönetmeliği Çerçevesinde Hasta Hakları	70
2.3.1 Bilgilendirilme Hakkı	70
2.3.2 Aydınlatılmış Onam Hakkı	75
2.3.3 Hastanın Özel Yaşamına Saygı (Mahremiyet) Hakkı	82
2.3.3.1 Hastanın özel yaşamına saygı hakkı	82
2.3.3.2 Hasta sırrının korunması	83

2.3.3.3 Hastanın beden mahremiyeti.....	85
2.3.4 Başvuru ve Şikayet Hakkı	86
2.3.5 Sağlık Personelini ve Sağlık Birimini Seçme Hakkı	87
2.3.6 Moral ve Manevi Destek Alma Hakkı.....	91
2.4 Türkiye’de Hasta Hakları Alanında Çalışan Dernekler	93
2.5 Türkiye 2012-2013 Sağlık İstatistikleri Ve Hasta Hakları 2013 Verilerinin Değerlendirilmesi	94
2.6 Türkiye’de Hasta Hakları İle İlgili Yapılan Çalışmalara Genel Bir Bakış.....	95
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	106
3. AMASYA ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ’NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE İLİŞKİN UYGULAMA	106
3.1 Gerekçe ve Yöntem.....	106
3.1.1 Amaç ve Gerekçe.....	106
3.1.2 Varsayımlar ve Kısıtlar.....	106
3.1.3 Yöntem	107
3.1.4 Veri Toplama Yöntemi	119
3.1.5 Araştırmanın Hipotezleri	122
3.1.6 Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği	123
3.2 Bulgular ve Yorumlar	125
3.2.1 Demografik Yapının Analizi	125
3.2.2 Eğitim ve Çalışma Ortamının Analizi	127
3.2.3 Hasta Hakları İle İlgili Ölçeklerin Analizi.....	133
3.2.4 Tutum Ölçeklerinin Sınıflandırılması ve Analizi	148
3.3 Bulgular.....	156
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	189
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	189
KAYNAKÇA	197
EKLER.....	205
Ek-A: Araştırma Anketi	206
Ek-B: Araştırma İzin Yazısı.....	210
ÖZGEÇMİŞ.....	211

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1	: Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif görev yapmakta olan hemşirelerin servislere göre dağılımı.	119
Tablo 3.2	: $\alpha= 0.05$ için örneklem büyüklükleri.....	121
Tablo 3.3	: Anketin tutum ölçeklerine uygulanan alfa değerleri tablosu.....	124
Tablo 3.4	: Cinsiyete göre dağılım.....	125
Tablo 3.5	: Yaş gruplarına göre dağılım.....	125
Tablo 3.6	: Medeni durumlarına göre dağılım.....	126
Tablo 3.7	: Eğitim durumlarına göre dağılım.....	126
Tablo 3.8	: Hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı.....	127
Tablo 3.9	: Hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre dağılımı.....	127
Tablo 3.10	: Hemşirelerin hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	128
Tablo 3.11	: Hemşirelerin ortaöğrenim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	128
Tablo 3.12	: Hemşirelerin yükseköğrenim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	128
Tablo 3.13	: Hemşirelerin şu anki kurumun bünyesinde düzenlenen hizmet içi eğitim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	129
Tablo 3.14	: Hemşirelerin şu anki kurumu bünyesi dışında düzenlenen hizmet içi eğitim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	129
Tablo 3.15	: Hemşirelerin şu anki kurumu bünyesinde düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı ile hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	130
Tablo 3.16	: Hemşirelerin şu anki kurumu bünyesi dışında düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı ile hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	130
Tablo 3.17	: S5, S6 ve S7'ye ait çapraz tablo.....	131
Tablo 3.18	: S4 ve S7'ye ait çapraz tablo.....	132
Tablo 3.19	: Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.....	133
Tablo 3.20	: Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.....	133
Tablo 3.21	: Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.....	134
Tablo 3.22	: Hasta hakları yükselen bir değerdir.....	134
Tablo 3.23	: Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.....	135
Tablo 3.24	: Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.....	135

Tablo 3.25	: Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.....	136
Tablo 3.26	: Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.....	136
Tablo 3.27	: Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.....	137
Tablo 3.28	: Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.....	137
Tablo 3.29	: Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.....	138
Tablo 3.30	: Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.....	138
Tablo 3.31	: Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.....	139
Tablo 3.32	: Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.....	139
Tablo 3.33	: Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir.....	140
Tablo 3.34	: Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.....	140
Tablo 3.35	: Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.....	141
Tablo 3.36	: Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.....	141
Tablo 3.37	: Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.....	142
Tablo 3.38	: Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.....	142
Tablo 3.39	: Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.....	143
Tablo 3.40	: Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.....	143
Tablo 3.41	: Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.....	144
Tablo 3.42	: Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir.....	144
Tablo 3.43	: Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.....	145
Tablo 3.44	: Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir.....	145
Tablo 3.45	: Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.....	146
Tablo 3.46	: Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir.....	146
Tablo 3.47	: Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.....	147

Tablo 3.48	: Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır.....	147
Tablo 3.49	: Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.	149
Tablo 3.50	: Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.	151
Tablo 3.51	: Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.	153
Tablo 3.52	: Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.	155
Tablo 3.53	: Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına katılımı ile ilgili cevapların normallik sınaması.	157
Tablo 3.54	: Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları ile ilgili cevapların normallik sınaması.	158
Tablo 3.55	: Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilgili cevapların normallik sınaması.	159
Tablo 3.56	: Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilgili cevapların normallik sınaması.	160
Tablo 3.57	: Cinsiyete göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	161
Tablo 3.58	: Yaşa göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	162
Tablo 3.59	: Medeni duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	163
Tablo 3.60	: Eğitim durumuna göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	164
Tablo 3.61	: Toplam hizmet yılına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	165
Tablo 3.62	: Kurumda çalışma yılına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	166
Tablo 3.63	: Bu güne kadar hasta hakları eğitimi alıp almamasına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.	167
Tablo 3.64	: Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları ile ilişkili soruların parametrik olmayan test sonuçları.	170
Tablo 3.65	: Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilişkili soruların parametrik olmayan test sonuçları.	175
Tablo 3.66	: Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilişkili soruların parametrik olmayan test sonuçları.	181
Tablo 3.67	: Hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının scheffe testi sonuçları.	185
Tablo 3.68	: Hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının scheffe testi sonuçları-2.	187

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1 : Hasta haklarının insan haklarındaki yeri 15



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
a.g.e.	: Adı geçen eser
Bknz.	: Bakınız
BM	: Birleşmiş Milletler
DTB	: Dünya Tabipler Birliği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organisation)
HAYAD	: Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
TCK	: Türk Ceza Kanunu
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TTB	: Türk Tabipler Birliği
Vb.	: Ve benzeri
yy	: Yüzüncü yıl

ÖZET

SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE YÖNELİK BİR UYGULAMA: AMASYA ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

ALTUN, Rauf

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Eşref Savaş BAŞCI

Ocak 2015, 229 sayfa

Bu çalışmada, sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan hasta hakları konusunda, 2. basamak yataklı tedavi kurumlarında hizmet sunan Hemşirelerin bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın evrenini, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde anketlerin uygulandığı tarih aralığında hastane yönetimince bildirilen ve aktif çalışmakta olan 254 Hemşire oluşturmaktadır. Bunlardan çeşitli nedenlerden ötürü ancak 246 tanesine anket uygulanarak değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırma verileri, toplam 38 sorudan oluşan ve Hemşirelerin demografik ve çalışma bilgileri, konu ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarını ölçmek için oluşturulmuş anket aracılığı ile toplanmıştır. Elde edilen bulgular SPSS (Statistical Package for Social Sciences version 20) istatistik programında çözümlenmiştir ve betimsel istatistikler kullanılarak yorumlanmıştır.

Elde edilen tutum ölçeklerine ve yapılan istatistiki analizlere göre, daha önce en az iki kez eğitim alan ile hiç eğitim almayanlar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık oluşmuştur. Ayrıca Hemşirelerin 3 ve daha fazla kez eğitim alanların, daha önce hiç eğitim almayanlara göre büyük ölçüde istatistiki açıdan farklılığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre gerekli eğitimlerin planlanması, sürdürülmesi ve

belli aralıklarda tekrarlanması hasta hakları ve memnuniyeti açısından son derece önemli olarak tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta, Hasta Hakları, Sağlık Personeli, Bilgi ve Tutum.



ABSTRACT

A PRACTICE FOR THE AWARENESS OF PATIENT RIGHTS ON THE NURSES SERVING AT TRAINING AND RESEARCH HOSPITALS AFFILIATED TO THE MINISTRY OF HEALTH: A CASE STUDY AT AMASYA UNIVERSITY SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

ALTUN, Rauf

Master, Department of Management

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Dr. Eşref Savaş BAŞCI

January 2015, 229 pages

In this study, it was aimed to assess the knowledge and attitudes of nurses serving at secondary-care inpatient centers on the patient rights which play a crucial role in the quality of health care and patient satisfaction.

The scope of the study consists of 254 nurses who were notified by the hospital administration and were all actively serving at Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital in the date ranges when the questionnaires were administered. Due to a number of reasons, 246 of them were evaluated.

The data used in the study were collected through a questionnaire which consisted of 38 items aiming to investigate the nurses' demographic and employment information as well as their attitudes and knowledge on the topic. SPSS (Statistical Package for Social Sciences version 20) was used to analyze the data and they were interpreted by using the descriptive statistics.

According to the attitude scales and the statistical analyses, there was a statistically significant difference between those who have done training at least twice before and the ones who have never done training. Furthermore, the study also

showed that there was a strong statistical difference between the nurses who have done training three or more than three times and the ones who have never done training before. Hence, this study reveals that planning and sustaining the necessary training, and doing it again at regular intervals are essential for patient rights and patient satisfaction.

Keywords: Patient, Patient Rights, Medical Staff, Knowledge And Attitude.



GİRİŞ

Hak kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmış olmasına rağmen hak kavramının çok yönlü bir kavram olması nedeni ile üzerinde mutabık kalınmış geniş kapsamlı, kapsayıcı ve kesin tek bir tanımı bulunmamaktadır.

Kavramsal zorluktan ötürü gelişen süreçte hak kavramını tanımlamaya yönelik farklı bir takım teoriler ortaya atılmıştır. Bu teorilerden biri olan İrade Teorisi'ne göre hak; "hukuk düzeni tarafından tanınan irade kudretidir" şeklinde tanımlanmıştır. Diğer bir teori olan Menfaat teorisine göre ise Hak, "hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanıyan bir menfaattir" şeklinde ifade edilmektedir. İki teoriyi içerisine alarak kapsayan karma teoriye göre ise Hak, "hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip bulunduğumuz çıkardır" şeklinde tanımlanır (Sert, 2004: 11-12).

Diğer bir tanımda ise "Hak" kişiye, hukuk düzeni tarafından sağlanmış olan yetki olarak tanımlanmaktadır (Erdemir & Elçioğlu, 2000, s. 32). Hak, insanı her türlü birey, kurum, toplum, devlet gibi güç sahibine karşı koruyan moral, etik ve yasal değerler/kurallar/ düzenlemelerin tümüdür şeklinde tanımlanabilir. Egemenliğin var olduğu tüm alanlarda yaşayanların korunmasına yani insan haklarına ihtiyaç vardır. Devlete ve örgütlenmesine karşı ferdi koruyan düzenlemelere ise insan hakları denir (Akdur, 1997: 43-49).

İnsan Hakları, hem Anayasa, hem Uluslararası Hukuk kavramıdır. İnsan Hakları deyimi geniş kapsamlıdır. Bir yönü ile insanların haklarının devlet organlarına karşı korunmasını ifade ederken, diğer yönüyle de çok boyutlu olan insan kişiliğinin geliştirilmesini içerir. İnsan deyimi ile kimi kez tüm insanlara tanınması gereken haklar anlatılmak istenir. Buna "Soyut Anlamda İnsan Hakları" da denir. Bu anlamda insan hakları "olani" değil "olması gerekeni" gösterir (Kibar, 2010, s. 23).

İnsan Hakları özünde, kişinin özgürlüğünü, onurunu ve saygınlığını garanti altına alan, dokunulamaz, hiçbir koşulda devredilemez ve vazgeçilemez nitelikte olan haklardır (Kurtcebe, 2009: 7).

Hasta hakları temel dayanağı olan İnsan Hakları ilk kez 1215 yılında “Magna Carta Libertatum” ile İngiltere’de, 18. yüzyıl sonlarında Amerikan Haklar Bildirgesi’yle Amerika’da ve 1789 Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Evrensel Bildirgesi’yle Fransa’da kök salmış ve gelişme imkanı bulmuştur. Birleşmiş Milletlerin kurulması ve 1948 yılında “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin yayımlanmasıyla; bütün devletlerin, dinlerin, kültür biçimlerinin ötesinde insanla ilgili bir evrensellik düşüncesi temele alınmış ve herkesin özgür, onurlu, hakları bakımından eşit oldukları belirtilmiştir. Bildirge ayrıca, sağlıklı doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkı olarak değerlendirerek, sağlıklı yaşamın temel olmadığı, sağlanamadığı hiçbir durumda insan haklarından bahsedilemeyeceğine hükmetmiştir (Sert, 2004: 11-12).

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi; tüm insanların sadece insan olmalarından kaynaklı özgür, onurlu, eşit haklara sahip şekilde doğdukları savunmaktadır. Bununla birlikte bildirge insanların ırk, renk, cins, dil, din, inanç, ulus ya da toplum kökeni ve maddi olanakları yüzünden ayrıcalık sahibi olmadığını, tüm insanların eşit ve birbirlerine denk olduğunu ifade etmektedir.

İnsan hakları kavramı ile alakalı başkaca önem arz eden gelişim ise 1975’de imzalanmış olan “Helsinki Sonuç Belgesi” olmuştur. Helsinki Sonuç Belgesi’nin 7. maddesi insan hakları ile ilgili bölümdür. 7. madde içeriğinde insan hakları ve temel özgürlükler ile ilgili düzenlemeler yer almıştır (Akdur, 1997: 43-49).

İnsan hakları konusu tarih süreci içerisinde temel üç aşamadan geçmiş ve bu hali ile günümüze ulaşmıştır. Kapsam olarak bireye yönelik hakları içeren Birinci Kuşak insan hakları içerisinde eşitlik, özgürlük, kişi güvenliği, siyasal haklar gibi hakları barındırmaktadır. Bin dokuz yüz elliler sonralarına doğru kitle hareketlerinin farklı yansımaları sonucu insan hakları önce anayasa ve yasalarda, daha sonraları ise uluslararası belgelerde yerini almıştır. İkinci Kuşak olarak ifade edebileceğimiz haklardan bazıları ekonomik, sosyal ve kültürel nitelikte şekillenmişlerdir ve sosyal güvenlik, sendika, grev, sağlık, eğitim gibi hakları kapsamaktadırlar. Üçüncü Kuşak ta yer alan insan hakları ise yirminci yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkmış ve geri kalmış, yeterince kalkınmamış olan üçüncü dünya ülkeleri insanların isteklerini kapsayan yeni bir hak halkasıdır. Üçüncü Kuşak haklar içerisinde Ulusların siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel geleceklerini belirlemeyi bilme hakkı, sosyal gelişme, kalkınma ve hasta hakları bu haklar içerisinde yer alırlar (Erdemir & Elçioğlu, 2000: 36-91).

Hasta kavramı; her hangi bir sağlık kuruluğu tarafından topluma sunulan sağlık hizmetleri hakkında bilgisi olan ve bu hizmetlere erişim imkanı bulunan veya daha önce sunulan bu sağlık hizmetlerden yararlanmış insanların tümü olarak tanımlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını ise; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır (Fişek, 1997, Kitaplaşmamış Yazıları-1).

Sağlık hakkı yaşam süresinin kaliteli ve uyum içerisinde sürdürülebilmesi için önem arz etmektedir. Yaşayanların sağlıklarının korunamadığı, yaşam sürecini sağlıklı sürdürebilmeleri için gerekli tedbirlerin alınmadığı, sağlıklı yaşam için gereken temel hizmetlerin sunulamadığı bir ortamda yaşama hakkından söz edilemez. Yaşama hakkını dillendirebilmek için sağlıklı olan bireylerin sağlıklarının devamlılığı için gerekli tedbirlerin alınmış olması ve fertlerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürüyor olmaları gereklidir. Sağlık hakkı bu özellikleri ile yaşama hakkına bağlıdır ve yaşama hakkını destekleyen temel haklardandır.

Sağlık hizmeti; bireyin sağlıklılık halinde pek fark etmediği fakat yitirdiğinde geri edinebilmek adına her şeyini feda edebileceği, karşılanamadığı, gecikmeli veya kusurlu karşılandığı durumlarda ise olumsuz etkilerini diğer ihtiyaçlara göre çabucak belli eden, vazgeçilmez yaşamsal bir değerdir. İkamesi bulunmayan bu hizmetin sunumunda bireylerin hak ve beklentilerini karşılayacak şekilde; nitelikli, modern, eşit ve bireysel olarak sunulması gerekmektedir.

Sağlıklı yaşama hakkının bir alt öğesi ise hasta haklarıdır. Sağlık ihtiyacına, insanlar her koşulda gereksinim duyarlar. Bir genelleme yapılacak olursa insanlar sağlıklı bireyler iken sağlıklarını koruma yönünde tedbirler almazlar ve hastalandıklarında ya da sakatlandıklarında aksaklıkları giderme telaşına düşerler. Bu yaklaşımdan dolayı sağlıklı yaşama kavramı gündeme yeterince gelmemektedir ve fazlaca hasta haklarından söz edilir. Hasta hakları; özünde insan haklarının ve insani değerlerin sağlık alanındaki hizmetlere uygulanmasını belirtmektedir ve dayanağı ise insan haklarıyla ilgili uluslararası belgelerdir (Arslan, 2010, s. 3).

Hasta hakları genel çerçevede birey ile sağlık kuruluşları arasındaki ilişkileri düzenler. Kişinin sağlıklı kalma hakkına herhangi bir engel olmaksızın sahip olması, sağlık hizmetleri verilirken insan haklarının gözetilmesi ön planda tutulmalıdır. Hastalara uygulanan tıbbi tedavinin insani boyutunun desteklenmesi, hastanın sağlık

hizmetlerinden en üst seviyede yaralanabilmesi, sağlık hizmetlerinden yararlandığı sürede karşılaşılabileceği zorlukların giderilmesini ve hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin geliştirilmesi gibi tarafların uymakla zorunlu oldukları esas ve kuralları kapsar (Tengilimlioğlu, 2012: 462).

Hasta hakları, özünde ‘hastaya zarar vermeme’ fikri etrafında oluşmuş ve toplumların vatandaşlarını önemsedikleri ve onlara verdikleri değer oranında gelişme göstermiştir. Hasta haklarının temelde gün yüzüne çıkışı ‘hasta hakkı’ şeklinde değil; hastaya karşı hekimlerin ve sağlık hizmeti sunan personelinin uymaları gereken ‘görev’ şeklinde olmuş ve etik değerler içerisinde değerlendirilmiştir. Hasta hakları ile ilgili bilinen en eski uygulamalar öncelikle hastanın hayat hakkını ve vücut bütünlüğünü muhafaza etmeye odaklıdır. (Şahin, Nisan 2005, sizinti.com.tr/konular/ayrinti/hasta-haklari.html, 22.11.13, 20:47).

Hasta hakları kavramı; dünya toplumlarının gelişim sürecinde insan onurunu koruyacak bir takım haklar talep etmesi ile başlamıştır. Kendisinin egemen güçler, devlet ve diğer güçlere karşı korunması isteği neticesinde şekillenmiştir. İnsan hakları kavramının sağlık alanında uygulanmasını ise hasta hakları kavramı ifade eder. Hasta hakları kavramı, insan haklarıyla ilgili temel dokümanlar çerçevesinde hukuksal bir zemin bulmuş, tıbbi etik ilkeleri ile birlikte eski dönemlerden günümüze bazı yaptırımlarla güvence altına alınmıştır. Diğer birçok alanda olduğu gibi tıp etiğiyle ilgili olarak üzerinde fikir birliği sağlanamayan konuların oluşu ve birçok hukuksal dış etkenin kesin ve değişmez bir hasta hakları çerçevesi oluşturulması ve hakların sıralanamamasına neden olmuş olsa da, hasta haklarının kapsadığı alan ve içeriğiyle ilgili uluslararası düzeyde yoğun bir çalışma sürmektedir (Erdemir & Elçioğlu, 2000: 92).

Hasta hakları, sağlıklı yaşama hakkının bir parçasıdır. Sağlık ihtiyacı, hasta olduktan sonra başlamaz. Hasta olmayan kişilerde sağlığını korumak ve geliştirmek üzere sağlık hizmetlerine gereksinim duyarlar. Geçmişten günümüze, tıp alanındaki ilerlemeler, bireye uygulanan tıbbi desteğin sınırlarını ve sayısını arttırmış ve bu durum bir takım etik ve hukuksal sorunları beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede ortaya çıkan etik ve hukuksal sorunların aşılmasında; bireyin beden bütünlüğüne saygı gösterilmesi, onurunun korunması, bilgilendirilmesi ve her türlü tıbbi müdahale öncesinde onam alınması gibi temel hakların, sağlık hizmet sunumunda hasta ve hasta yakınlarına tanınması gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır (Özlü T. Hasta

Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005, s. 15,86).

Hasta olan insanların sağlık hizmetlerinden, insan onuruna yakışır uygun şartlarda ve yeterli düzeyde faydalanabilmelerinin zorunluluğu ve hasta haklarının toplumsal düzeyde ortaya çıkışı son elli yıllık zamanda gerçekleşmiştir. Bununla beraber insan neslinin varoluşundan beri hasta hakları olarak ifade edilmemiş olmasına rağmen birtakım haklara sahip oldukları bilinmektedir. Özellikle Mezopotamya bölgesinde Hammurabi yasalarında hekim sorumluluğu ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu metindeki ifadelerle göre hekimin bir hastasını öldürmesi veyahut tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde iki elinin kesileceği açık ve kesin bir şekilde karara bağlanmıştır. Eski Hindistan'da ise doktor kusurlarının tespitinin kurulacak bir heyetçe tespit edilmesi kararlaştırılmıştır. Mısır toplumunda da çeşitli düzenlemeler ile hekim ve hasta arasındaki ilişki şekillendirilmeye ve ilişkinin sınırları belirlenmeye çalışılmıştır. Roma hukuku ise tedavi maksatlı dahi olsa, hastaya zarar verilmemesine müsaade etmemiştir (Şahin, Nisan 2005, sızıntı.com.tr/konular/ayrinti/hasta-haklari.html, 22.11.13, 20:47).

Hasta hakları kavramı, binlerce yıl önce ortaya atılmış ve özünde hastayı merkeze alan bir yaklaşımdır. Hipokrat bu bağlamda hekimlik sanatının vicdani buyruklar doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getirilmesini istemiştir. Yine din, milliyet, ırk, siyasi eğilim veya toplumsal sınıf ayrımlarının, sağlık hizmetleri sunumunda hekim ve hasta arasına girmemesi gerektiğini ve insan hayatına saygı gösterilmesini benimseyerek, hasta haklarının en ilkel biçimde yazılı kurallara bağlanmasını sağlamıştır (Sütlaş, 2000: 51).

Hasta hakları ile ilgili dayanılan yazılı belge olma özelliğini taşıyan "Hipokrat Andı" dünya üzerinde çeşitli insan toplumlarınca hasta haklarının korunmasında öncelikli bir temel dayanak oluşturmuştur. Bu çerçevede Hipokrat Andında belirtilen hastaların ırk, din, dil ve cins gibi hiçbir ayrıma tabi tutulmadan tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması zorunluluğu tüm hekimlerce referans kabul edilmiştir. Dünya üzerinde tıp bilimindeki gelişimler ve toplumsal refah seviyesinin yükselmesi ile Hipokrat Andı içerisindeki değerler deontolojik kurallara dönüşmüş ve hekimlerin referans kabul ettikleri mesleki ahlak ilkelerine dönüşmüştür (Sütlaş, 2000: 63).

Hastalar, çok hızlıca gelişen tıp teknolojisi, giderek karmaşıklaşan sağlık hizmeti sunum modelleri ve ticari bir işletme olma yolunda hızla ilerleyen sağlık kurumları karşısında kendilerini zayıf ve korunaksız hissetmektedirler. Bu

düşüncelerden dolayı, insanın onurunun, beden mahremiyeti ve dokunulmazlığının korunmasına yönelik hasta vatandaşlara insanca muamele yapılması yönünde gayrete ihtiyaç duyulmuştur (Tengilimlioğlu, 2012: 461).

Hasta hakları kavramı, hastaların hakları yanında sağlık personelinin hak ve yükümlülüklerini de düzenlemektedir. Bu yönü ile hasta hakları kavramı, sağlık personeline karşı bir kavram olmamakla beraber çeşitli haklarda tanımlayan bir kavramdır. Hasta hakları kavramını dile getiren ve gelişimine en çok katkı sağlayanda hekimler ve sağlık çalışanlarıdır (Tengilimlioğlu, 2012: 461).

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların ABD’de başladığı kabul edilir. ABD’de hasta hakları hareketi diğer haklar kadar organize ve hızlı gelişmemiştir (Rider & Carole, 2002: 1-3).

Modern tıbbın merkezinin, özel hekim muayenehanelerinden hastanelere kayması ile birlikte hasta haklarından daha çok söz edilmeye başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yılların başında mahkeme kararlarında hasta hekim ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki türü olduğuna değinilir. Buna göre hasta devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş kişiden yardım talep eder. Hekimin bu talebi karşılamak üzere faaliyetlerde bulunması sırasında hekime bazı sorumluluklar yüklenir. Bu sorumlulukların içinde hekimin tıbbi müdahaleden önce hastayı girişilecek müdahale, bunun yarar ve sakıncaları konusunda aydınlatması da vardır. Hasta aydınlatma sonucunda müdahaleye onam verirse tıbbi müdahalenin gerçekleştirilebileceği ifade ediliyordu. Böylece önemli bir hasta hakkı olan bilgilendirilmiş onam hakkı, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki mahkeme kararları ile hasta ve hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir. Bundan sonraki süreçte “hastaların özerkliği” kavramı da gündeme gelecektir (Kaçar, 2008: 11).

Bu tartışma ve gelişim süreci içerisinde hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır. Geliştirilen standartlar arasında; hasta sevklerine sınırlamalar getirilmesi, hastane yönetiminde toplumun temsilcilerinin bulunması, tedavi sürecinde hastaların tam olarak aydınlatılmaları, hastaların her zaman eşit ve insancıl tedavi edilmeleri, mahremiyet hakkı, hastalarla ilgili bilgilerin gizliliği, aydınlatılmış onamın gerekliliği gibi konular öne çıkartılmıştır.

1972 yılında Amerikan Hastaneler Birliği tarafından Hasta Hakları Beyannameyi hazırlanmış, 1973 yılında ise ilan edilmiştir (Savaşkan, 2006: 5).

Avrupa’da 1975 yılı sonunda Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili bir öneriler taslağı hazırlamıştır (Tengilimlioğlu, 2012: 462).

Hasta hakları konusunda yayınlanan ilk temel metin 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan Lizbon Bildirgesidir. Lizbon Bildirgesi esas olarak uzun yıllardır bilinen ve uygulanmaya çalışan temel hekimlik kurallarını hasta hakları başlığı altında düzenlemekte, sorumluluğu esas olarak hekimlere bırakmaktadır. Bu nedenle de sağlık hizmetleri ile ilgili birçok ayrıntılı sorun bu bildirmede yer almamaktadır (Hatun, 1999: 21).

1994 yılında Amsterdam’da “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” kabul edilmiştir. Bu bildirmede de hasta hakları 6 ana başlıkta toplanarak ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (Tengilimlioğlu, 2012: 463).

1995 Endonezya Dünya Tabipler Birliği toplantısı sonucunda bu bildirme genişletilerek Bali Bildirgesi adıyla yayınlanmıştır (Tengilimlioğlu, 2012: 463). 2002’de Roma’da Hasta Hakları Avrupa Statüsü benimsenmiştir. Hasta haklarına ilişkin Avrupa Statüsü, Avrupa Birliği lkelerinin ulusal sağlık sistemleri arasında uyum sağlamasını öngörmektedir (Hatırnaz, 2007: 102).

Günümüzde hasta haklarını düzenleyen bildirmeler Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık rgt tarafından düzenlenmektedir. Bu yönde çalışmalar günün değişen koşullarına göre şekillendirilmektedir (Hatun, 1999: 21).

Düzenlenen uluslararası sözleşmeler taraf olan devletlere insan hakları alanında yeni yükümlülükler yüklerken, diğer taraftan da zorunlu yargı yetkisi ve bireyin uluslararası hukuktan doğan hakları olduğu dşncesi ile hakları ihlal edilen bireylere bireysel başvuru hakkını tanımaktadırlar. Gelineen noktada bireysel hak ve özgürlüklerin denetiminin sağlanması açısından daimi olarak görev yapacak Avrupa insan Hakları Mahkemesi kurulmuştur. Türkiye İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi’ni 18 Mayıs 1954 tarihinde onaylamış, bireysel başvuru hakkını ise 1987 tarihinde kabul etmiştir (Sert, 2004: 45).

Son eyrek yüzyıla girildiğinde, hasta haklarının uluslararası alanda etik düzenlemelerin dışında, hukuksal normlarla güvence altına alındığı görülmektedir. Hasta haklarının, hasta ve hasta yakınlarına bir hak olarak tanınarak, uygulamada talep edilir hale gelmesinde Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık rgt tarafından yayımlanan “Hasta Hakları Bildirmeleri”, ülkelerce temel referans olarak kabul görmüştür. Birçok lke, bu bildirmeler ışığında hasta hakları konusunda ulusal

mevzuatlarını hazırlayarak, yasalaştırma eğilimine girmişlerdir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yürürlüğe koyulan “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile hasta haklarının uygulanmasıyla ilgili gerekli yasal ve yapısal düzenlemelere işlerlik kazandırmıştır. Bakanlık ayrıca, 2003 tarihinde “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına ilişkin Yönerge” yayımlayarak, ilgili yönetmeliğinin uygulanmasını ve sağlık hizmet sunumunun daha insancıl şartlarda, hasta odaklı ve katılımcı olarak yürütülmesini amaçlamış ve bu amaç doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamalarını fiilen başlatmıştır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Yönerge gereğince, hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesini sağlamak üzere, Bakanlık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü, il Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Hasta Hakları il Koordinatörlükleri, il merkezlerindeki bütün devlet hastanelerinde ve 100 yatak üzere ilçe hastanelerinde Hasta Hakları Birimleri ve Kurulları oluşturularak, hastaların hak ihlaliyle karşılaşmaları durumunda yönetmelikte bahsedilen başvuru hakkını kullanmalarına imkan sağlanmıştır. Bakanlık 8 Mayıs 2014’de 28994 sayılı yaptığı düzenlemede de hasta hakları konusunda iyileştirmeler yapmaya devam etmiştir (S.B., Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 05.09.2014, 21:45).

Hastaların şartlarını iyileştirmek ve insana yakışır bir şekilde hizmet alabilmeleri adına yapılan bu düzenlemelerin ne kadarının sahaya yansıdığını gözlemleyebilmek ve yerinde tespit edebilmek için böyle bir araştırmaya yöneldim. Aralık 2013 itibariyle Türkiye’de aktif 149,012 Hemşire olduğu düşünüldüğünde; hastaya hizmet sunan bu en büyük grubu seçmiş oluşum bir tesadüf eseri değildir. (SB Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, 2014: 84).

Araştırmamın ilk bölümünde; kavramsal çerçeve içerisinde; hak kavramları ve gelişimi, insan hakları kavramı ve tarihsel gelişimi, yaşama hakkı, hasta haklarının tanımı, tarihsel gelişimi, çeşitli dünya ülkelerindeki seyri ve dünyada yayımlanan hasta hakları bildireleri gibi konu başlıkları incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, Türkiye’deki gelişimi açısından hasta hakları kavramı içerisinde; Türkiye’de hasta haklarının gelişimi, başlıca yasa ve yönetmelikler, hasta hakları uygulama genelgesi (2009/21), hasta hakları yönetmeliği

çerçevesinde hasta hakları, Türkiye de hasta hakları konusunda çalışan dernekler, Türkiye 2012-2013 sağlık istatistikleri ve hasta hakları 2013 verilerinin değerlendirilmesi ve Türkiye de hasta hakları ile ilgili yapılan çalışmalara genel bir bakış yapılmıştır.

Araştırmanın son bölümü olan üçüncü bölümde ise, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılacak alan araştırmasına yönelik genel bilgiler verilmiştir. Bu kapsamda, gerekçe ve yöntem bölümünde araştırmanın amaç ve gerekçesine, araştırmanın varsayımlarına, araştırmanın yöntemine, araştırmanın veri toplama yöntemi ve araştırmanın hipotezleri gibi konulara değinilmiştir. Araştırmamızın bulgular ve yorumlar kısmında ise; araştırmanın demografik yapısının analizine, eğitim ve çalışma ortamının analizine, araştırmanın hasta hakları ile ilgili ölçeklerinin analizine, araştırmada kullanılan tutum ölçeklerinin sınıflandırılmasına ve analizine ve araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği konularına değinilmiştir. Bulgular ortaya konmuş sonuç ve öneriler bu konudaki daha önce yapılmış araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılması yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVEYE GENEL BAKIŞ

1.1 Temel Kavramlar

1.1.1 Hak Kavramı ve Gelişimi

Hak kavramı ile ilgili birçok tanım yapılmış olmasına rağmen hak kavramının çok yönlü bir kavram olması nedeni ile üzerinde mutabık kalınmış geniş kapsamlı, kapsayıcı ve kesin tek bir tanımı bulunmamaktadır.

Kant'ın, "Hukukçular kendi hukuk mefhumlarına hala tarif aramaktadırlar" ifadesi, benzer şekilde hakkın tanımlanması için de geçerliliğini korumaktadır. Gerçekten de hukuku ve hukuksal terimleri tanımlamakta yaşanan zorluklar, hak kavramının da ne şekilde ve hangi içerikte tanımlanması gerektiği, hukuk tarihi boyunca hukuk felsefesinin ve medeni hukukun en temel sorunlarından olmuştur. Bu nedenledir ki birçok hukuki kavramı tanımlayabilmiş olan Alman Medeni Kanunu bile hak kavramının tanımını yapamamıştır (Gök, 2009: 1).

Hak, hukuk ve benzeri kavramların kesin tanımlarının yapılması ve bu tanımların yasa ve benzeri hukuksal metinlerde yer alışı doğru ve etkili bir yöntem değildir. Hukuki metinlerde hayat bulacak tanımlar, yönetimde olan egemenin yönetim ve özgürlük kavramlarına bakışını yansıtacağından, zamanla değişen toplumsal değerlerle ters düşerek insan özgürlükleri için sınırlayıcı ve sakıncalı durumlar oluşmasına sebep olacaktır (Kibar, 2010: 4).

Gök bu durumu, Gustav'ın şöyle ifade ettiğini belirtmektedir. Hukuk kavramının normatif bir yapıya dönüşmesi temel bir çelişkidir. Çünkü şekildeki bir hareket toplumsal değişimin ve insanın kendini tanıma becerisinin bir neticesidir. Bu durum, büyükçe bir kabı küçücük kaba sığdırmak çabası gibidir ve devlet bunu hep yapmaktadır. Hukuk hep tanımlana duracaktır. Burada önemsenmesi gereken nokta,

bu girişime bir son verme gayretidir. Böyle bir çaba ancak siyasi olabilir ve en uç noktada devleti ele geçirerek yapar. Bu nedenden ötürü yapılması gereken, hak kavramını hukuksal metinlerde kesin bir sınırlama ile tanımlamaktan kaçınmaktır.

Dünyanın en gelişmiş medeni hukuklarından birine sahip olan İsviçre Medeni Kanununu hazırlayan Euegen Huber, hak ve benzeri hukuki kavramların tanımının öğretiyeye bırakılması gerektiğini savunmuştur (Gök, 2009: 1).

Hak kavramını tanımlamaya yönelik farklı bir takım teoriler ortaya atılmıştır.

Bu teorilerden biri olan İrade Teorisi'ne göre hak; "hukuk düzeni tarafından tanınan irade kudretidir" şeklinde tanımlanmıştır. Diğer bir ifadeyle, bir hak sahibi başka bir hak sahibine kendi varlığını kabul ettirebildiği ve onu bu istikamete göre harekete zorlayabildiği zaman hak sahibidir.

Diğer bir teori olan Menfaat teorisine göre ise Hak, "hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanıyan bir menfaattir" şeklinde ifade edilmektedir. İki teoriyi içerisine alarak kapsayan karma teoriye göre ise Hak, "hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip bulunduğumuz çıkardır" şeklinde tanımlanır (Sert, 2004: 11-12).

Diğer bir tanımda ise "Hak" kişiye, hukuk düzeni tarafından sağlanmış olan yetki olarak tanımlanmaktadır (Erdemir & Elçioğlu, 2000: 32).

Başka bir tanımda ise Hak kavramı hukuken korunan menfaatlerin gerçekleştirilmesi amacıyla, kişiye hukuk düzenince verilmiş olan ve kullanılması kişinin takdirine bırakılmış olan hukuksal güçtür şeklinde ifade edilmiştir (Erdemir & Elçioğlu, 2000: 33).

Ansiklopedik Hukuk Sözlüğünde ise hak; doğru gerçek olan şey, bir adama ait olan şey, alacak, istihkak olarak tanımlanmaktadır (Özcan, 1985: 273).

Platon ise "Devlet" adlı eserinde Trasymachos'un ağzından "Hak kuvvettir." demektedir. İngiliz düşünürü Hobbes ise, neyin hak ve neyin hak olmadığını sınırının belirlenmesini devlete bırakmaktadır. Tanrı bilimciler ise hak ile ilgili yetkinin tanrıda olduğunu kabul etmektedirler. İdealizmin büyük ustası Hegel ise hak kavramını, özgürlük ve düşünce kavramlarını eşanlamlı olarak düşünmektedir (Özer, 2003: 6).

Başka bir tanımda ise Hak, kanunlar içerisinde şahıslara ait güvence altına alınmış olan çıkarları ifade etmektedir (Özlü A. , 2012: 13).

Hukuki bir terim olarak ise hak kavramı, sadece özgürce hareket etmeyi değil, serbestlikle birlikte devletten ve toplumdaki bazı isteklerde bulunabilme yetkisini de kapsar (Kurtcebe, 2009: 7).

Tarih boyunca insanoğlu birçok evrelerden geçmiş, bir takım haklar elde edebilmek için büyük mücadeleler vermiştir. Yapılan mücadeleler sonrasında da temel hak ve özgürlüklerini elde etmiştir. Zaman içerisinde elde etmiş olduğu hak ve özgürlükler hukuk çerçevesinde Anayasalar ve yasalar ile Uluslararası düzeyde yasal boyutta koruma altına alınmıştır (Gök, 2009: 1).

Yapılmış olan tüm tanımlar çerçevesinde Hak kavramının kişiye özgü bir kavram olduğunu, yasalar ve kanunlar tarafından güvence altına alındığını ve hak sahiplerinin haklarını güvence altına alırken, diğer insanları ve hak sahiplerini de hak gasplarından koruyan bir yönü içerisinde barındırması gerektiğini anlamamız gerekmektedir.

Hakların kazanımının uzun bir aşamadan geçtiğini ve gelinen noktada evrensel kanunlar ile güvence altına alındığı anlaşılmaktadır. Hak kavramı insanlara dilediklerince hareket edebilme imkanı sağlarken, mensubu oldukları devlet kurumları ve diğer insanlardan da çeşitli isteklerde bulunabilme imkanı sağlamaktadır. Hak sahibini topluma ve devlete karşı koruyan ve kollayan yapısı, sosyal düzen içerisinde yaşanılabilir bir alan sağlamaktadır.

1.1.2 İnsan Hakları Kavramı

İnsan Hakları, hem Anayasa, hem Uluslararası Hukuk kavramlarıdır. İnsan Hakları deyimi geniş kapsamlıdır; bir yandan insanların haklarının devlet organlarına karşı korunmasını, diğer yandan da çok boyutlu olan insan kişiliğinin geliştirilmesini içerir. İnsan deyimi ile kimi kez tüm insanlara tanınması gereken haklar anlatılmak istenir. Buna ‘‘Soyut Anlamda İnsan Hakları’’ da denir. Bu anlamda insan hakları ‘‘olanı’’ değil ‘‘olması gerekeni’’ gösterir (Kibar, 2010: 23).

Hak, insanı her türlü birey, kurum, toplum, devlet gibi g sahibine karşı koruyan moral, etik ve yasal değerler/kurallar/ düzenlemelerin tümüdür şeklinde tanımlanabilir. Egemenliğin var olduğu tüm alanlarda yaşayanların korunmasına yani insan haklarına ihtiyaç vardır. Devlete ve örgütlenmesine karşı ferdi koruyan düzenlemelere ise insan hakları denir (Akdur, 1997: 43-49).

İnsan hakları tanım olarak; dil, din, ırk, cinsiyet, ekonomik durum ve sosyal sınıf gibi hiçbir ayırım yapmaksızın, bütün yaşayan insanların, yalnızca var olmalarından kaynaklı, insanlık onurunun gereği olarak sahip olmaları gereken hakların tümüdür. Bu haklar bütün insanlık için ortak değerler ve gerçekleştirilmesi gereken ortak ideallerdir.

Temelde, kişinin özgürlüğünü, onurunu ve saygınlığını garanti altına alan, dokunulamaz, hiçbir koşulda devredilemez ve vazgeçilemez nitelikte olan haklardır (Kurtcebe, 2009: 7).

İnsan haklarının özü insanın ahlaki doğasıdır. Burada ifade edilen ahlaki doğa kavramının bilimsel olarak araştırılan ihtiyaçlara dayanan insan doğası ile ilişkisi çok azdır. İnsan haklarına yaşamın sürdürülebilmesi için değil, sadece onurlu bir yaşam sürdürülebilmesi için gereksinim vardır. Uluslararası insan hakları sözleşmelerinde bahsedildiği şekliyle, insan hakları insanın özünde mevcut bulunan onurdan kaynaklanır. İnsan hakkı ihlali bir kişinin insanlığını inkar ederken; kişinin ihtiyaçlarını tatmin etmesini engelleyemez. İnsan haklarına sağlık koşullarından ötürü değil; fakat onurlu ve insana yakışır bir hayat için sahibizdir (Akpınar, 2008: 23).

İnsan hakları, bazı şartları ortaya koyar. Bu şartlar, insanın sadece var oluşundan dolayı değerini bilme ve koruma isteği olarak ortaya çıkar. İnsanların, insanın diğer canlılar arasındaki saygınlığını ve insan onuru ön planda tutmaya yönelik davranışlarının yetersiz oluşu ve insan haklarını ihlal etmelerinden dolayı insan hakları ile ilgili ihlallerin önüne geçebilmek amacı ile koruma mekanizmalarının oluşturulmasını zorunlu olmuştur. Bu zorunluluk sağlık sektöründe sağlık hakkı olarak tanımlanmış ve ortaya çıkmıştır (Yanardağ, 2013: 7).

1.1.3 İnsan Haklarının Tarihi Gelişimi

İnsan hakları kavramı ilk olarak İngiltere kralı John'un 1215'de İngiltere halkına "Hürriyetlerin Beraatı" (Magna Charta Libertatum) olarak anılan belgeyi vermek zorunda kalması ile ortaya çıkmıştır. Kavram esasen on yedinci ve on sekizinci yüzyıllar içerisinde gelişerekten "İnsan Hakları Doktrini" olarak isimlendirilmiştir.

Gelişen doktrin, insanların sadece insan olarak doğmaları nedeni ile doğuştan çeşitli dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez haklara sahip oldukları görüşünü

savunmaktadır. O tarihe dek sınırsız kabul edilen devlet gücünü sınırlandırmayı ve insanları otoritenin gücünden korumayı amaç edinen bu doktrine göre, devlet kendi oluşturduğu hukuktan önce mevcut bulunan, insanların doğal hukuklarından kaynaklanan haklarına saygı duymak zorundadır. Zaman içerisinde yaygınlaşan bu inanç on sekizinci yüzyılın ortalarına doğru ilan edilen Amerikan Haklar Bildirisi ve 1789 Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Bildirgeleri ile ilk resmi çerçevesine bürünmüştür (Aydiner, 2006: 1). Gerçekten insan hakları olgusu zor ve karmaşık bir süreçten geçerek bu günkü şekline ulaşmıştır.

İnsanı devlet ve egemen güçten koruma gayreti, insanın insanca olan haklarını talep edebilmesi yoğun bir çabanın sonucudur. İnsan haklarının bu denli önemsenerek uluslararası düzeye yer edinmesine imkan sağlayan asıl büyük atılım İkinci Dünya Savaşı esnasında gerçekleşmiştir. İkinci dünya savaşı sırasında ortaya çıkan yangınlar, yıkımlar, tahribatlar, ölümler, korku ve beraberindeki dehşet dünya kamuoyunda insanlık için kesintisiz bir barış ortamının sağlanması, insan neslinin yok olmasına, diktatörlük tehlikesine ve baskılarına karşı korunma talebi doğurmuş ve bu hedefe yönelik çeşitli çalışmalar yapılmıştır. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Kurulu tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirisi kabul edilmiş ve yayımlanmıştır (Aydiner, 2006: 1-2).

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi; tüm insanların sadece insan olmalarından kaynaklı özgür, onurlu, eşit haklara sahip şekilde doğdukları savunmaktadır. Bununla birlikte bildirge insanların ırk, renk, cins, dil, din, inanç, ulus ya da toplum kökeni ve maddi olanakları yüzünden ayrıcalık sahibi olmadığını, tüm insanların eşit ve birbirlerine denk olduğunu ifade etmektedir.

İnsan hakları kavramı ile alakalı başkaca önem arz eden gelişim ise 1975’de imzalanmış olan “Helsinki Sonuç Belgesi” olmuştur. Helsinki Sonuç Belgesi’nin 7. maddesi insan hakları ile ilgili bölümdür. 7. madde içeriğinde insan hakları ve temel özgürlükler ile ilgili düzenlemeler yer almıştır (Akdur, 1997: 43-49).

İnsan hakları konusu tarih süreci içerisinde temel üç aşamadan geçmiş ve bu hali ile günümüze ulaşmıştır. Kapsam olarak bireye yönelik hakları içeren “Birinci Kuşak” insan hakları içerisinde eşitlik, özgürlük, kişi güvenliği, siyasal haklar gibi hakları barındırmaktadır. Bin dokuz yüz elliler sonralarına doğru kitle hareketlerinin farklı yansımaları sonucu insan hakları önce anayasa ve yasalarda, daha sonraları ise uluslararası belgelerde yerini almıştır. “İkinci Kuşak” olarak ifade edebileceğimiz

haklardan bazıları ekonomik, sosyal ve kültürel nitelikte şekillenmişlerdir ve sosyal güvenlik, sendika, grev, sağlık, eğitim gibi hakları kapsamaktadırlar. “Üçüncü Kuşak” ta yer alan insan hakları ise yirminci yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkmış ve geri kalmış, yeterince kalkınmamış olan üçüncü dünya ülkeleri insanların isteklerini kapsayan yeni bir hak halkasıdır. Üçüncü Kuşak haklar içerisinde Ulusların siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel geleceklerini belirlemeyi bilme hakkı, sosyal gelişme, kalkınma ve hasta hakları bu haklar içerisinde yer alırlar (Erdemir & Elçioğlu, 2000: 36-91).

Haklar konusu aşağıdaki şekilde gösterilmektedir (Şekil: 1-1).



Şekil 1.1: Hasta haklarının insan haklarındaki yeri (Özkan, 2007).

Hasta hakları dendiğinde kast edilen, hastanın eski sağlığına en kısa zamanda ve en iyi şekilde kavuşma hakkı; bu olamıyorsa hastalığın ortaya çıkardığı sınırlama ve kısıtlamalardan olabildiğince kurtulma, hastalık veya sakatlanmaya karşın yaşam kalitesini en yüksek olabilirlik derecesine ulaştırma hakkı olarak tanımlanabilir.

Hasta, bu durumda gereksinim duyduğu sağlık hizmetini eşitlik, saygınlık ve olabildiğince yüksek kalitede alabilmelidir. Sosyal devlet ilkesini benimsemiş toplumlarda, hastalık veya sakatlık, kişinin bireysel sorunu olarak algılanmaz, toplum buna lakayt kalmaz, sigorta, sosyal güvenlik kuruluşları gibi çeşitli mekanizmalarla hastanın sağlığına kavuşma amacını gerçekleştirebilmesi için ona imkan hazırlar, destek olur. Bunun hukuki, ekonomik ve idari koşullarını oluşturur. (Özlü T., Hekiminizi Nasıl Alırdınız?, 2003).

1.1.4 Yaşama ve Sağlık Hakkı

İnsan fizyolojisi pek çok hücre, organ ve bu organların oluşturduğu sistematik yapılardan oluşmuştur. İnsana ait bu denli karmaşık olan sistemlerin herhangi birisinde değişik nedenlere bağlı olarak fonksiyonel veya yapısal ya da bedensel, ruhsal ve toplumsal nedenlere bağlı olarak adaptasyon sıkıntısı yaşanabilir. Böylesi durumlarda insan sağlığını yitirir ve hasta olur. Hasta kavramı, hastalığından kaynaklı görevlerini ve yaşamsal sorumluluklarını noksatsız yerine getiremeyen, duyguları sağlıklı olduğu döneme göre daha zayıf ve kırılgan, fiziksel gücü azalmış, hareketleri kısıtlanmış kişileri ifade eder.

Sağlığından yoksun kalan insanlar, sağlıklı insanlarla kıyaslandığında çevresindeki insanlardan daha çok ilgi, alaka, hassasiyet, hoşgörü beklemektedirler. Üzüntülerini, acılarını, ağrılarını, psikolojik, ekonomik ve toplumsal sorunlarına çözüm bulabilmek için hekimler ve çeşitli düzeylerde hizmet sunan sağlık personellerine ile sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duyarlar. Bu açıklamalar çerçevesinde hasta; sağlık hizmetlerine gereksinim duyan ve sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı olan kimsedir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Halk nazarında hastalar sağlık hizmetlerinden aktif olarak yararlanan kişiler olarak görülmekte, bu yaklaşımla bakıldığında hasta kavramı dar bir alanla sınırlanmaktadır. Bu kapsamda insanlar, sağlık ihtiyacını gidermek üzere herhangi bir sağlık kurumuna veya personeline başvurup talepte bulunması koşuluna bağlı olarak hasta statüsü kazanacaklardır. Bu bakış açısı sağlık hizmetlerinden aktif bir şekilde faydalanmayan insanları farklı bir grupta değerlendirmemizi mümkün kılmamaktadır. Sonuç olarak toplumda sağlık hizmetinden faydalanmaya talip olanlar olabilir ve henüz fiilen sağlık hizmetinden yararlanmamış olabilirler ve ileriki bir zamanda sağlık hizmeti sunan kurumlardan farklı şekillerde hizmet alabilirler. Sağlık hizmeti hali hazırda sağlık hizmetlerinden faydalanan vatandaşlara sağlanan bir hizmet olmanın ötesinde ihtiyaç duyan tüm vatandaşların talep ve beklentilerini karşılaması beklenen bir kamu hizmetidir (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005: 24).

Bu yaklaşımın sonucu olarak hasta kavramı; her hangi bir sağlık kuruluşu tarafından topluma sunulan sağlık hizmetleri hakkında bilgisi olan ve bu hizmetlere

erişim imkanı bulunan veya daha önce sunulan bu sağlık hizmetlerden yararlanmış insanların tümü olarak tanımlanabilir.

Sağlık kavramı; önceleri yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmayışı olarak düşünülmüş ve bu çerçevede tanımlanmıştır. Tanımın bu şekilde çerçevelenişi, hastalık kavramını öne çıkarmış, yaşayanların sağlığı bu çerçevede değerlendirilmiş ve hastalık ya da sakatlık emaresi bulundurmeyen tüm insanlar sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Tengilimlioğlu, 2012: 69).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını; “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlamıştır. (Fişek, 1997, Kitaplaşmamış Yazıları-1) TDK sözlüğünde ise “bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet, sağ, canlı diri olma durumu” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu).

224 Sayılı Sağlık Hizmetleri Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da, sağlık kavramı; “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanarak yer almış olup DSÖ’nün sağlık tanımı ile paralellik göstermektedir (224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961).

Sağlık hakkı; beden dokunulmazlığı hakkının önde gelen unsurlarından olup, ana rahmine düşmeden sahip olunan bir hak olarak kabul edilir (Sütlaş, 2000, s. 32).

Sağlık hakkı ve hasta hakları, yayımlanan bildirgelerde birbirini içerisine geçmiş gibi karmaşık bir şekilde karşımıza çıksa da; bu kavramlar arası faklar göz ardı edilmemeli ve birine odaklanıp diğeri gözden kaçırılmamalıdır. Bu iki kavramdan çoğunlukla öne çıkarılan hasta haklarıdır. Hasta hakkı ve sağlık hakkının ayrı birer grupta olduğu unutulmamalıdır (Sütlaş, 2000: 40).

Sağlık kavramı, insanın sağlığını ve canlılığını koruyarak daha da geliştirmesi yönüyle kişiye bir takım görevler vermektedir. Bu yönüyle birlikte, toplumun bir parçası olan insanların; sağlıklı doğup, sağlıklı yaşayabilmeleri için, sağlıklı bir çevre, temiz su, giyim, konut, dengeli beslenme, hastalıklara karşı bağışıklama, sağlıklılık durumunun bozulduğunda ise hastalık veya sakatlıkların hızlı bir şekilde tanımlanması, tedavisi edilmesi veya rehabilitasyonunu sağlayacak hizmetlerin kaliteli, adil, ulaşılabilir ve insana yakışır şekilde her hangi bir ayırım gözetmeksizin tüm halka sunulmasını, ülke sağlık sisteminin ve sosyal güvenlik sisteminin tüm

vatandaşlarını kapsamı içerisine alacak şekilde düzenlenmeli ve sağlık eğitimi benzeri hizmetlerin devlet organları tarafından yerine getirilmesini de gerekli kılmaktadır (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005: 86).

Yaşama hakkı insan haklarının en önde gelenidir. Genel manada kişinin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, devam ettirebilmesi; varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi olarak ifade edilebilir. Yaşama hakkı, insanın en temel hakkıdır ve varoluşunun ve yaşamını sürdürebilmesinin ilk koşuludur (Sert, 2004: 48).

Yaşama hakkına saygı duyulması diğer hakların tümünün kullanılabilmesi için temel teşkil etmektedir. Yaşama hakkı kavramının kişiye çeşitli görevler verdiği açıktır. Bu görevler; tüm insanlar diğerlerinin yaşamına saygı göstermek zorundadır ve kişiler kendi yaşamlarına, fiziksel ve ruhsal bütünlüklerine de saygılı olmak ve onları korumak zorundadır (Erdemir & Elçioğlu, 2000: 36-91).

Sağlık Hakkı; bedenini sahip çıkma hakkının en öncelikli unsurlarındandır. Genel manada sağlığı yerinde olan bir bireyin sağlığının devamının sağlanmasını hem de hastalanan bir kişinin tedavi edilmesini isteme hakkını içermektedir (Sert, 2004: 49).

Sağlık hakkı; kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunmasını isteyebilmesini ve gerektiğinde tedavi edilmesini mümkünse iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı olanaklardan yararlanabilmesini kapsar (Sütlaş, 2000: 61).

Sağlık hakkı yaşam süresinin kaliteli ve uyum içerisinde sürdürülebilmesi için önem arz etmektedir. Yaşayanların sağlıklarının korunamadığı, yaşam sürecini sağlıklı sürdürebilmeleri için gerekli tedbirlerin alınmadığı, sağlıklı yaşam için gereken temel hizmetlerin sunulmadığı bir ortamda yaşama hakkından söz edilemez. Yaşama hakkını dillendirebilmek için sağlıklı olan bireylerin sağlıklarının devamlılığı için gerekli tedbirlerin alınmış olması ve fertlerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürüyor olmaları gereklidir. Sağlık hakkı bu özellikleri ile yaşama hakkına bağlıdır ve yaşama hakkını destekleyen temel haklardandır. Sağlık hakkı diğer haklarla desteklendikçe anlamsal olarak derinlik kazanır. Sağlık hakkı yeterli ve dengeli beslenebilme hakkı, dinlenme hakkı, nitelikli barınma hakkı ve hastalıklara karşı korunma, hastalığa yakalandığında gereken bakım ve tedaviyi görme hakkı gibi haklarla desteklenmelidir.

İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nde ve Ekonomik Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde milletler arası ve kültürler arası dengesizliklerin giderilmesini amaçlayan hakların içerisinde sağlık hakkına özellikle yer verildiği açıktır. 1948 yılında kabul edilerek ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesi; Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. "Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar" diye ifade ederekten en öncelikli hak olan "yaşam hakkı" kapsamında Sağlık Hakkı'na yer vermiştir.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (Madde 12); sağlık hakkı ile sosyal güvenlik hakkı bir arada düzenlenmiştir (Atalay & Karan, 2009). Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesine taraf olan devletler, tüm vatandaşlarına imkanlar ölçüsünde en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanı sağlar. Devletler bu hakları vatandaşlarına sağlamak için bir takım düzenlemeler yapmalıdır. Bunlar doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ve çocukların sağlıklı bir şekilde gelişimlerinin sağlanması çalışmaları, çevre sağlığını çalışmaları ve sanayi atıklarının imhasına yönelik çalışmalar, salgın hastalıklar, yöresel hastalıklar, meslek hastalıkları ve diğer hastalıkların önlenmesine, tedavisi ve kontrol altına alınmasına yönelik çalışmalardır. Bu çalışmalar sonrasında oluşabilecek her türlü hastalıkların tedavisi için sağlık hizmetlerinin ve sağlık bakımının sağlanması noktasında gerekli tedbirlerin alınması. Bu düzenleme ile sağlık hakkı başlı başına bir hak olarak açıkça belirtilmiş ve ilan edilmiştir.

1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nda ise, 11. maddede ve "Sağlığın Korunması Hakkı" başlığı altında: Sözleşmeye imza koyan tarafların sağlığın korunması hakkının etkinliğinin artırılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel sektör temsilcileri ile işbirliği içinde, aldıkları önlemlerin yanı sıra;

1. Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;
2. Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışmanlık yapmak.
3. Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıklar olabildiğince

önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler; şeklinde bir düzenleme getirilmiş olup; sözleşmeyi benimseyen tarafların bu konularda da girişimde bulunmaları gerekmektedir.

Avrupa Sosyal Şartı denetim mekanizması kapsamında, 1994-1998 yıllarını kapsayan 7. raporda Türkiye'nin, 11. Madde de taahhüt ettiği yükümlülüklerini gerçekleştirmediği ve sözleşme koşullarına eksik riayet ettiği tespit edilmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nde ise 35. maddede ve "Sağlık Hizmetleri" başlığı içerisinde "Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir". Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır. Şeklinde düzenlenmiştir (Atalay & Karan, 2009).

Anayasamızın 17/II. Maddesi "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz." denmektedir. (17/II, 1982) Yasa tüm vatandaşlarının yaşama hakları devlet garantisi altına almıştır.

Anayasamızın 56. Maddesinde ise "Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması" başlığı altında: Herkes, sağlıklı ve uygun yaşam koşullarına sahip alanlarda yaşama hakkına sahiptir. Devletin ve vatandaşların başlıca görevlerinden biri de içerisinde yaşanılan çevre koşullarını geliştirmek, yaşanılabilir çevre koşulları oluşturmak ve çevre kirliliğinin önüne geçmektir. Devlet, vatandaşlarının yaşamlarını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamak; insan ve malzeme yönetiminde tasarruf sağlamak ve verimliliği yükselterek, eşgüdüm içerisinde sağlık kuruluşlarını ve sağlık hizmetlerin tek elden planlayıp hizmetin verilmesini sağlar. Devlet, bu işlevini kamu ve özel sektördeki sağlık ve sosyal hizmet kurumlarından yararlanarak ve bu kurumların çalışma prensiplerini belirleyip bu hizmet sunucuları denetlemek sureti ile yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygınlığının artırılabilmesi için yasalar genel sağlık sigortası kurulabilmesine imkan tanımaktadır (Sert, 2004: 59).

Anayasamızda "hiç kimsenin rızası dışında vücut bütünlüğüne dokunulamaması ve tıbbi deneylere tabi tutulamaması", vatandaşların sağlıklı olma haklarının yasal güvence altında olduğunun açık göstergesidir. Ekonomik ve sosyal

haklardan birisi de sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkıdır. Sağlık Hizmetlerinden yararlanma hakkı devlete belirli görevler yüklemektedir. Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi imzalamış olan devletler anlaşmanın yükümlülüğü olarak tüm vatandaşlarının sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli alt yapıyı hazırlamalı ve vatandaşlarına sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanı sağlamakla görevlidir. Anayasa Mahkemesi'nin birçok kararında sağlık hakkına değindiği görölmektedir (Kibar, 2010: 17).

Bireylerin yaşama hakkı ve maddi ve manevi varlığını koruma hakkı birbirleriyle iç içe olan, devredilmez, vazgeçilmez öncelikli haklardandır. Devlete ödev olarak bu haklara karşı engel teşkil edecek her türlü aksaklığı ortadan kaldırma görevi verilmiştir. Ayrıca devlet güçlülerin güçsüzleri ezmesine mani olacak ve himayesi altında tutacaktır. Devlet toplumda toplumsal dengeyi gözetecek, vatandaşları arasında eşitliği sağlayacak, yaptığı bu çalışmalarla hukuk devleti niteliğine ortaya koyacak ve bu tepkisi ile yaşam hakkı dolayısıyla sağlık hakkının önemini ortaya koyacaktır (Sert, 2004: 56).

Sağlıklı yaşama hakkının bir alt ögesi ise Hasta Hakları'dır. Sağlık ihtiyacına insanlar her koşulda gereksinim duyarlar. Bir genelleme yapılacak olursa insanlar sağlıklı bireyler iken sağlıklarını koruma yönünde tedbirler almazlar ve hastalandıklarında ya da sakatlandıklarında aksaklıkları giderme telaşına düşerler. Bu yaklaşımdan dolayı sağlıklı yaşama kavramı gündeme yeterince gelmemektedir ve fazlaca hasta haklarından söz edilir.

1.2 Hasta Haklarının Tanımı ve Gelişimi

Hasta Hakları tanımı üzerinde tam ve kesin bir mutabakat halen mevcut değildir. İnsanın egemene karşı korunma isteği ve insan onuruna yakışır şekildeki yaşama isteği dünya üzerinde İnsan Hakları kavramı içerisinde sağlık alanına yansıyan yönü olarak Hasta Hakları Kavramının ve bir takım hakların zaman içerisinde gelişerek dünya ölçeğinde kabul görmesinin önünü açmıştır. Bu tarihsel gelişim sürecinde ülkeler arasında gelineen noktalar arasında kısmen farklılıklar görünmekle beraber ana çerçeve dünya üzerinde büyük oranda netleşmiştir.

1.2.1 Hasta Hakları Kavramının Tanımı

Hasta hakları; özünde insan haklarının ve insani değerlerin sağlık alanındaki hizmetlere uygulanmasını belirtmektedir ve dayanağı ise insan haklarıyla ilgili uluslararası belgelerdir (Arslan, 2010: 3).

Hasta hakları, “sağlık hakkı ve sağlıklı yaşama hakkı” içerisinde tanımlanmış hakların bir bölümüdür. Hasta hakları maddelerinin, çeşitli ihtiyaçları karşılar şekilde düzenlenmiş olduğu görülür. Kavram hak olgusu niteliğinde ortaya konduğunda politik bir çerçeveyi de kapsar ve devlete bazı mesuliyetler yükler. Görevlerin kaynağı sağlık hakkından temellenir. Hasta haklarını sadece hukuksal alanla sınırlandırmak konunun ana fikrinden uzaklaştırır ve kavramı dar bir alanda sınırlandırır (Sütlaş, 2000: 29-31).

Sağlık hakkı, birey ana rahminde var olmadan sahip olunan bir hak kabul edilir ve sağlıklı yaşamın şartlarının toplum ve devlet tarafından düzenlenmesi istenir (Sütlaş, 2000: 32).

1998 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği 4. Maddesine göre hasta hakları; “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Milletlerarası Antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder” şeklinde tanımlanmıştır (Hatırnaz, 2007: 82-83).

Hasta hakları kavramı konuşulmaya başlanıldığında, kimileri “sağlık hakkını”, kimi tartışmacılar ise “hasta hakkını” öne plana çıkarmışlardır. Hekim örgütleri temsilcileri, “sağlık hakkını” birçok konuyu ilgilendirmesinden dolayı ön plana çıkarırken, bireysel olarak hekimler hasta haklarının çok geniş ele alındığını düşünmektedirler ve hasta hakları meselesinin hekim haklarıyla birlikte konuşularak değerlendirilmesini istemektedirler (Sütlaş, 2000: 33).

Sağlıklı yaşama hakkı, insanların doğuştan sahip olduğu vazgeçilmez ve devredilmez hakların önceliklilerindedir. İnsanların diğer haklarını kullanabilmelerinin temel koşulu sağlıklı olmalarıdır. Bu sebepten dolayı sağlıklı yaşam hakkının güvence altına alınması zorunluluğu belirlemiştir. Bu kapsamda yapılan çalışmaların sonucunda hasta hakları kavramı ve hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler ortaya çıkmıştır. Hasta hakları genel çerçevede birey ile sağlık

kuruluşları arasındaki ilişkileri düzenlemek üzere; kişinin sağlıklı kalma hakkına herhangi bir engel olmaksızın sahip olması, sağlık hizmetleri verilirken insan haklarının gözetilmesi, hastalara uygulanan tıbbi tedavinin insani boyutunun desteklenmesi, hastanın sağlık hizmetlerinden en üst seviyede yararlanabilmesi, sağlık hizmetlerinden yararlandığı sürede karşılaşılabileceği zorlukların giderilmesini, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin geliştirilmesi gibi tarafların uymakla zorunlu oldukları esas ve kuralları kapsar (Tengilimlioğlu, 2012: 461-462).

1.2.2 Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta hakları, özünde hastaya zarar vermeme fikri etrafında oluşmuş ve toplumların vatandaşlarını önemsedikleri ve onlara verdikleri değer oranında gelişme göstermiştir (SB Halk Sağlığı Kurumu, 2014: 188).

Hasta haklarının temelde gün yüzüne çıkışı hasta hakkı şeklinde değil; hastaya karşı hekimlerin ve sağlık hizmeti sunan personelinin uymaları gereken görev şeklinde olmuş ve etik değerler içerisinde değerlendirilmiştir. Hasta hakları ile ilgili bilinen en eski uygulamalar öncelikle hastanın hayat hakkını ve vücut bütünlüğünü muhafazaya odaklıdır (Şahin, Nisan 2005, sizinti.com.tr/konular/ayrinti/hasta-haklari.html, 22.11.13, 20:47).

Dünya toplumlarının gelişim sürecinde insanın; insan onurunu koruyacak bir takım haklar talep etmesi ile başlayan ve kendisinin egemen güçler, devlet ve diğer güçlere karşı korunması isteği neticesinde şekillenmiş olan insan hakları kavramının sağlık alanında uygulanmasını ifade eden hasta hakları kavramı, insan haklarıyla ilgili temel dokümanlar çerçevesinde hukuksal bir zemin bulmuş, tıbbi etik ilkeleri ile birlikte eski dönemlerden günümüze bazı yaptırımlarla güvence altına alınmıştır. Diğer birçok alanda olduğu gibi tıp etiğiyle ilgili olarak üzerinde fikir birliği sağlanamayan konuların oluşu ve birçok hukuksal dış etkenin kesin ve değişmez bir hasta hakları çerçevesi oluşturulması ve hakların sıralanamamasına neden olmuş olsa da, hasta haklarının kapsadığı alan ve içeriğiyle ilgili uluslararası düzeyde yoğun bir çalışma sürmektedir (Erdemir & Elçioğlu, 2000, s. 92).

Hasta hakları, sağlıklı yaşama hakkının bir parçasıdır. Sağlık ihtiyacı, hasta olduktan sonra başlamaz. Hasta olmayan kişilerde sağlığını korumak ve geliştirmek üzere sağlık hizmetlerine gereksinim duyarlar (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005, s. 13).

Geçmişten günümüze, tıp alanındaki ilerlemeler, bireye uygulanan tıbbi desteğin sınırlarını ve sayısını arttırmış ve bu durum bir takım etik ve hukuksal sorunları beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede ortaya çıkan etik ve hukuksal sorunların aşılmasında; bireyin beden bütünlüğüne saygı gösterilmesi, onurunun korunması, bilgilendirilmesi ve her türlü tıbbi müdahale öncesinde onam alınması gibi temel hakların, sağlık hizmet sunumunda hasta ve hasta yakınlarına tanınması gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005: 86).

Hasta olan insanların sağlık hizmetlerinden, insan onuruna yakışır uygun şartlarda ve yeterli düzeyde faydalanabilmelerinin zorunluluğu ve hasta haklarının toplumsal düzeyde ortaya çıkışı son elli yıllık zamanda gerçekleşmiştir. Bununla beraber insan neslinin varoluşundan beri hasta hakları olarak ifade edilmemiş olmasına rağmen birtakım haklara sahip oldukları bilinmektedir. Özellikle Mezopotamya bölgesinde Hammurabi yasalarında hekim sorumluluğu ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Bu metindeki ifadelerle göre hekimin bir hastasını öldürmesi veyahut tehlikeli bir şekilde yaralaması halinde iki elinin kesileceği açık ve kesin bir şekilde karara bağlanmıştır. Eski Hindistan'da ise doktor kusurlarının tespitinin kurulacak bir heyetçe tespit edilmesi kararlaştırılmıştır. Mısır toplumunda da çeşitli düzenlemeler ile hekim ve hasta arasındaki ilişki şekillendirilmeye ve ilişkinin sınırları belirlenmeye çalışılmıştır. Roma hukuku ise tedavi maksatlı dahi olsa, hastaya zarar verilmesine müsaade etmemiştir (Şahin, Nisan 2005. sizinti.com.tr/konular/ayrinti/hasta-haklari.html, 22.11.13, 20:47).

Hasta hakları kavramı, binlerce yıl önce ortaya atılmış ve özünde hastayı merkeze alan bir yaklaşımdır. Hipokrat bu bağlamda; hekimlik sanatının vicdani buyruklar doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getirilmesini, din, milliyet, ırk, siyasi eğilim veya toplumsal sınıf ayrımlarının, sağlık hizmetleri sunumunda hekim-hasta arasına girmemesi gerektiğini ve insan hayatına saygı gösterilmesini benimseyerek, hasta haklarının en ilkel biçimde yazılı kurallara bağlanmasını sağlamıştır (Sütlaş, 2000: 51).

Hasta hakları ile ilgili dayanılan yazılı belge olma özelliğini taşıyan “Hipokrat Andı” dünya üzerinde çeşitli insan toplumlarınca hasta haklarının korunmasında öncelikli bir temel dayanak oluşturmuştur.

Bu çerçevede Hipokrat Andı'nda belirtilen hastaların ırk, din, dil ve cins gibi hiçbir ayrıma tabi tutulmadan tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması zorunluluğu tüm hekimlerce referans kabul edilmiştir. Dünya üzerinde tıp bilimindeki gelişimler ve toplumsal refah seviyesinin yükselmesi ile Hipokrat Andı içerisindeki değerler deontolojik kurallara dönüşmüş ve hekimlerin referans kabul ettikleri mesleki ahlak ilkelerine dönüşmüştür (Sütlaş, 2000: 63).

Hastalar, çok hızlıca gelişen tıp teknolojisi, giderek karmaşıklaşan sağlık hizmeti sunum modelleri ve ticari bir işletme olma yolunda hızla ilerleyen sağlık kurumları karşısında kendilerini zayıf ve korunaksız hissetmektedirler. Bu düşüncelerden dolayı, insanın onurunun, beden mahremiyeti ve dokunulmazlığının korunmasına yönelik hasta vatandaşlara insanca muamele yapılması yönünde gayrete ihtiyaç duyulmuştur. Hasta hakları kavramı, hastaların hakları yanında sağlık personelinin hak ve yükümlülüklerini de düzenlemektedir. Bu yönü ile hasta hakları kavramı, sağlık personeline karşı bir kavram olmamakla beraber çeşitli haklarda tanımlayan bir kavramdır. Hasta hakları kavramını dile getiren ve gelişimine en çok katkı sağlayanda hekimler ve sağlık çalışanlarıdır (Tengilimlioğlu, 2012: 461-462)

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların ABD'de başladığı kabul edilir. ABD de hasta hakları hareketi diğer haklar kadar organize ve hızlı gelişmemiştir (Rider & Carole, 2002). Modern tıbbın merkezinin, özel hekim muayenehanelerinden hastanelere kayması ile birlikte hasta haklarından daha çok söz edilmeye başlanmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yılların başında mahkeme kararlarında hasta hekim ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki türü olduğuna değinilir. Buna göre hasta devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş kişiden hekim yardım talep eder. Hekimin bu talebi karşılamak üzere faaliyetlerde bulunması sırasında hekime bazı sorumluluklar yüklenir. Bu sorumlulukların içinde hekimin tıbbi müdahaleden önce hastayı girişilecek müdahale, bunun yarar ve sakıncaları konusunda aydınlatması da vardır. Hasta aydınlatma sonucunda müdahaleye onam verirse tıbbi müdahalenin gerçekleştirilebileceği ifade ediliyordu. Böylece önemli bir hasta hakkı olan bilgilendirilmiş onam hakkı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkeme kararları ile hasta ve hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir. Bundan sonraki süreçte "hastaların özerkliği" kavramı da gündeme gelecektir (Kaçar, 2008: 11).

Bu tartışma ve gelişim süreci içerisinde hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır. Geliştirilen standartlar arasında hasta sevklerine sınırlamalar getirilmesi, hastane yönetiminde toplumun temsilcilerinin bulunması, tedavi sürecinde hastaların tam olarak aydınlatılmaları, hastaların her zaman eşit ve insancıl tedavi edilmeleri, mahremiyet hakkı, hastalarla ilgili bilgilerin gizliliği, aydınlatılmış onamın gerekliliği gibi konular öne çıkartılmıştır. 1972 yılında Amerikan Hastaneler Birliği tarafından Hasta Hakları Beyannamesi hazırlanarak 1973 yılında ilan edilmiştir (Savaşkan, 2006: 5).

Avrupa’da ise 1975 yılı sonlarında Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili öneriler taslağı hazırlamıştır (Tengilimlioğlu, 2012: 462).

Hasta hakları konusunda yayınlanan ilk temel metin 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan Lizbon Bildirgesidir. Lizbon Bildirgesi esas olarak uzun yıllardır bilinen ve uygulanmaya çalışan temel hekimlik kurallarını hasta hakları başlığı altında düzenlemekte, sorumluluğu esas olarak hekimlere bırakmaktadır. Bu nedenle de sağlık hizmetleri ile ilgili birçok ayrıntılı sorun bu bildirmede yer almamaktadır (Hatun, 1999: 21).

1994 yılında Amsterdam’da “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” kabul edilmiştir. Bu bildirmede de hasta hakları 6 ana başlıkta toplanarak ayrıntılı olarak tanımlanmıştır (Tengilimlioğlu, 2012: 463). 1995 Endonezya Dünya Tabipler Birliği toplantısı sonucunda bu bildirme genişletilerek Bali Bildirgesi adıyla yayınlanmıştır. (Tengilimlioğlu, 2012, s. 463) 2002’de Roma’da Hasta Hakları Avrupa Statüsü benimsenmiştir. Hasta haklarına ilişkin yayımlanan Avrupa Statüsü, AB ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri arasında uyum sağlamasını öngörmektedir (Hatırnaz, 2007, s. 102).

Günümüzde hasta haklarını düzenleyen bildirmeler Dünya Tabipler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından düzenlenmekte ve bu yönde çalışmalar günün değişen koşullarına göre şekillendirilmektedir (Hatun, 1999: 21).

Düzenlenen uluslararası sözleşmeler taraf olan devletlere insan hakları alanında yeni yükümlülükler yüklerken, diğer taraftan da zorunlu yargı yetkisi ve bireyin uluslararası hukuktan doğan hakları olduğu düşüncesi ile hakları ihlal edilen bireylere bireysel başvuru hakkını tanımaktadırlar. Uluslararası antlaşma niteliği taşıyan bu sözleşmelerle dünya insanları hak sahibi konuma geçirilmiştir. Geline nokta da bireysel hak ve özgürlüklerin denetiminin sağlanması açısından daimi olarak

görev yapacak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kurulmuştur. Türkiye İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi'ni 18 Mayıs 1954 tarihinde onaylamış, bireysel başvuru hakkını ise 1987 tarihinde kabul etmiştir (Sert, 2004: 45).

1.2.3 Çeşitli Ülkelerde Hasta Haklarının Gelişimi

Amerika Birleşik Devletleri:

ABD'de hasta hakları hareketi diğer haklar kadar organize ve hızlı gelişmemiştir. Bunun temel nedeni kişiler hastalandığında kendisi olmaktan çıkmaktadır. Sadece iyileşmeyi düşünmektedir. Bu nedenden ötürü hasta hakları konusundaki talebin gelişimi ABD'de yavaş olmuştur.

ABD'de Sağlık hizmetleri hakkı; ne ABD Anayasasında, ne de bağımsızlık bildirgesinde yer almamaktadır. Sağlık hizmetleri üzerine en kuvvetli kongresel açıklama 1966 yılında Kapsamlı Sağlık Planlama Yasası giriş bölümünde yer almaktadır. Yasanın giriş bölümü aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir.

“Bizim ulusal hedefimizin gerçekleştirilmesi her insan için karşılaştırılabilir en yüksek derecede sağlık hizmetinin temin edilmesi ve ilerletilmesine bağlıdır” (Annas, 1992: 2-13).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1973 yılında Amerika Hastaneler Birliği açıkça hasta hakları ifadesini kullanan ilk sağlık hizmeti enstitüsüdür. 1973 yılında düzenlenen ve yayımlanan metindeki temel hasta hakları; İnsana yaraşır hizmet hakkı, Teşhis ve hastalığın seyri hakkında tam bilgi edinme hakkı, Tedaviyi reddetme hakkı, Deneyle katılmama hakkı, Sürdürülebilir mahremiyet ve gizlilik hakkı ve Bir hizmet talep ettiğinde makul bir cevap alma hakkı olarak sıralanabilir. Bu haklarla ilgili en göze çarpan şey bunların hemen hepsinin enstitü merkezli olması ve enstitünün hastaya açıklamak zorunda hissettiği meseleleri hastanın sormasına cesaretlendirmesidir. Bu haklarla hasta cesaretlendiriliyorken soracakları da enstitüce sınırlandırılmaktadır. İnsan hakları sosyal ve ekonomik olarak toplumun ölçüsünü belirleyen iyi bir ölçüttür (Barofsky, 2003: 473-484).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990'larda başlayan ve günümüze kadar devam eden tartışma sağlık hizmetleri sisteminin revize edilmesine sağlık hizmetleri sigortasının erişiminin geliştirilmesi ve son zamanlarda da hasta haklarına odaklanmıştır. Ancak araştırmalar ABD'de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitenin eksik olduğunu, sağlık hizmetlerine erişimin evrensel olmadığını ve sağlık hizmeti

talep eden bireylerin bütçesine uygun zamanında ve doğru tedaviyi almada sıkıntılar yaşadığını göstermiştir (Yaunt, 2001: 23-24).

ABD’de hasta hakları kavramı; hizmetin erişimini ve kalitesini geliştirmek adına yapılan çalışmalarla tek yönlü bir biçimde düşünülmekte ve tek yönlü olarak gelişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Hasta ve Yakınlarının seçim hakkı birincil bakım veren sağlık personelini seçme imkanına yönelik yasalarda şekillendirilmiştir, ancak ABD’de önerilen federal yasa tedavi alternatifleri, uzmanlara erişim ve ödeme seçenekleri ile ilgili hiçbir şey belirtmemiştir.

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki bilgi alma hakları sağlık plan seçenekleri ve hekim tazminat yöntemlerine odaklanmıştır. Ancak bu belirtilen yasada sağlık sunucularından, üçüncü şahıs sigortalardan ve hükümetten alınan bilgiye yönelik herhangi bir referans yoktur. Tüketicinin aktif duruma geçtiğinde yani iyileşip taburcu olduktan sonra gerekli bilgiye nasıl elde edeceği, bilgiye nasıl ulaşacağına dairde yol gösteren herhangi bir referans yoktur. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki yasadaki tazminat hakkı yasal çözümlerin mevcudiyeti ve dava açma üzerine sınırlamalar üzerine yoğunlaşmıştır. Yasa başka alternatif mekanizmalara yoğunlaşmamaktadır ve Tazminat seçeneklerinin zamanlaması, etkinliği ve tarafsızlığından da bahsetmemektedir.

ABD’de günümüzde doktor-hasta ilişkilerinin aşağıda sıralanan 4 özelliği hastaların kendi haklarını ileri sürerek talep etmelerini zorlaştırmaktadır. Sırası ile bunlar;

1. Kararın verilmesinin belirsizliği
2. Karar vericinin belirsiz tanımlanması
3. Karar vericilerin sadakatini kontrol eden kişinin ya da yetkilinin belirsiz tanımlanması
4. Doktor tarafından geçerli tıbbi bilginin kontrolü

ABD’de yukarıda sıralanan bu ve benzeri nedenler hastaların haklarını talep etmelerini zorlaştıran başlıca etmenlerdir.

ABD’de hastaların yasal hakları (Legal Right) aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

Hasta sağlık hizmeti programı kapsamına giren tüm kararlara bilgilendirilip, katılma hakkına sahiptir.

1. Hasta tedavi ve bakım için ödeme şekli ile ilgili mahremiyet hakkı vardır. (Tedavi ve bakım için ödeme kaynağını belirtmeden tıp bakımına erişim hakkını içerir.)
2. Hasta ile acil durumda öncelikli ilgilenilmesi hakkına sahiptir.
3. Hastaların aydınlatılmış onam hakkı mevcuttur.
4. Hasta tedavisi ve komplikasyonları vb. açık seçik halkın anlayacağı şekilde anlatılması hakkına ve izni olmadan hiçbir operasyona kalmama hakkı vardır. ABD’de aydınlatılmış onam formu yasal olarak yazılı alınmak zorunluluğu vardır.
5. Hastanın her hangi bir test ya da prosedüre rızası olup olunmadığı sorulmadan önce hastanın durumu ile ilgili tam, açık ve kesin değerlendirmesi ve tedavisi, hastalığın seyri ve sonucun nereye varacağına kestirilmesi ile ilgili bilgi alma hakkı vardır.
6. Hastanın ırkına, diline, dinine, cinsiyetine ve engeline bakılmadan tıbbi bakım hakkına sahiptir.
7. Hastanın direkt menfaatinden ziyade eğitim ve test için planlanmış müdahalelere dahil olmama hakkı vardır.
8. ABD’de hastalar yazılı izinleri alınmadan hiçbir deneyde yer almazlar ve onayları olmayan hiçbir deneye katılmama hakları vardır.
9. Hastanın herhangi bir ilacı, testi, prosedürü ya da tedaviyi reddetme hakkı vardır.
10. Hastanın hem kişi hem bireye yönelik mahremiyet hakkı vardır.
11. ABD’de hastalar Hemşirelere, tıp öğrencilerine ve çalışan araştırmacılara karşı mahremiyet hakkına sahiptirler.
12. Hastanın fiziksel ya da finansal durumuna bakılmaksızın ayrılma, tedaviyi sonlandırma hakkı (form doldurarak) vardır.

ABD’de haklar her yerde önemlidir. ABD’de hakların bireyselliği ve insanlığın kendi değer sistemini koruduğuna inanılır. ABD’de hakların insanlara birbiri ile değiştirilebilir cansız nesnelere olarak davranılmasını engellediği ve onlara birey olarak davranılmasında ısrarcı olur.

ABD’de haklar Amerikan vatandaşlarına saygınlık ve koruma verir. ABD’de vatandaşların eğer bir şeyi yapma hakları varsa onu korkmadan isteyebilirler ve hakları konusunda ısrarcı olabilir.

Ancak tüm durumlarda hakların talep edilmesi makul, akılcı olmayabilir. Maalesef hastalar bazen tüm haklarını uygulamada ya da talep etmede ısrarcı olduğunda sağlık çalışanlarının irrite olmalarına ve anti refleks geliştirmelerine neden olabilirler. Ancak yine de hastalar kendi haklarını talep etmeyi gerekli bulabilirler. Hastalar kendi haklarını daha sık talep edip savunsalardı bu tür ısrarlar olağan dışı görülmezdi ve diğer hastalarında kendi haklarını isteye bilmelerini daha kolay olurdu.

ABD’de hasta hakları açısından sigortasız ya da eksik sigortalanmışların sağlık hizmetlerine erişimi, gelecekte karmaşık sorunlardan biri olacaktır. Bu meselenin çözümü ile ilgili belirsizlikler mevcuttur. ABD’de sigortasızların sayılarının düşüşüne rağmen; bu düşüşün devam edeceğine dair garanti yoktur. Ekonomik rakamlar kötüleştiğinde işsizlik oranlarının artacağı düşünülmektedir. ABD’de pek çok insan için evrensel, ulusal sistem kabul edilemez görüldüğü için sigortasızların sayısını azaltma girişimi hiç kuşkusuz artmaya devam edecektir. ABD’de aynı zamanda sağlık hizmetlerini reddetme ya da belge usulü ile dağıtılması kesinlikle var olmaya devam edecektir. Pek çok ABD’li doktor ve halkın çoğunluğu açıktan belgelemeyi kabul edilemez bulduğu için; belge usulü ile dağıtım yakın gelecekte gizli-açık şekilde devam edecektir. Pahalı tedavilere erişim konusunda özellikle ödeme gücüne göre, ödeme sistemi üzerinde baskıda bulunulabilme yeteneğine göre karar verilecektir. Ayrıca ABD’de tıbbi bilgilerin elektronik tarzda artışı gelecekte kesinlikle devam edecektir. Bu elektronik tıbbi bilgi artışı mekan ve zaman bağımlılığını ortadan kaldıracaktır. Ancak elektronik verilerin güvenliği ve bu manada hasta mahremiyeti ABD’de ciddi sorunlar oluşturabilir (Rider & Carole, 2002: 1,3).

Son dönemlerde ABD’de Başkan Clinton döneminde hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler gündeme gelmiş ve bir takım düzenlemeler yapılmıştır (Görkey, 2003: 5).

Almanya:

Almanya' da hastaların bazı haklara kavuşması bir anlamda 1883 yılına kadar inebilmektedir. 1993 yılında toplumun %90'ının sağlık sigorta sistemi içinde olduğu belirtilmektedir. (Kurtcebe, 2009, s. 48)

Almanya'da ilke olarak hastaların hekim seçme hakları bulunmaktadır. Hastalar hastalıkları hakkında tam ve noksansız olarak bilgilendirilme hakkına sahip olup

Almanya Federal Devleti ceza yasası meslek sırrı konusunda son derece katı ve sert kurallara sahiptir (Sert, 2004: 81).

Bu bilgiler ışığında Almanya'da sağlık hizmetlerinin standardının oldukça yüksek ve hasta haklarının kapsamlı olarak güvence altında olduğu söylenebilir (Görkey, 2003: 12).

Belçika:

Belçika' da hasta hakları ile ilgili düzenlenmiş özel bir yasa mevcut bulunmamaktadır. Belçika' da hasta haklarına ilişkin yasal düzenlemeler faklı yasaların ve diğer yasal mevzuatların içinde yer almaktadır (Görkey, 2003: 13).

Belçika'da ilke olarak hasta, hekimini seçme hakkına sahiptir. Ancak acil durumlarda ve hastanelerde, hastanın "uzman hekimi" seçme hakkı alanında sınırlılıklar vardır. Bu hakların yanı sıra hastanın her zaman ve durumda tedaviyi ve sağlık hizmetlerini reddetme hakkı mevcut bulunmaktadır (Sert, 2004: 82).

Belçika'da canlı vericiden organ bağışını düzenleyen yasa haricinde sağlık hizmeti sunumunda aydınlatılmış onam düzenlenmesi konusunda özel bir yasal düzenleme yoktur. Belçika'da hekim ve hastanın kurmuş olduğu ilişki, "aydınlatılmış onamı da gerektiren, içinde barındıran bir sözleşme" olarak hayat bulduğu kabul edilmektedir. 1975 tarihinde düzenlenmiş olan Deontoloji Tüzüğü doktorların tedavi etmekte olduğu hastalarını aydınlatmakla yükümlü kılmaktadır. Hastanın muayeneyi veya tedaviyi kabul etmeyerek durdurduğu durumlarda ise hekime hastayı terk etme hakkı tanınmıştır (Kurtcebe, 2009: 48).

Belçika'da hastaların aydınlatılmış onam edinme yani aydınlanma haklarının yanı sıra hastalığının seyri ve tedavi süreci hakkında kendisinin ve yakınlarının bilgilennememe, bilgilendirilmeme hakları da vardır.

Belçika Devleti'nce; Belçika vatandaşı hastalar mahremiyet hakları ile ilgili olarak kapsamlı bir şekilde güvence altına alınmıştır. Belçika'da hasta kendisi ile ilgili bilgilerin doktoru tarafından açıklamasına izin vermiş olsa bile tedaviyi yapan doktor bu bilgileri paylaşmayı uygun görmedikçe hiç bir adli birimce paylaşmaya zorlanamaz. Belçika'da mevcut yasal düzenlemelere göre hekimler tedavi ettikleri hastalarla ilgili bilgileri 30 yıl süresince saklamakla görevlendirilmişlerdir. Belçika'da hiçbir sağlık personeli, mahkemelerce istenmiş bile olsa hastaları ile ilgili bilgi vermeme hakkına sahiptir (Sert, 2004: 82).

Bu yönleri ile Belçika yasaları vatandaşlarına verdiği değeri göstermektedir.

Belçika'da hasta hakları ile ilgili yapılan bir araştırmada ankete katılanların hasta hakları ile ilgili en önemli gördüğü meseleler sırası ile;

1. %88 Hayatın sonlandırılması hakkı
2. %87 ile Uygun maliyetli sağlık bakımı talebi
3. %85 ile Hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgilendirilmeleri olarak ön plana çıkmıştır.
4. Ankete katılanların yasal hasta hakları ile ilgili endişe duydukları noktalar ise; %21 ile hastanın anadilinde hizmet verilmesi hakkı
5. %15 ile Ötenazi hakkı
6. %14 ile düşük maliyetli ve herkesin ulaşabileceği sağlık bakımı sağlanması hakkıdır.
7. Ankete katılanların şu ana kadar karşılaştıkları en önemli problemler ise;
8. %12 ile Ana dilde sağlık hizmeti temini
9. %11 ile uygun fiyatlı her bütçenin ulaşabileceği sağlık hizmeti temini
10. %7 ile tıbbi bilgilerine ve hasta dosyalarına erişim ile ilgili karşılaştıkları problemlerdir.

Ankete katılanlarca Belçika'da mevcut hasta hakları önem sırası aşağıdaki gibidir.

1. İnsan onuruna yakışır şekilde ölüm %88
2. Uygun fiyatlı sağlık hizmetleri %87
3. Tedavi ve sağlık durumu hakkında bilgi alma %85
4. Ötenazi Hakkı %84
5. Kaliteli sağlık hizmeti %83
6. Palyatif bakım %83
7. Aydınlatılmış onam (rıza hakkı) %77
8. Tıbbi araştırmalarda onam %76
9. Kendi yazgısını belirleme hakkı %75
10. Kürtaj hakkı %75
11. Mahremiyete saygı %75
12. Hastanın kendi dosyasına erişim hakkı %73
13. Hastane seçim hakkı %70
14. Şikayet Hakkı %68

15. Ana Dilde Hizmet Hakkı %68
16. Aile Hekimini Özgürce Seçme Hakkı %68
17. Akıl Hastalığı Olan Kişinin Korunması Hakkı %66
18. İsteddiği Uzman Hekimi Seçme Hakkı %65
19. Hayatın Korunması Hakkı %59
20. Hizmet Sunan Sağlık Elemanı Özgürce Seçim Hakkı %53 olarak sıralanmıştır.

Belçikalı tüm katılımcılar sağlık ücretlerinin düşük olmasını önemsemişlerdir ve düşük sağlık ücretinin sağlık sigortasına dolayısı ile sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştıracağını düşünmektedirler. Belçikalı ankete katılan pek çok katılımcı ise; hayatın sonunda verilen hizmet yani insana yakışır onurlu ölüm ve ana dilde sağlık hizmeti sunumundan endişe etmektedirler.

Belçika ötenazi ve hayatın son aşamasında verilen hizmetleri düzenleyen bir yasaya sahip olan üç ülkeden biri olmasına rağmen insanlar hayatın son aşamasında verilen hizmetin kalitesinden endişe duymaktadırlar. Ankete katılan Belçika vatandaşları ana dilde sağlık hizmeti hakkının yasal düzenleme yapılarak; yasal koruma altına alınmasını istemektedirler (Dirk Devroey, 2013: 109-117).

Bulgaristan:

Bulgaristan Cumhuriyeti'nde 1973 yılında yayımlanan Sağlık Yasası ile Bulgar vatandaşı hasta ve yakınlarının aydınlatılmış onam hakları düzenlenerek yasal çerçeve içerisine almıştır (Görkey, 2003: 14).

Bulgaristan Cumhuriyeti Sağlık Yasası doktorun hastasını anlaşılır, bilgi düzeyine uygun seviyede ve hastanın anlayacağı şekilde aydınlatmakla görevli kılmaktadır. Bulgaristan Cumhuriyeti Sağlık Yasanın en önemli yönü doktorun hastasını aydınlatma konusundaki davranışını çokça ayrıntıya inerek ele almış oluşudur (Tsolova, 2003: 281-293).

Bulgaristan'da Bulgar hastaların sağlık kuruluşlarında tutulan tıbbi kayıtları ile ilgili mevcut yasada bir düzenlemeye gidilmemiştir ve hastalar kendisi ile ilgili tutulmuş bulunan tıbbi kayıtlara erişme hakkından yoksundurlar. Bulgaristan yasaları hekime hastası ile ilgili edindiği bilgileri toplum çıkarları gündemde olması haricinde kimse ile paylaşmamayı ve meslek sırrı kapsamında saklamayı ödev kılmıştır.

Bulgaristan'da son yirmi yılda sağlık hizmetleri alanındaki radikal reformlar için temel oluşturan birkaç yasal düzenleme benimsendi ve iyileştirildi. Bu kapsamda

revize edilen yasalar; Sağlık Kurumları Yasası (1998), Sağlık Sigortası Yasası (1998-2002), Profesyonel Kurumlar Yasası (1998), Tıbbi İlaçlar ve Eczacılar Yasası ve Halk Sağlığı Yasası olarak sıralanabilir. Bulgaristan'da sayılan bu yasal mevzuatlarda düzenleme, iyileştirme ve yenilemeler yapılmıştır.

Bulgaristan'da temel haklar birkaç yasal dokümanda tanımlanmış ve açıklanmış olmasına rağmen; hasta haklarına ilişkin tüm meselelerin özetlenip birleştirildiği tek bir yasa bulunmamaktadır. Doktorlar, diş hekimleri ve ulusal sağlık sigorta fonu arasında her yıl imzalanan ulusal çerçeve sözleşmesindeki bir bölümde hasta hakları ile ilgili meselelere atıfta bulunulmuştur. Bulgaristan'da hasta hakları genel olarak Avrupa yasal çerçevesinde göz önünde bulundurulmuş haklar düzenlenmektedir. Kişinin hasta olduğu durumu da içeren hakları 1992'de Bulgaristan'da imzalanan Birleşmiş Milletler toplantısında düzenlenen insan haklarının bir bölümünü de oluşturmaktadır.

Bulgaristan Cumhuriyeti vatandaşları; erişilebilir sağlık hizmetleri ve sağlık sigortası hakkına, sağlıklı çevre ve iş koşulları hakkına ve garanti edilmiş gıda kalitesi vb. haklara sahiptir. Bulgaristan Cumhuriyeti'nde her hasta ülkede yürürlükte olan yasa ile uyumlu en iyi sağlık hizmetini alma hakkına sahiptir. Yasaya göre zorunlu sağlık sigortası yapılmış tüm kişiler ırkına, etnik kökenine, cinsiyetine, dinine, eğitimine, inançlarına, kişisel ve kamu statüsüne ve/veya finansal durumuna bakılmaksızın kaliteli sağlık hizmetine eşit erişim hakkına sahiptir. Bulgaristan Cumhuriyeti'nde başlıca hasta hakları; seçim hakkı, bilgi ve rıza hakkı, bakım ve tedavi hakkı, mahremiyet ve gizlilik hakkı ve organ nakli ve üreme durumundaki haklar sayılabilir (Sert, 2004: 82).

Bulgaristan Cumhuriyeti'nde başlıca hasta yükümlülükleri ise; sağlık sigortasına katkıda bulunma, maliyet paylaşımı (hastaca ayaktan tedavide %1 hasta katkısı ve hastanede tedavide %2 katkı sağlanmaktadır) ve önleme (hekimin verdiği talimatları dinleme) olarak hasta yükümlükleri sıralanabilir. Ayrıca Bulgaristan Cumhuriyeti'nde Sigortalı insan kendi sağlığını korumakla; kendisi birinci derece sorumludur. Bulgaristan Cumhuriyeti'nde vatandaş ve hastanın karar verme sürecine katılımı fikri sağlık hizmetleri kullanıcılarının ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilmesi ve daha demokratik yapabilmesi için toplumun her kesiminde geliştirilmektedir. Hastalar ve vatandaşlar aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesi ve kendi ihtiyaçlarına yönelik daha talepkar olmuşlardır. Her geçen gün daha çok insan

daha iyi bilgilendirilme ihtiyacının farkındadır. Son on yılda hasta hakları üzerine birkaç konferans Bulgaristan'da toplanmıştır. Hükümet dışı kuruluşlar vatandaşların karar verme sürecine katılımını teşvik etmede aktif rol üstlenmişlerdir. Hasta hakları ile ilgili sosyolojik araştırmalarda başlatılmıştır. Ancak teorik olarak güzel bir şekilde belirtilen bu hakların pratikte uygulanması zordur ve toplumun değişen kültürel inançlar ve davranışlarla iş birliği içerisinde olmasını gerektirmektedir (Kurtcebe, 2009: 49).

Bulgaristan'da hasta haklarının uygulanma süreci birey ve birçok organizasyonu içermektedir ve bu paydaşlar arası devamlı diyalog hasta hakları yasasının siyaset oluşumunu ve bu hakların düzgün uygulanmasındaki kaliteyi muhtemelen artıracaktır.

Danimarka:

Hasta hakları uzunca bir süreden beri Danimarka gündem oluşturmuş ve gündemdeki yerini korumuştur. 1938 yılında yapılan yasal düzenleme ile psikiyatri hastalarının özerkliklerinin ve onurlarının korumasını amaçlanmış ve Danimarka Meclisi bu konu ile ilgili yasal düzenlemeyi hayata geçirmiştir. (Görkey, 2003, s. 14)

Danimarka'da birçok mevzuat hasta haklarını koruyucu ve kollayıcı düzenlemeler içermektedir. Bu geniş mevzuata rağmen ülkede hasta hakları bilinçlenmesine yönelik rehberler hazırlanmış ve sağlık kurumları ile hasta hakları ilişkili kuruluşlara dağıtılabilmekten toplum ve sağlık personeli hasta hakları hakkında bilgilendirilmeye çalışılmıştır. 1992 senesinde hasta hakları ile mevzuatı ile ilgili bir yasa önerisi Danimarka Meclisi'ne sunulmuştur (Sert, 2004: 83).

Danimarka Parlamentosu 1 Temmuz 1998 tarihinde hasta hakları yasasını onaylamış ve düzenleme yürürlüğe girmiştir. Yapılan yasal düzenleme Danimarka vatandaşlarına Hasta Hakları ile ilgili Uluslararası Bildirgelerde ve düzenlemelerde tanınan güncel haklar ve bu haklara ilave olarak birtakım farklı haklar da vermiştir. Yapılan düzenleme ile 15 yaşının içersin de olanlardan da bilgilendirilmiş onam alınması ve sağlık kuruluşundaki tedavi sürecinde hastanın tedavisi ile ilgili verilecek olan kararlarda bir paydaş olarak düşünülerek katılımının sağlanmasını yasal olarak zorunlu kılmıştır. Yapılan düzenleme ile sağlıkları ile ilgili tutulan tıbbi belgelere erişim ve bu kayıtları inceleme hakkı ve bunlarla beraber bilgi edinme ve aydınlatılmış onam ile ilgili farklı konularda da yasal düzenlemeler yapılmıştır. (Kurtcebe, 2009: 49-50).

Finlandiya:

1919 yılında kabul edilen Finlandiya Anayasasının 6. maddesi her Finlandiya vatandaşının yaşamını ve bireysel özgürlüğünü güvence altına alır. Bu bireysel özgürlük bireyin fiziksel bütünlüğünü de içerir. Dolayısıyla hastaların kendi tedavileri ile ilgili karar verme haklarının anayasal temeli vardır.

Ülkede 1986 yılında yürürlüğe giren Patient Injury Act adlı yasaya göre ise zarar gören hastaların durumu bağımsız bir birim tarafından ücretsiz olarak incelenmektedir. Yine aynı yasaya göre hastalar gördükleri zararda ihmâl unsuru olup olmadığına bakılmaksızın tazminat talep etme hakkına sahiptirler.

Finlandiya'da hasta haklarına yönelik özel bir yasal düzenleme oluşturulması konusundaki tartışmalar 1980 yılında başlamış ve Finlandiya'da bu konudaki yasanın 1993 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte ülke hasta hakları konusunda Avrupa'daki ilk yasal düzenlemeye sahip ülke olmuştur (Silja Iltanen, 2011: 436-447).

Bu yasa, iyi sağlık hizmeti ve ihtiyaç duyulduğunda tedavi, tedaviye ulaşım, bilgilendirme ve acil tedavi gibi hükümler içermekte ve kendi bedenleri hakkında karar verme gibi aynı yasal düzenleme ile küçük hastaların statüsü, acil tedavi, karar verme yetisi olmayan hastaların durumu da açıklığa kavuşturulmuştur. Finlandiya'da hasta, yaşadığı bölgedeki bir pratisyen hekimi kendi hekimi olarak seçebilmektedir. Ancak hastaneye yatırılan hastaların kendilerinden sorumlu olan uzman hekimi seçmelerine sınırlama getirilmiştir. Buna rağmen hastanın, hekimine güveni yok ise, tedavi olmayı veya verilen sağlık hizmetlerini reddederek başka bir hekimin sorumluluğunu tercih etme hakkı bulunmaktadır. Finlandiya'da karar verme yetisine sahip hastaların izni olmadan, hastaların tedavilerine katılan sağlık personeli haricinde hiç kimse, hastalara ait olan bilgilere ulaşamaz (Görkey, 2003: 16). Hasta kendisine ait olan tıbbi belgelerin bir kısmını veya tümünü tahrip edemez. Hastalar kendilerine ait tıbbi bilgilerin kaydedilmesini reddetme hakları yoktur. Ancak kayıtlarda olabilecek hataların düzeltilmesini isteme hakkına sahiptirler. Ülkede hastalara ait bilgilerin meslek sırrı kapsamında gizli tutulması da yasal güvence altına alınmıştır. Hekimler, hekimlerin yardımcıları ve diğer tüm sağlık personeli kendilerine yetki verilmeden hastaya ve ailesine ait sırları açıklayamazlar. Ayrıca bu hasta hakları yasası, şikâyet yöntemi ve hasta ombudsmanlığı ile ilgili yeni hakları da gündeme getirerek, aldıkları tedaviden memnun olmayan hastaların ilgili kurumun sağlık hizmetleri müdürüne şikâyetlerini bildirme hakkı tanınmıştır. Daha üst

seviyede ise hasta, sorunu Medikolegal İşler Ulusal Kurulu'na ya da Bölgesel Hükümete götürebilir. Bir sağlık kurumunda tedavi gören bir hasta, şikayetini Devlet Adalet Konseyi Başkanına (Chancellor of the State Council) yönlendirebilir. Başkan, kamu memurlarının yöneticisi pozisyonunda olup onların çalışmalarını ve yaptıkları işleri denetlemekle yükümlüdür. Hastaların Hakları ve Statüleri Hakkındaki Yasaya göre her sağlık kurumu için bir ombudsman atanır. Ombudsmanlar hukukçu görevinde değildirler, ancak hastaların şikayetlerinin değerlendirilmesinde etkin olarak rol alırlar. (Aydemir, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, 2010: 28).

Finlandiya da yapılan bir çalışmaya göre Finlandiya'daki halk sağlığı merkezlerindeki çalışan sağlık profesyonellerinin hasta hakları bilgi düzeyleri araştırılmıştır. Yapılan bu çalışma neticesinde Finlandiya'da halk sağlığı uzmanları hastaların yasal haklarını kısmen bilmektedirler. En iyi bilinen hasta hakları;

1. İyi sağlık hizmeti alma hakkı
2. Tedavi olma hakkı
3. Sağlık hizmetlerine erişim hakları olarak Finlandiya'da öne çıkmıştır.
4. Finlandiya'da ez az bilinen haklar ise;
5. Hasta hakları bürolarını kullanma
6. Bilgi alma hakları olarak sıralanabilir.

Finlandiya'da araştırmaya katılan halk sağlığı profesyonellerinin %50'si ilgili haklar ve yasalar ile ilgili bilgilerinin zayıf olduğunu ifade etmektedirler. Bu zayıf bilgiye rağmen hasta haklarının önemli olduğunu düşünmektedirler.

Yapılan çalışma sonucunda Finlandiya'da halk sağlığı çalışanlarına yönelik daha çok eğitim verilmesi ihtiyacı belirmiş ve hastaların yasal hakları ile alakalı mesleki eğitimin geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Düzenlenecek eğitim programları sayesinde hasta hakları ve ilgili yasal düzenlemelere ait bilgi seviyesi yükselecek ve hasta hakları ihlalleri ve sonucunda doğabilecek mağduriyetlerin önlenmesi sağlanabilecektir.

Finlandiya'da hasta hakları yasasında başlıca olan haklar;

1. Hastaların iyi sağlık hizmeti alma hakkı
2. Tedaviye erişim hakkı
3. Bilgilenme hakkı, kendi kendine karar verme hakkı
4. Hasta bilgilerin mahremiyeti hakkı

5. Şikayet hakkı gibi hakları da içermektedir.

Mevcut yasadan dolayı Finlandiya’da insanlar hakları ve tedavilerinde daha çok bilgi ve söz sahibidirler. Bunun yanında sağlık çalışanlarının mesleki tutum ve davranışlarının daha da geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Yasa Finlandiya da yürürlüğe girdikten dört yıl sonra bile hastalar ve sağlık çalışanlarının yasa ile ilgili bilgi düzeyi oldukça düşüktü ve daha fazla bilgiye ihtiyaç duyuluyordu. Finlandiya yasası en iyi yüksek kalitede sağlık hizmeti alma hakkını vurgulamakta ancak bu hizmetin kalitesi yasada tam olarak belirtilmemektedir. Finlandiya da sürekli oturan her kişinin imkanlar ölçüsünde kendi sağlık durumunun gerektirdiği sağlık hizmetlere erişim hakkı vardır. Fin yasasına göre hastanın bakımı insanlık onurunu ihlal etmeyecek şekilde düzenlenmek zorundadır. Hastanın mahremiyetine (özeline) ve görüşlerine saygı gösterilmelidir. Eğer mümkünse anadili (ana dilde hizmet), bireysel ihtiyaçları ve kültürü de göz önünde bulundurulmalıdır. Hizmete erişim tedavinin gerekliliğine göre değerlendirilir. Talep edilen tedavi sonuçlanmazsa hasta bekletilmemeli ve tedavi edilebileceği bir merkeze yönlendirilmelidir. Kendi kendine karar verebilme ve yaşamla ilgili haklar Finlandiya yasasında sınırlıdır. Aydınlatılmış onam Finlandiya yasasında yoktur. Aydınlatılmış onam kullanılmamakta ve ancak karşılıklı anlayışla hastalar bilgilendirilmekte ve tedavi edilmektedir. Finlandiya da hastaların kendileri ile ilgili ciddi olaylarda bilgilendirilmeleri düşünülmektedir. Hastalara verilen tedavi sürecinde onlar ile ilgili ciddi kararlar verilmesi gerektiğinde hastalar bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme anlaşılır şekilde yapılmalıdır. Finlandiya vatandaşı olmayan yabancılara bilgi verildiğinde hastanın yazılı rızası alınmalı ama hastanın zihinsel hastalığı, engeli ya da benzer durumlarından dolayı bunu gerçekleştiremezse yasal temsilcisinden bu yazılı rıza alınmalıdır (Kurtcebe, 2009: 50-51).

Finlandiya da yapılan çalışmanın sonuçlarına göre: Sağlık çalışanlarına yönelik hasta hakları konulu hizmet içi eğitim gereksinimi vardır. Yaş, eğitim ve iş deneyiminin hasta hakları bilgi düzeyine çok fazla bir etki sağlamadığı anlaşılmıştır. Daha fazla hasta hakları alanında eğitim almanın hasta hakları bilinirliğini artıracak anlaşılmıştır. Mesleki eğitimde ve hizmet içi eğitimde hasta hakları ile ilgili daha fazla eğitim verilmelidir. Yeni eğitim yöntemleri geliştirilerekten bilgi seviyesi yükseltilmelidir (Sert, 2004: 83).

Fransa:

Fransa' da hasta hakları ile ilgili yasal mevzuat çok parçalı ve birçok yasa içerisinde maddeler şeklinde bulunmaktadır. Fransa da bu maddeleri toparlayarak bir yasa haline getirmek uzunca bir süre mümkün olmamıştır. Hasta hakları kavramı, ilk kez 1936 yılında Mercer davasında bir Yüksek Mahkeme kararı ile gündeme gelmiştir. Mahkeme, sağlık hizmetleri ile ilgili hasta ve hekim arasında bir kontrat olduğu hükmünü getirmiştir (Sert, 2004: 83).

Fransa'da Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 7. maddesinde "hastanın isteklerine olabildiğince saygı gösterilmesi gerektiği" vurgulanmaktadır. Hekim-hasta ilişkisi ise tıbbi bir sözleşme olarak kabul edilir ve ülkenin Medeni Yasasında yer alır. Fransa' da hasta kayıtlarının gizliliği ile ilgili bir dizi yasal düzenleme mevcuttur (Görkey, 2003: 16). Bu çerçevede hastalar kendileri ile ilgili tıbbi kayıtlara ulaşma güvencesine sahiptirler. Hastanede yatmakta olan hastaların hakları ise farklı bir yasa ile güvence altına alınmıştır (Kurtcebe, 2009: 51-52).

Hasta hakları konusuna değinen ilk Fransız hukuk metni 20 Eylül 1994 tarihli bir bakanlık genelgesi olmuştur. Fransa'da 1996 yılında toplanan Sosyal ve Ekonomik Konsey hasta hakları konusunda hazırladığı raporu hükümete sunmuş ve önerilerde bulunmuştur. Fransa'da 2002 yılında "Hasta Hakları ve Sağlık Sisteminin Niteliği" konulu bir yasa yürürlüğe girmiştir (Aydemir, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, 2010, s. 29).

Gürcistan:

Tam bağımsızlığını 1990'larda kazanan ülkelerden Gürcistan'da 10 Aralık 1997 yılında parlamentoda onanarak yasalaşıp yürürlüğe giren Sağlık Hizmetleri Yasası geniş kapsamlı bir düzenlemedir (Kurtcebe, 2009: 52).

Yasa hastaların özerkliği, ötenazi, bilgilendirilmiş rıza, beyin ölümü, insan üzerinde yapılacak klinik araştırmalar, aile planlaması, organ ve doku nakli, kan bağıışı, psikiyatri hastalarının hakları gibi kavramlara içeren kapsamlı bir düzenlemedir. 5 Mayıs 2000'de ise hasta haklarını ilgilendiren yeni bir yasal düzenleme daha yayımlanarak Gürcistan da yürürlüğe girmiştir (Görkey, 2003: 17). Yürürlüğü giren mevzuat temel hasta hakları maddelerinin ile beraber aynı yasal düzenleme içinde genetik danışmanlık, hamile kadınlar ile çocukların haklarına yönelik maddeler de yer almaktadır (Sert, 2004: 84).

Gürcistan bu geniş yasal düzenlemeler ile Gürcü vatandaşlarını yasalar ile hasta hakları konusunda korumaya almıştır.

Hollanda:

Hollanda Avrupa kıtasında hasta hakları konusunda en fazla çalışmanın ve düzenlemenin görüldüğü ülkelerden biridir. Hollanda, doktorların hastaları ile ilgili sorumlulukları noktasında yasal düzenleme yapan ilk Avrupa ülkesidir (Aydemir, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, 2010: 28).

Hollanda Anayasa'sı 22. Maddesinde "var olan kaynaklar çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasını ve ulaşılabilirliğini" yasal olarak garanti etmektedir. 1995 yılı başlarında yürürlüğe giren Tıbbi Sözleşme Yasası kapsamında bilgilendirilmiş rıza, hasta özerkliği ve hastanelerin yükümlülükleri gibi konular detaylı bir biçimde yasada ele alınarak garanti altına alınmıştır (Kurtcebe, 2009: 52-53).

1995 yılı ağustos ayı içerisinde kabul edilerekten yayımlanarak yürürlüğe giren ve hasta insanların şikayetlerini düzenleyen kanun bir önceki düzenlemede eksik kalan yönleri tamamlamıştır. Hollanda'da hastalar doktorlarını özgürce seçebilme hakkına sahiplerdir. Bu seçme hakkı hastaneye yatan hastalarda uzman hekimi seçiminde sınırlıdır. Yürürlükteki tıbbi sözleşme yasası kapsamında hasta insanlar tedaviyi reddedebilmektedirler. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti sunan doktorlar da hastaları ile olan ilişkilerinde güven eksikliği yaşadıklarını düşündükleri durumlarda hastalarını reddetme, hastalarını muayene ve tedavi etmeme hakkına sahiptirler. Tedavi gören kişilerin kendileri ile ilgili tıbbi dosyalarına ulaşma ve mahremiyet hakları ise Tıbbi Sözleşme Yasasının yanı sıra Kişisel Verilerin Korunması Yasası kapsamında da yasal garanti altına alınmıştır. Meslek sırrı kavramı ile ilgili meseleler Tıbbi Sözleşme Yasasının yanı sıra ülkenin Ceza Hukuku içerisinde yer almaktadır. (Görkey, 2003: 18).

Hollanda'da hastaların şahsi bilgilerin gizlenmesi insan hakları kapsamında düşünülmektedir. Son yapılan yasal düzenlemelerden sonra Hollanda'da doktorlar, diş doktorları, eczacılar, eczacı kalfaları, ebe ve hemşireler meslek sırrı kapsamında mesailerini esnasında hastalara ait edindikleri bilgilerden dolayı sorumlu tutulmaktadır. Son dönemde bu kapsama Hollanda'da psikologlar ve psikoterapistler de dahil olmuştur (Sert, 2004: 84).

İngiltere:

Temel insan hakkı olarak sağlık kavramı; insanın kendisi kadar eskidir. Pek çok araştırmacı insan haklarının doğuşunu 18 yy içine atfetmişlerdir. İngiltere’de devlet ve vatandaş arasında sağlık hakkı ile ilgili herhangi bir anlaşma olmamıştır ve bu konuda kapsamlı düzenlemeler çok eskiye dayanmamaktadır.

İngiltere’de 1948 yılında BM insan hakları evrensel beyannamesi ilan edilinceye kadar ki zamanda da sağlık hakkının uluslararası düzeyde bir hak olabileceği düşünülmemiştir.

Dünyada temel insan hakkı olarak sağlık kavramı uluslararası düzeyde önem kazanmasına karşın; İngiltere’de öncelikli temel insan hakkı olarak algılanmamış ve bu hak temel vatandaşlık hakkı olarak düşünülmüştür ve bu bakış açısı ile değerlendirilmiştir (Mold, 2012: 2030-2036).

1911 yılında İngiltere’de ulusal sağlık sigorta yasası zorunlu sağlık sigortasını meydana getirmiştir. İngiltere’de 1948 yılında ise ulusal sağlık servisi kanunu ile tüm vatandaşlar sınıfsal ayırım ve varlık düzeyine bakılmaksızın ağız dış sağlığı hizmetleri ve tıbbi bakım hizmetlerinden kapsam içerisinde yararlanması öngörülmüştür.

İngiltere’de bütün liberal, muhafazakar ve işçi hükümetleri tüm hakların üstünde bir hasta hakkına odaklanmışlardır. Oda seçme hakkıdır. İngiltere de bütün hükümetler sağlıkta seçme hakkını geliştirmek için çabalamışlardır. İngiltere de 1960 sonrası sağlık alanında üç yaklaşım hakim olmuştur. Bunlar; hasta hakkı olarak sağlık, tüketici olarak sağlık ve vatandaş olarak sağlık şeklindedir.

Hasta hakları ile ilgili yoğun çalışmalar İngiltere’de 1990 yılı içerisinde başlamıştır. Bu zaman aralığında hasta haklarının temel kavramsal alt yapısı oluşturulmuştur, ana çerçeve şekillendirilmiştir ve Ulusal Sağlık Hizmetlerinde reformlara niteliğinde yeni düzenlemelere gidilmiştir (Görkey, 2003: 18). İngiltere vatandaşlarına pratisyen doktorları seçebilme özgürlüğü verilmiştir. Ancak uzman hekimini seçme özgürlüğü tanınmamıştır. İngiltere de hastaların tıbbi dosyalarına erişim hakkı ise 1991 yılında yayımlanarak uygulamaya geçen yasa ile düzenlenmiştir. İngiltere’de 1987 tarihinde yürürlüğe girmiş bulunan Verilerin Korunması Yasası; hastaların bilgileri ile beraber elektronik ortama aktarılmış bulunan bilgilerin de gizli tutulması konusunu yasal garanti altına almıştır (Sert, 2004: 84). İngiltere’de Ocak 2009 tarihinde işçi partisi hükümeti İngiltere için ulusal

sağlık sistemi yasasını çıkarmıştır. Bu yasa ulusal sağlık sistemine rehberlik eden, prensip ve değerleri ortaya çıkarmak için hazırlanan bir dizi haklar, sorumluluklar ve vaatlerden oluşmaktadır. Yasa ile hastalara; Sağlık Hizmetlerine erişim, Hizmet ve çevrenin kalitesi, Ulusal olarak onaylanmış tedavilere erişim, Saygınlık, Rıza, Mahremiyet ve Aydınlanmış onam gibi hakları içeren 25 hak düzenlenmiştir.

Ulusal sağlık sisteminde ilk kez bu yasa çalışan, hasta ve diğer halkın ulusal sağlık hizmetinden neler beklemesi gerektiği konusu ile ilgili konuları bir çatı altında toplamıştır (Kurtcebe, 2009: 53).

İsrail:

İsrail'de hasta hakları yasası 1 Mayıs 1996'da yürürlüğe girmiştir (Görkey, 2003: 19). Yasa sağlık hizmetlerine ulaşım, ayrımcılığın önlenmesi, hastanın onuru ve mahremiyetinin sağlanmasını güvence altına almıştır. Yasada aydınlatılmış onam ve tıbbi bilgilerin gizliliği ve bu bilgilerin korunması bölümlerine kapsamlı olarak yer verilmiştir. Yasada ayrıca etik komitenin kuruluş ve işlevleri ile güvenlik güçleri ile ilgili maddelere yer verilmesi diğer ülkelerin hasta hakları yasalarından farklı bir yapısı olduğunun göstergesidir (Kurtcebe, 2009: 54).

İsrail'de yasalarla İsrail vatandaşlarına verilen hasta hakları; tüm İsrail vatandaşlarının ırkına, dinine, cinsiyetine, cinsiyet kimliğine, sakatlığına, yaşına, asker-sivil, sosyal güvencesine (ödeme kaynağına) bakılmaksızın en yüksek sağlık hizmeti almaya hakkı vardır. Hastaların ziyaretçi seçme, ziyaretçisini kabul etme ya da reddetme hakkı vardır. Hastaların diğerleri tarafından saygılı davranılma hakkı vardır. Hastaların tıbbi merkezin kapasitesi içerisinde mahremiyet hakkı vardır. Tüm İsrail vatandaşı hastaların sağlık durumu ile ilgili tüm bilgiyi öğrenme ve araştırma hakkı vardır. Belli durumlarda özel bilgiler ve alternatif tedaviler hakkında bilgi alma hakkı vardır. Hastaların tedavi ve bakım ile ilgili personel hakkında bilgi alma, personel seçme hakkı vardır. Hastaların bilimsel araştırmalarda katılmama hakkı vardır. Hastaların kendisi ya da toplumun güvenliğini etkileyebilecek türden bir bulaşıcı hastalığının olmadığı durumlarda doktorların aksini tavsiye etse de sağlık merkezinden ayrılma hakkı vardır. Hastaların tıbbi kayıtlara erişim hakkı vardır. Hastaların parasal destek alma ihtimali hakkında bilgi alma ve soruşturma hakkı vardır. İsrail de İsrail vatandaşlarının tedavi sürecinde yardımla ilgili birçok seçenek var olup finansal destek ofisi hastalara en uygun yardımı temin etmek için çalışmaktadır. İsrail de hastaların sigara içilen ortamda bulunmama hakkı vardır.

Hastaların sağlık bakım planlarına katılarakdan tedavi sürecinde söz hakkı vardır ve İsrail’de tercüman temin ve bulundurma, işitme engelliler için işaret dili bilen tercüman bulundurma hakkı vardır (Sert, 2004: 85).

İsveç:

İsveç’te hasta haklarını tanımlayan özel bir yasa bulunmamaktadır. Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları Yasası içerisinde hasta hakları ile ilgili bulunan maddeler hasta haklarını garanti altına almaktadır. Sağlık ve Tıbbi Hizmetler Yasası ve Sağlık Personelinin Sorumlulukları Yasası içerisinde kanunlarda hastanın kendi bedeni üzerinde tasarrufta bulunma hakkı tanımlanmıştır (Sert, 2004: 85).

İsveç’te Hastalar kendileri hakkında tutulmuş olan tıbbi hasta dosyalarına ulaşma hakkına sahiptirler. Hastalarla ilgili tıbbi kayıtların güvenliği ise İsveç’te ayrı yasal bir mevzuat kapsamında garanti altına alınmıştır İsveç’te hastaların kendileri ile ilgilenmesini istedikleri pratisyen doktorlarını seçme hakları vardır (Kurtcebe, 2009:54).

İsviçre:

İsviçre’de hekim hasta ilişkisinin Federal Yasalar içerisinde bir akit olduğu varsayılmaktadır. Hastadan alınan aydınlatılmış onamları da bu akit bağlamında değerlendirilmektedir. İsviçre’de hasta haklarına tek bir yasa bulunmamaktadır. Hasta haklarına ilişkin düzenlemelerin birçok birbirinden bağımsız yasa içerisinde yer aldığı söylenebilir (Sert, 2004: 85).

İsviçre’de federal yapıyı oluşturan eyaletler (Kantonlar) sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili yapacakları yasal düzenlemelerde merkezi hükümete bağımlıdırlar. Yürürlüğe koymayı planladıkları yasal düzenlemeler ulusal kanunlarla ters düşmemelidir. İsviçre’de Kanunlar hekimlere ve hastalara farklı görevler yüklemektedir (Kurtcebe, 2009: 54-55).

İtalya:

İtalya’da hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerin tarihi eskilere dayanmamaktadır (Kurtcebe, 2009: 55).

1980 tarihinde uygulamaya alınan Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası ile ülkedeki vatandaşlara bir takım haklar tanımıştır. Bu haklardan bazıları; hekim seçme hakkı ve ücretsiz hastaneye yatırılma hakkı vb. haklardır. İtalya’da 23 Aralık 1978 yılında yürürlüğe konulmuş olan yasa ile ise büyük hastanede hastaların başvuru yapip

yardıma alacağı birimler oluşturulmuştur (Sert, 2004: 85).

İran:

İran'da hatalı tıbbi uygulamalara yönelik özel yasalar ve bu yasaları uygulayacak bu alanda ihtisaslaşmış savcılıklar ve özel ihtisas mahkemeleri mevcuttur.

İran Ceza Kanunu içerisinde yer alan hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeler hastalara tıbbi müdahalelerde söz sahibi olma, aydınlatılmış onam ve rızaya ile ilgili açık ve kesin hükümler içermektedir. İran'ın nüfus artış hızı yıllık yüzde 1 olmakla beraber, hekimlere yönelik hasta hakları ihlallerine dayalı şikayetler her yıl yüzde 10'luk bir oranda artmaktadır.

Bu sonuçlar İran'da insanların hakları hakkındaki bilgi seviyelerinin yükselmekte olduğunu ve haklarını talep etmede daha istekli olduklarını ortaya koymaktadır (Hakeri, 2011).

İran'da üç ayrı tip hizmet sunan (Kamu, Özel ve Eğitim Araştırma) sağlık tesislerinde yapılan bir bilimsel araştırmada ortaya çıkan sonuçlara göre; bütün çalışan meslek grubu mensupları neredeyse hasta haklarının gerekliliği olması konusunda hemfikirlidir (Leila Dehghan, 2013: 1-6).

Gruplar arası en yoğun anlaşmazlık; hastaların bilgi erişim hakları ve tedavi planına karar verme hakkı arasında olmuştur. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre sağlık hizmeti sunanlar özellikler doktorlar; hastaların bilgiye erişim, seçme ve karar verme hakları ile ilgili daha çok önemsemeliler bu konudaki dikkatin geliştirilmesi gereklidir. Bu çalışmada hastalar ve doktorların fikirleri arasındaki anlaşmazlıklara bakıldığında; hastaların doktorlara kıyasla kendi haklarına ilişkin daha yüksek beklentilerin olduğu saptanmıştır. Bu da İran'da hasta hakları bilgi seviyesinin yükseldiğinin ve haklara olan talebin arttığına göstergesi sayılabilir (Parsapoor, 2012: 1-9).

Çalışmaya katılan bütün gruplar hasta haklarının gerekli olduğuna inanıyor ve bu hakları savunuyorlar. Bu çalışma neticesinde hekimlerin, sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta haklarının gözlemlenmesi gerekliliği ile alakalı farklı düşünceleri olduğunu ortaya koymuştur. Araştırma sonucunda hasta hakları eğitimlerinin meslek grupları ve vatandaşlar açısından geliştirilerek, bilgi düzeyinin artırılması gerekliliğine vurgu yapmaktadır (Parsapoor, 2012: 1-6).

İzlanda:

İzlanda'da 1997 tarihinde hasta hakları ile ilgili yasal düzenleme hazırlanmıştır. İzlanda yasası, insana yakışacak şekilde hasta hakları tanımlayarak hastaların, sağlık hizmeti temininde yasal duruşlarını güçlendirildi ve hasta ile sağlık çalışanları arasındaki mevcut meslek sırrına dayalı ilişkiyi desteklemiştir (Görkey, 2003: 20). Yasa aynı zamanda çocukların hakları ile ilgili hükümler içermektedir. Yasa 16 yaşından küçük çocuklar hakkındaki uygulamaları şekillendirerekten çocuklara yaş ve seviyelerine uygun sağlık durumları ile ilgili bilginin paylaşılması gerekliliğine vurgu yapmıştır (Sert, 2004: 85).

İzlanda yasası çocukların tedavi sürecini hassas bir şekilde ele alarakten gereksiz tıbbi girişimler yapılmasını engellemeyi amaçlamıştır ve bu nedenden ötürü ebeveynlerin ve diğer yakın akrabalarının çocuk hastaların yanında bulunmalarını zorunlu kılarak izin vermiştir.

İzlanda'da yasa ile ilgili bilgilendirme sürecinin hızlanması için Sağlık Bakanlığı, hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları için kitapçıklar hazırlatmış ve yasanın özünü vurgulayacak materyallerle bu çalışmayı desteklemiştir. Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarının eğitiminde, hasta hakları ile ilgili birçok çalışmalar yapmıştır. (Aydemir, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi (Doktora Tezi, 2010: 29).

Litvanya:

Litvanya'da 1990 yılı öncesi sağlık sektöründe hasta hakları ile ilgili bir yasa mevcut değildi. 1990 yılında Litvanya Anayasası'nda sosyal haklar ile ilgili yapılan düzenlemeler ile hasta hakları yasal bir zemine kavuştu. Bu yasal düzenlemeler ile hastalandıklarında kişinin tıbbi yardım alması teminat altına alındı. 1994'te hasta hakları ile ilgili yeni bir yapısal yasal düzenleme çalışılmaya başlanıp, 1996 ise hasta hakları ile ilgili hazırlanan yeni düzenleme yasalaşarak yürürlüğe girmiştir (Görkey, 2003: 20).

Bu yeni yasa ile Litvanya vatandaşları; sağlığa erişim hakkına, hekimini seçme hakkına, aydınlanma hakkına, tedaviyi reddedebilme hakkına ve mahremiyet hakkı gibi özgün haklara kavuştular. Ayrıca Litvanya Anayasası 53. Madde; "Devlet vatandaşların sağlığını gözetir ve bir kişinin hastalığı durumunda tıbbi yardım ve servisleri garanti eder" ifadesini içermektedir (Kurtcebe, 2009: 55).

Litvanya yasanın temel prensipleri; İyi kalitede sağlık hizmetine erişim hakkı, Sağlık kuruluşu ve hizmet sunanı seçme hakkı, hizmetler ve fiyatları ve nasıl erişileceği ile ilgili ve hizmet veren kişi hakkında bilgi alma hakkı gibi yasanın temel prensipleri olarak ortaya çıkmaktadır. Litvanya’da hastalar Sağlık durumu, teşhisler, tedavi yöntemleri ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptirler. Hastalar kendi sağlık durumu ile ilgili isteği halinde ve yazılı onayıyla bilgilendirilmeye bilir yani bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler. Hastanın tutulan tıbbi dosyasına erişim hakkı vardır. Litvanya’da hastanın bir sağlık merkezindeki kalışı, teşhisi vb. kişisel bilgileri otomatik olarak mahrem olarak düşünölmeli ve hastanın ölümünden sonra dahi vasileri, mirasçıları ve eşi anne ve babası ve çocukları bu bilgiyi alabilirler ve bunların dışındaki kişilere bilgi hastanın yazılı rızası ile verilebilir. Aksi halde hastaya ait tıbbi dosyalar ve bilgiler hiçbir kimse ile paylaşılmaz.

Bu hakların yanında Litvanya’da hastaların halka açık sağlık hizmeti hakkı, şikayet hakkı, bio medikal eğitim süreçlerine katılma hakkı ve tazminat hakkı gibi çok güncel hakları da mevcuttur. Litvanya’da temel 10 hasta hakkı bulunmakta ve sağlık hizmet sunucular bu çerçevede hizmetleri sunmaktadırlar (Sert, 2004: 86).

Macaristan:

Macaristan’da hasta hakları ile ilgili düzenlenmiş tekbir yasa yoktur. Macaristan’da hastaların hakları farklı birçok yasalar içirişinde düzenlenmiştir. (Görkey, 2003: 21).

Bununla birlikte aydınlatılmış onamın temel gereklerini sağlayacak yasal düzenlemeler bulunmaktadır. Macaristan’da hastaneye yatışı yapılan hastaların bilgilendirilmesi onamının alınması yasal olarak zorunludur. Doktorlar ve sağlık çalışanları Macar yasalarına göre hastaya ait edindikleri bilgileri saklamakla yükümlüdürler (Kurtcebe, 2009: 55-56).

Macaristan’da hasta haklarını içeren yasal düzenlemeler yeterli değildir. Macaristan’da 15 Aralık 1997 tarihinde uygulamaya giren Halk Sağlığı Yasası’nda hastaların hakları ve hastaların yükümlölükleri, hastaların özerkliği ve kendi bedenleri hakkında karar verme hakları ve insan üzerinde yapılan biyomedikal araştırmalarda deneklerin hakları gibi birçok konuda düzenlemeler yapılmıştır (Sert, 2004: 86).

Norveç:

Norveç'te hasta hakları ile ilgili düzenlemeler 1999 yılına kadar farklı yasal düzenlemeler içerisinde parça parça yer almaktaydı (Görkey, 2003: 21). 1999'da Norveç'te hasta hakları yürürlüğe girdi ve bu parçalı yapı tek bir yasada toparlanarak hastaların hakları güvence altına alındı. Özellikle 1980'den sonra hasta haklarının geliştirilmesine yönelik talepler ortaya çıkmaya başladı (Kurtcebe, 2009: 56).

1999 yılında yayımlanarak yürürlüğe giren hasta hakları yasası Norveç vatandaşlarına; aydınlatılmış onam ve çocuklardan alınacak aydınlatılmış onamın ile ilgili önemli kazanımlar sağladı. Bununla beraber yasa hastalara tedavi olmak istediği hastaneyi belirleye bilme hakkı ile birlikte hastalara; kendilerine özel tedavi planlarının oluşturulması hakkı tanıdı (Sert, 2004: 86).

Polonya:

Polonya'da 28 Ekim 1950 de hayata geçen ve tıbbi uygulamaları düzenleyen sağlık yasası doktorlara aydınlatma ve onam alma mecburiyeti getirmemiş yasa hastanın doktoruna başvurarak sağlık şikayetlerini iletmesini ve muayene olmasını yeterli sayılmıştır (Görkey, 2003: 22).

1978 yılında Polonya Tıp Birliğinin kabul ettiği Etik ve Deontoloji ilkelerde de aydınlatılmış onam, hastanın hakları arasında sayılmış fakat yasal bir güvence altına alınmamıştır. Polonya'da hastaların tıbbi dosyalarına erişimleri ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme bulunmamaktadır (Sert, 2004: 87).

Doktorların ve sağlık çalışanlarının hastalar hakkında edindikleri bilgiler meslek sırrı kavramı içerisinde düşünülmüş ve hekimlerin hastasına karşı ödevi olarak kabul edilmiştir. Hekimin meslek sırrı sorumluluğu hastanın ölümünden sonrada devam etmektedir. 1991 yılında yürürlüğe giren yasa ile hastaların mahremiyet hakkı ve hasta onuru güvence altına alınmıştır (Kurtcebe, 2009: 56-57).

Portekiz:

Portekiz'de 1968 tarihli yasa hastaların onamı ile ilgili düzenlemeleri içermektedir ve hastaların aydınlatılmasını güvence altına almıştır (Sert, 2004, s. 87).

1989 yılında yapılan düzenlemeler ile Anayasa'da var olan mevcut haklar tekrardan güvence alınıp, hastalara birçok yeni hak verilmiştir (Görkey, 2003, s. 23).

1993 yılında yapılan düzenlemeler ile Portekiz'de hasta mahremiyetine ilişkin konular ve meslek sırrı yasal güvence altına alınmıştır (Kurtcebe, 2009, s. 57).

Romanya:

Romanya'da 1978 yılında yapılan yasal düzenlemeler ile hastalara başta aydınlatılmış onam olmak üzere birtakım haklar verilerekten yasal güvence altına alınmıştır. Yapılan düzenleme hekimlere hastalarını bilgilendirme yükümlüğü yüklemiştir (Kurtcebe, 2009: 57).

Romanya'da hastalar tıbbi kayıtlarının bir bölümüne erişim hakkına sahiptirler. Bulaşıcı hastalıklar gibi toplumu ilgilendiren konularda Romen vatandaşların tıbbi bilgiye ve hasta dosyalarına erişim izni yasalarla sınırlandırılmıştır (Görkey, 2003:23).

Hekimler ve sağlık çalışanlarının hastalarla ilgili edindikleri Mesleki bilgilerin açıklanması Romen Ceza Hukuku içerisinde değerlendirilmiş ve güvence altına alınmıştır (Sert, 2004: 87).

Rusya:

Rusya'da 1917 Rus Devrimi sonrası hizmetler sistemi ortaya çıkartıldı ve Rus vatandaşları için sağlık hizmetlerine erişim ücretsizdi. Sağlık harcamaları devlet harcamalarından finanse ediliyordu.

Rusya'da 1917 sonrası ilk kez planlama ilkeleri uygulanarak sağlık kurumlarının hizmet ağının oluşumu teorik olarak tanımlandı ve pratik olarak uygulandı. Bu yapılanma nüfusun koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsayan tıbbi hizmet ve eğitime olan ihtiyacı çerçevesinde şekillendirildi. Çevrenin korunmasına yönelik hijyen koşulları, iş hayatı ve güvenlik durumları aktif bir şekilde geliştirildi. Rusya'da sağlık hizmetlerinin başarısı 1978 yılındaki Almaata uluslararası konferansı ve UNICEF konferansında Temel Sağlık Hizmeti alanında yüksek beğeni ve itibar gördü. Rus sağlık sisteminin temel ilkeleri Almaata Deklarasyonu'nun da belirtilmiş ve şimdiye kadar önemli değeri olmuştur. Totaliter bir devlet ve finansman eksikliği çeken merkezi yönetim altında oluşturulan Rus sağlık hizmetleri sistemi nüfusun sağlık hizmetleri ile ilgili değişen ihtiyaçlarına zamanında karşılık vermekte zorlandı. İhtiyaçların karşılanmasındaki eksiklikler sağlık göstergelerinin kötüleşmesine yol açtı. Sovyetler Birliği ve Sovyet Devlet Sistemi'nin parçalanması; demokratik toplum ve serbest piyasa ekonomisine yavaş geçiş; derin sosyal, ekonomik ve siyasal krizlere Rusya'da yol açmıştır. Bu da toplum hayatının her yönünü etkilediği gibi sağlık hizmetlerini ve eczacılık alanlarını da etkilemiştir (Tsyboulsky, 2001: 257-263).

Rusya’da geçiş döneminde yaşanan bir dizi zorluğa rağmen sağlık yöneticileri, sağlık personeli ve sağlık kurumlarını ayakta tutabilmeyi başardılar. Bu aba Rusya da sistemin yeniden yapılandırılmasına imkan sağlamıştır. 1997 yılında Rus hükümeti sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi kavramını kabul etmiştir ve bu durum sağlık sisteminin yeniden yapılanması ve eksikliklerin giderilmesi için umut vericidir. 10 Aralık 1948’de vatandaş haklarının genel deklarasyonu ve 4 Kasım 1950’de yapılan Temel zgrlk ve insan haklarının korunması üzerine yapılan Avrupa toplantısı demokratik toplumun gelişmesi için en önemli araçlar olmuştur. İnsanların temel haklarından birinin de sağlık hakkı olduğu bu deklarasyon ve toplantılar sonucu Rusya’da kabul edilmiştir.

Sağlık hakkı bir dizi ekonomik ve sosyal haklarla ilişkilidir. “P. Farmer; İnsanların haklarını da içeren sağlık alanının son yıllarda gittikçe genişlediğini buna karşın sınırlarının da kesin olarak tanımlanmadığını vurgulamıştır” (Tsyboulsky, 2001: 257-263).

Rus devletinin kuruluşu ve Rusya Federasyonu Anayasası’nın kabul Rusya’da insanların temel haklarının gerçekleştirilmesinde gerekli koşulları ortaya çıkar mıştır. Rus Anayasası’nın 2. Fıkrası’nda “İnsanlarımız hakları ve özgürlükleri maksimum değere sahiptir. İnsanlarımızın haklarının ve özgürlüklerinin tanınması, bağlılığı ve korunması devletin görevidir” der. 17. ve 64.maddelerde vatandaşların temel hakları belirtilmiş ve garanti altına alınmıştır.41. madde sağlık hizmetlerinin korunması hakkına atıfta bulunmaktadır (Görkey, 2003: 23-24).

Rus Federasyonu’nun yasaması vatandaşların sağlığının korunması üzerine bazı temeller içermektedir ve bu temeller vatandaşların sağlığını garanti altına alırken Rus devletinin aktivitelerinin her yönünü içeren temel kuralları belirtmektedir. Rus sağlık yasaı vatandaşların sağlığına zarar vermeyi yasaklar. evre, gıda ürünleri ve tıbbi araçların hijyenik kontrolleri gibi yasal engeller insanların hayatlarının güvenliklerinin sağlanması ve sağlık koşullarının garanti altına alınmasını istemektedir. Yasa risk altındaki grupların ve nüfusun ayrı gruplarının sağlığını korumak ve gclendirmek için hizmetlerin oluşumuna ve her iki programın gelişimini sağlamaktadır. Rusya’daki hasta hakları problemi her zaman Rusya’nın önde gelen hekimleri tarafından etkinliklerinin etik kurallarının bütüncül bir parçası olduğunu düşünmektedirler. Rus uzmanlar hasta haklarının yasalarca korunduğunu belirtmişlerdir. Rusya’da iki türlü hasta hakları vardır. Bunlar;

1. Kamusal Hasta Hakları: Kamu Hakları sağlının geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmayı da içeren yeterli miktarda kaliteli sağlık hizmetlerinin sürdürebilmek için toplumun yükümlülüklerini temsil eden ayrıca bu haklar nüfusun ihtiyaçlarına göre tedavi ve rehabilitasyon sağlamayı da içerir.
2. Hastaların Bireysel Hakları: Rusya da mevcut bu temel haklardan bazıları; iyi sağlık hakkı, sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti ve uygun tedavi hakkı, teşhisin, tedavinin ve hemşirelik hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde saygın bir yaklaşım hakkı, aktif tıbbi tedaviyi reddetme hakkı, sağlık durumu hakkında ayrıntılı bilgi alma hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, ikinci bir fikir alma fırsatı tanınması hakkı, teşhis ve tedaviyi içeren bilgilerin mahremiyeti hakkı, refakatçi hakkı ve şikayet etme hakkı olarak sıralanabilir.
3. Yukarıda sayılan haklar Rusya Federasyonu yasalarınca Rus vatandaşlarına verilen ve yasal koruma altına alınan haklardır (Kurtcebe, 2009: 57-58).

Yunanistan:

Yunanistan'da hasta hakları ilk olarak 1939'da yayınlanan Tıp Pratiği Kodları'nda ele alınmış hasta ve yakınlarına birtakım haklar sağlanmıştır. (Aydemir, Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi (Doktora Tezi, 2010: 29).

1990'lı yıllarda Yunanistan hasta hakları ile ilgili kamuoyu farkındalığı daha da artmıştır. Aslında Yunanistan 1992 yılında hastanede kalan hastaların haklarına yönelik direkt yasa yapan ilk Avrupa lkesidir.

Bu Yasayı 1997 yılındaki hasta haklarını tüm nüfusu kapsayacak şekilde genişletilmış ve 1992 yılındaki yasanın gerekliliklerinin uygulanmasını da sıkı takip etmiştir (Merakou & Tragakes, 1999: 71-81).

Yunanistan da hasta haklarına ilişkin yasal süreç üç aşama geçirmiştir. Bu süreçler;

1. 1992 yılına kadar olan süreç:1992 yılına kadar Yunanistan da hasta hakları vatandaş haklarını koruyan yasada dolaylı olarak belirtilmiştir.
2. 1992 yılı ve 1997 yılı arası dönem: 1992 yılında; 1979 Avrupa Hastane Hastalarının Hakları Tüzüğü temelinde hazırlanan direkt olarak hastaların haklarına atıfta bulunan yasa ilk kez Sağlık Sistemlerinin Modernizasyonunu ve Organizasyonu Yasası aracılığı ile geçmiştir.

3. 1997 sonrası aşama: 17 Temmuz 1997 yılındaki sağlık hizmetleri reform yasası ile başlamıştır. 1992 yılına kadar Yunan Anayasası ve Sağlık Yasasına göre devlet; vatandaşlarının yaşamını ve sağlığını korumakla ve vatandaşlarının ekonomik, sosyal ve mesleki statüsüne bakılmaksızın hepsine eşit şekilde sağlık hizmetleri sunmakla yükümlüdürler.

Yunanistan'da 1992 yılına dek olan haklar; fiziksel güvenlik hakkı, özgür seçim hakkı, bilgi hakkı, rıza hakkı, gizlilik hakkı ve reşit olmayanlar, zihinsel engelliler ve araştırma konusu olanlara dair haklardır. Yunanistan'da 1992 Yasası (1997 yılına kadar olan dönem): Yunan Anayasasınının 47. Maddesi hastanede yatan hastaların haklarını içermektedir. Sırası ile bu haklar;

1. Her hastanın sıkıntısını çekmekte olduğu hastalıklarla ilgili en uygun hastane hizmetine erişim hakkı vardır.
2. Her hastanın insan olmasından ötürü insana yakışır hizmet alma hakkı vardır.
3. Her hastanın üzerinde uygulanması tasarlanan her hangi bir teşhis, terapi kendince alma yada reddetme hakkı vardır.
4. Hasta kısmen ya da tamamen zihinsel engelli ise hasta ile ilgili karar almada vasisi yetkilidir.
5. Her hastanın kendi durumuna ilişkin bilgi talep etme hakkı vardır.

Hastanın bilgileri belirleyici olacaktır ve ona verilen bilginin kapsamı ve kesin olacağı da garanti altına alınmıştır. Yani hastaya sunulacak bilgi kendi durumunun tıbbi, sosyal ve finansal parametrelerinin tam bir özetini ifade etmelidir (Kurtcebe, 2009: 58).

Yunanistan'da 1997 yılından günümüze olan dönemde Hasta Hakları Yasası ile ilgili en güncel gelişme 17 Temmuz 1997'deki Sağlık Hizmetleri Reformu Yasası'nda ortaya çıkmıştır. Hasta haklarına ilişkin bu yasanın en önemli özelliği; önceki yasa hastanede yatan hastalarla sınırlı iken 1997 yılındaki düzenleme ile tüm ilk sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan her kesi kapsamıdır. Bu düzenleme tüm acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan herkesi kapsamıştır (Sert, 2004: 87).

1.2.3 Uluslararası Hasta Hakları Bildirgeleri

1.2.3.1 Birleşmiş milletler insan hakları evrensel beyannamesi

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilmiş ve ilan edilmiştir. Beyanname ile uluslararası toplumca kabul gören çeşitli haklar ilan edilmiştir. Beyannamenin başlangıç bölümünde; “Genel Kurul; bu hak ve özgürlüklerin evrensel ve etkin biçimde tanınıp gözetilmesini sağlayamaya çaba göstermeleri amacıyla tüm halklar ve uluslar için bir ortak başarı ölçüsü olarak bu İnsan Hakları Evrensel Bildirgesini ilan eder.” denilmektedir.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi; özgürlükler, onur ve haklar açısından tüm insanların eşit doğduğunu belirtmektedir (BM, 1948, s. Madde 1). Bu nedenle tüm insanlar sağlık hizmetlerinden hiçbir ayrıma tabi tutulmadan eşit ve insan onuruna yakışır bir biçimde yararlanabilirler. Tüm insanlar; hak ve özgürlüklerini serbestçe kullanabilirler. Hiçbir insana; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da başka bir görüş, ulusal ve toplumsal köken, doğuş ya da benzeri başka bir statü nedeniyle herhangi bir ayrıma tabi tutulamaz. Beyanname 3. Maddesi ile yaşama, kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkını düzenlemiştir. Uluslararası mevzuat ve birçok ulusal mevzuat öncelikli insan hakkı olarak yaşama hakkı tanınmış ve hiçbir insanın yaşama hakkına dokunulamayacağını garanti etmiştir.

Beyannameye göre; tüm insanlar kanunlar önünde eşit haklara sahiptir. Hiçbir ayırım olmadan tüm insanların yasalarla korunma hakkı vardır ve ulusal mevzuatta, anayasa ve yasalar çerçevesinde çeşitli haklara da sahiptirler. Hiçbir kimsenin yasal hakları ellerinden alınamaz, herhangi bir hak ihlalinde yetkili kılınmış ulusal mahkemeler aracılığıyla haklarının iadesini talep edebilirler. Hiçbir vatandaşın özel yaşamına, ailesine, konutuna ya da haberleşmesine keyfen müdahale edilemeyeceği beyanname ile teminat altındadır (BM, 1948, s. Madde 12).

Anayasamız ve hasta hakları yönetmeliğimiz de bu yönde düzenlemeler mevcuttur. Hasta hakları yönetmeliğimiz; mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı yer vermiş ve sağlık personelinin hasta hakkında bir takım bilgiler edinmesi halinde bu bilgileri saklamakla sorumlu tutmuştur. Sağlık personelinin mahremiyete saygı göstermesi hastanın kaybedilmesi sonrasında dahi devam etmesi esas kabul edilmiştir. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 21. maddesinde kamu hizmetlerine erişim ve eşit bir şekilde faydalanma hakkı

düzenlenmiştir. Mensubu olduğu devletin imkanları ölçüsünde tüm vatandaşlar ekonomik, sosyal ve kültürel haklara sahiptir. (BM, 1948, s. Madde 22) Kişisel gelişimleri için çeşitli haklardan tüm yaşayanlar faydalanabilirler. Beyanname vatandaşlara da mensubu oldukları devlete karşı olan borçlarını da tanımlamıştır.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi sağlık hizmetleriyle ilgili bir takım hakları da tanımlamıştır (BM, 1948, s. Madde 25).

Bunlar;

1. Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetiminin dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.
2. Analar ve çocukların özel bakım ve yardım hakları vardır. Tüm çocuklar, evlilik içi ya da dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın, aynı toplumsal korumadan yararlanır.

1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile sağlıklı yaşama hakkı dile gelmiş ve yine tıbbi bakım hakkı da bu beyannameye düzenlenmiştir. 1948 yılından beri de bu hakkın en temel insan hakkı olduğu belirtilmekte ve çeşitli zamanlarda öneminden bahsedilmekte ve bu önem doğrultusunda hareket edilmesi gerekliliği dillendirilmektedir. Sosyal devlet anlayışının yaygınlaşması tıbbi bakım hakkına verilen önemi artırmış ve bu hakkın adil bir şekilde kullanımı istenmiştir.

Beyannameye anne ve çocuk sağlığından ayrıca bahsedilmiş ve anne ve çocuklar için özel bakım hakkı tanınmıştır. Sağlık Bakanlığı da yurt genelinde, beyannameye uygun olarak sağlık hizmetlerini sağlamakta ve ana çocuk sağlığı hizmetlerini bu çerçevede sunmaktadır.

1.2.3.2 Lizbon hasta hakları bildirgesi 1981 (Dünya Tabipler Birliği)

Dünya Tabipler Birliği Tarafından 1981 yılında yayımlanan Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi 6 maddeden oluşmaktadır. (Görkey, 2003, s. 7) Bildirge hastaya bir takım haklar tanımış ve hekime de bir takım sorumluluklar yüklemiştir. Hekime getirilen sorumluluklar hasta haklarının uygulanabilirliğini artırmaya yöneliktir.

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'ne göre hekim hangi koşul altında olursa olsun vicdanının sesini dinleyerek hasta için en iyi olan kararı almalı ve gereken tedaviyi uygulamalıdır.

Bildirge'ye göre; hasta haklarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi hekimlerin gayretleri oranında mümkün olacaktır. Hekime düşen sorumluluk kanunların veya uygulamanın hastaların bildirmede sayılan haklarına ters düşmesi halinde bile haklara uygun davranmaya özen göstermesidir. Bu durum bildirmede şöyle yerini bulmuştur: "Aşağıdaki bildirge hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar veya hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlarda hekimler uygun yollarla bu uygulamaları düzeltmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmalıdır."

Bildirgeye göre; hastalara özgürce hekimini seçebilme hakkı tanınmıştır (Sayek, 2009: 32). Sağlık hizmeti vermekte olan hekim, yönlendirmeye maruz kalmadan özgür iradesi ile klinik ve ahlaki kararlar verebilecek vasıflara sahip olmalıdır. Hastaların bu olgunluğa sahip hekimlere tedavi olmaya hakları vardır. Hasta her zaman tedavi sürecini durdurma, önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir (Sayek, 2009: 32). Hasta bu tür kararları vermeden açık seçik bir şekilde tedavinin etkileri ve yarıda kesildiğinde oluşabilecek sonuçlar hakkında bilgilendirilmelidir ve rızası doğrultusunda hareket edilmelidir. Hasta, mahremiyete saygı gösterilmesini isteme ve mahremiyet hakkına her zaman sahiptir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hastaya ait tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine özen gösterilmesi hakkına sahiptir. Bildirge her hastaya insan onuruna yakışır bir şekilde ölme hakkını da kutsal kabul edilmiştir. Hastaya ruhi ve manevi teselli talep etme veya reddetme hakkı tanınmış ve manevi teselli hastanın dini inancına sahip uygun bir dini temsilci yardımıyla verilmelidir.

1.2.3.3 Avrupa hasta hakları bildirgesi (1994 Amsterdam)

Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Amsterdam'da, 28-30 Mart 1994 tarihinde yayınlanmıştır. Bildirmede hasta hakları başlığı altında, sağlık bakımında insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi ve bildirmede yer alan hakların kullanımının nasıl olacağı konusunda başvuru hakkı gibi bir takım haklar düzenlenmiştir.

Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nde hasta hakları insan haklarıyla ilişkilendirilerek anlatılmıştır. Bildirmeye göre insan haklarına saygı duyularak sağlık hizmeti sunulması vurgulanmaktadır. Kadın veya erkek tüm

insanlar eşittir ve saygı görme hakkına sahiptir. Tüm insanların yaşamlarını belirleme, yaşamı üzerinde söz sahibi olma ve birey olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkı vardır. Kadın, erkek ayrımı olmaksızın tüm insanlar özel yaşamlarına saygı görme ve tüm insanların kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı görme hakkına sahiptir.

Sağlık hizmeti sunumunda ‘insan hakları başlığı’ altında yapılan düzenlemelerin en önemlisi sağlık kavramıyla ilgili yapılan düzenlemedir. Hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, sağlık bakımı için yeterli düzeyde çaba sarf edilmesi ve en yüksek sağlık seviyesine ulaşma fırsatı bildirgede düzenlenmiştir (Özlü T. , AB Hasta Hakları Düzenlemesi).

Dünya Sağlık Örgütünün hedeflerinden biri olan en yüksek seviyede sağlık hedefi Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesinde yer almıştır. Bilgilendirme konusu ayrıca ele alınmış ve tüm insanların ne şekilde hangi hizmetlere ulaşabileceği ile ilgili bilginin tüm vatandaşların ulaşabileceği şekilde düzenlenmesi istenmiştir.

Hastalar, mevcut durumları hakkında tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi müdahaleleri ve müdahalenin muhtemel sonuçlarını, varsa alternatif tedavileri, tedavi olmaz ise varacağı neticeleri, teşhis, tanı ve tedavi ile ilgili tüm konuları kapsayacak şekilde sağlık durumları ile ilgili bilgilendirme hakkına her zaman sahiptir (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Bilgilendirme hastanın anlayacağı seviyede kültürel düzeyine uygun açık bir şekilde olmalıdır. Hastanın seviyesine uygun olmayan tıbbi terminolojiden kaçınılmalıdır. Hasta farklı bir lisana sahip ise tercüman vasıtası ile hastanın dilinde çeviri yapılaraktan aydınlatma yapılabilir. Bilgilendirme hakkının kısıtlanmaması ana unsurdur ancak hastanın bilgilendirilmesinin sağlık durumu hakkında olumsuzluğa neden olacağı durumlarda kısıtlamaya gidilebilir. Hastalar; bilgilendirme hakkına olduğu gibi bilgilendirilmeme hakkı da vardır. Bildirge bu hakkı şöyle düzenlenmiştir: “Hastalar kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Hasta istediği takdirde vekil kıldığı kişiye sağlık durumu ve diğer konularda bilgi verilebilir. Hasta teşhisi hakkında ve sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş alma hakkına sahiptir. Sağlık kurumuna kabul edilen hastalar, kendilerine bakan sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu, o kurumda kaldığı ve bakıldığı sürece

uyacağı kurallar ve rutin işlemler konularında bilgi alabilmeli ve bu konularda bilgilendirilmelidir. Hastalar, sağlık kurumundan taburcu edildiklerinde geçirdikleri tedavi süreci ile ilgili ayrıntılı yazılı bir özet alma ve isteme hakkına sahiptir. Hastaya tıbbi girişim yapılmadan önce mutlaka onayı alınmalıdır. Tıbbi girişimin ön koşulu hastanın onayı ve ön kabulüdür (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Hastanın rızasının alınmasının olanaklı olmadığı ve acil tıbbi müdahale gereken durumlarda, hastanın daha önceden yapılması düşünülen girişimi reddettiğini gösteren bir beyanı yoksa onayı varsayılarak tıbbi müdahale gerçekleştirilir. Hastanın vasisinin onayının gerektiğinde ve önerilen girişimin acil olduğunda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Hasta yasal temsilcinin onay verme sürecinde dahi durumunun izin verdiği ölçüde karar alma sürecine dahil edilmelidir. Hastanın temsilcisinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü tıbbi girişimin hasta lehine olduğu yönünde ise, karar mahkemeye ya da hakem heyetinin takdirine bırakılmalıdır. Hastanın onay vermesinin olanaksız olduğu ve yasal temsilcisinin bulunmadığı bütün durumlarda hastanın istekleri tahmin edilmeye çalışarak ve tahmin sonucu göz önüne alınarak alternatif karar alma biçimi için uygun seçenekler belirlenmelidir. İnsan vücuduna müdahale edebilmek veya her hangi bir parçasının kullanımı ve korunması için hastanın onayı gereklidir. Tanı, tedavi ve hasta bakımı için madde kullanılması gereken durumlarda onay alınmış kabul edilerek müdahale yapılabilir.

Bildirge tıbbi araştırmalar konusunda da düzenlemeler içermektedir. “Hastanın bilimsel araştırmalara dahil edilmesinin önkoşulu aydınlatılmış onayının alınması ve araştırmaya katılmaya rıza göstermesidir. Bilimsel araştırmalar, yasal temsilcisinin onayı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedikçe iradesini ifade edemeyen hastalarda yapılmamalıdır. Bu ve benzeri araştırmalarda sadece önemli bir değeri olan, alternatif yöntemleri olmayan ve araştırmaya katılacak başka denek bulunmayan araştırmalardır. Bu tür araştırmalarda dahi risk çok az olmalı, katılımcının kesin onayı olmalıdır. Bu kriterler sağlanabilirse sağlığına doğrudan bir yararı olmasa da kapasite eksikliği olan bireyler bu tür gözleme dayalı araştırmalara dahil edilebilir” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Mahremiyet ve özel hayat başlığı altında hastaların kişisel bilgileri güvence altına alınmıştır. Kişiyeye ait bilgilerin gizli tutulması zorunluluğu bildirmede yer almıştır. Hastaya ait sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, tedavisi hakkındaki ve kişiyeye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile açıklanamaz, gizliliğine riayet edilmek zorundadır. Hasta kişinin bilgileri sadece hastanın açık izni olduğu durumlarda ve mahkemelerin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına girilemez (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Tıbbi müdahaleler sadece hastanın özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. Sağlık kurumlarında hastanın özel hayatını koruyucu fiziksel donanım bulunmasını beklemeye hakkı vardır. Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili tutulan kayıtlara, diğer dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına her zaman sahiptir. Her hasta sadece kendi dosyasını inceleyebilir ve dosyasındaki kayıtlarında hata, eksiklik veya değişiklik olması durumlarında kayıtların değiştirilmesini isteme hakkına sahiptir.

Bildirgenin 5. Bölümü bakım ve tedavi ile ilgili konuları düzenlemektedir. Bildirgeye göre herkes yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir ve koruyucu bakım ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bakım alma hakkına da sahiptir. Bildirge; sağlık hizmetlerinin niteliği düzenlenmiştir. “Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalıdır. Ayrıca ayrımsız ve maddi, insani, finansman kaynaklarından bağımsız olarak hizmet verilen toplum için mevcut olmalıdır” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Ayrıca bildirmede hastalara, sağlık hizmetleriyle ilgili hususlarda temsilci sıfatıyla görüş bildirme hakkı vermiştir.

Bildirge tedavi ve bakım hakkını şöyle düzenlenmiştir: “Hastalar, hem yüksek teknik standartlar hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki insani ilişkiler bakımından kaliteli sağlık hizmeti hakkına sahiptir” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013). Hastalar, tanı, bakım ve tedavi yönlerinden sağlık personeli ve sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde tedavisinin devamlılığı hakkına sahiptir.

Bildirgede öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkını da düzenlenmiştir. Sağlık kuruluşlarında önceliğin belirlenmesi tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır.

Hastalar, kendilerine hizmet sunan hekimlerini, diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hekim, çalışan ve sağlık kuruluşu seçme hakkı sağlık sisteminin işleyişine göre şekillenmektedir.

Bildirge hastanın sağlık hizmeti alırken sağlık personelinin ne şekilde davranması gerekliliğini de düzenlenmiştir. “Hastalar tanı, tedavi ve bakımları sırasında saygı görme; kültür ve değerlerine uygun şekilde davranılma hakkına sahiptir. Hastalar bakım ve tedavileri süresince arkadaşları, akrabaları ve aileleri tarafından desteklenme ve her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakkına sahiptir” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Bildirgede mevcut bu düzenleme hastalara refakatçi bulundurma hakları vermektedir. Hakkın kullanımı sağlık kuruluşunun belirleyeceği çerçevede kullanılır.

Hastalar hastalığın sebep olduğu acı ve elemin dindirilmesi hakkına sahiptir. Bu hak tıpta gelinen son bilgilerin ışığında kullanılır. “Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, itibar içinde ölme hakkına sahiptir” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

Bildirgede birçok hak düzenlenmiştir ve hakların kullanılması ayırım olmaksızın sağlanmalıdır. Haklar düzenlemenin temel aldığı ana fikre uygun kullanılmalıdır. “Hastalar yalnızca insan hakları belgeleri ile uyumlu sınırlılıkların ve yasa ile belirlenen prosedürlerin hükmü altındadır” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013). Hastalar sahip oldukları haklarını temsilcileri ya da yetkilendirecekleri kişiler aracılığıyla kullanabilir.

Bildirgede başvuru hakkını da düzenlemiştir. “Hastalar; haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar bulunmalıdır. Bu mekanizmalar şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanlarını sağlamalıdır. Bu mekanizmalar bunların ötesinde hasta adına savunma ve yardım imkanlarını gerekirse sağlamalıdır. Hastaların şikayetlerinin değerlendirilmesine etkili ve tam olarak ilgilenilmesine ve sonuç hakkında bilgilendirilmeye hakkı

vardır” (Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2013).

1.2.3.4 Bali hasta hakları bildirgesi 1995 (Dünya Tabipler Birliği)

Bali Hasta Hakları Bildirgesi Dünya Tabipler Birliği'nin Eylül 1995 yılında Endonezya'nın Bali şehrinde yapmış olduğu toplantıda benimsenerek ilan edilmiştir. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi bu toplantıda kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiş ve genişletilerek yayımlanmıştır. Bildirgede giriş bölümünde; bildirge içeriğinde tıp mesleğinin kabul ettiği hastaya dair haklarının yer aldığı belirtilmektedir.

Bildirge; hekimlere hasta haklarının tanıtılması ve korunması yönünde çalışma yapma görevi vermektedir. Hekim tıbbi girişimlerde bulunacağı zaman süresinde de hastanın özerkliği ve haklarını güvence altına almalıdır.

Bali Bildirgesi ilkeler bölümünde; kaliteli bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal ehliyeti olmayan hasta, hastanın isteğine karşı yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı, dini destek hakkını düzenlenmiştir. Kaliteli bakım hakkı ile hiçbir ayırım olmaksızın tüm insanların yeterli düzeyde tıbbi bakım görebilme hakları düzenlenmektedir. Her hastanın dış müdahaleler olmadan özgürce tıbbi ve ahlaki kararlar verdiğini bildiği doktor tarafından tedavi olunabilme hakkı vardır (Bali Bildirgesi, 1995). Hastaya yapılan müdahalenin yöntemi genel kabul görmekte olan tedavi yöntemi olmalıdır.

Bali Hasta Hakları Bildirgesi Lizbon Hasta Hakları Bildirgesinde ele alınmış olan sunulan hizmetin sınırlılıklarının olması sebebiyle hasta insanlar arasında önceliklendirme ve hastalar arasında seçim yapma durumunu da düzenlenmiştir. “Seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir şekilde yapılması gerekir” (Bali Bildirgesi, 1995).

Seçim ile ilgili düzenlemede hasta ayrıştırmasında ana ölçü tıbbi gereksinimlere göre tasnif ve adaletli bir seçim yapılması gerekliliğidir. Hastaların sağlık hizmetini alma hakkı sınırlandırılmaz kesintisiz sağlık hizmeti birkaç farklı sağlık kurumundan dahi alabilirler. Hastanın diğer sağlık kurumlarından hizmet alma isteği olduğunda; hekimin diğer hizmet sunucular ile hastanın tedavisinde işbirliği yapması temel görevlerindedir. Hastanın sağlık hizmeti sunan özel ya da devlet kurumları içerisinde tedavi görmek istediği hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkı vardır. Hasta belirlediği

sağlık hizmeti sunandan sağlık hizmeti alırken tedavi sürecinin her hangi bir aşamasında başka bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.

Bildirgede “kendi kaderini belirleme hakkı” bölümünde; hastaların kendi gelecekları ile ilgili kararları özgürce verebilme hakları ele alınmaktadır. Hasta tedavi süreci ile ilgili kararları almakta serbesttir ve hekimin sorumluluğu aldığı karar ve sonuçları ile ilgili hastayı aydınlatmaktır. Hasta bu aydınlatma sürecinde kendisine uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının neler olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda oluşabilecek sonuçları açık bir şekilde anlayacak düzeyde bilgilendirilmeli ve alacağı karar beklenmelidir. Hasta aldığı kararla tıbbi müdahaleye rıza gösterebilir veya reddedebilir. Hastanın tedaviyi reddedebilme hakkı saklıdır. Hastanın bu hakkını kullanabilmesi için zihinsel yeterliliğe sahip olması ve reşit olması temel şarttır. Hastanın bilincinin kapalı veya iradesini ifade edebilecek durumda değilse hastanın yakınlarından veya yasal temsilcisinden tıbbi müdahale için onay alınır. Bildirgeye göre; “yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi girişim gereken durumlarda daha önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir” (Bali Bildirgesi, 1995).

İntihar girişimi söz konusu ise hekimler her zaman bilinci kapalı bir hastanın yaşamını kurtarmaya gayret etmelidir. İntihar ederken hastanın amacı yaşamını sona erdirmektir. Ancak yaşama hakkı kutsaldır ve hekimler buna göre hareket etmelidir. Hasta çocuk veya yasal ehliyeti olmayanlara tıbbi müdahalede bulunmadan önce yasal temsilcinin onayının alınması şarttır. Ulusal ve uluslararası mevzuatta da düzenlendiği gibi; bu hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir. Hasta yasal ehliyeti olmadığı halde rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır (Bali Bildirgesi, 1995).

Yasal temsilcinin veya hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü tıbbi girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise tıbbi girişimde bulunulup bulunulmaması kararı yasal mercilere bırakılmalıdır. Acil durumlarda ise hekim izin beklemeksizin hastanın yararına davranmalıdır. Hastanın isteği ve rızası olmayan istisnai durumlarda tanı ve tedavi ile ilgili tıbbi girişimler yasaların izin verdiği ölçüde ve tıbbi etik kuralları göz önüne alınarak yapılabilir.

Bilgilendirme hakkı Bali Hasta Hakları Bildirgesi'nde ayrıca düzenlenmiştir. Bilgilendirme hakkı, sınırları ve istisnası bu maddelerde düzenlenmiştir. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme hakkına sahiptir. Hasta bu hakkını kendisi yerine seçeceği kişi aracılığıyla da kullanabilir. Hasta; sağlık durumu hakkında kimin bilgilendirileceğini serbestçe seçebilir. Hasta kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Ancak; hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir (Bali Bildirgesi, 1995).

Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. İstisna olarak hasta yakınlarının kendileri ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşabilme hakkı olabilir. Bilgilere sadece hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine erişilebilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece sağlık hizmetinin sunulabilmesi için bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir. Hastanın kimliğine ait tüm bilgiler korunmalıdır. Hastadan alınan kan vb. gibi insan ürünleri de aynı şekilde korunmalıdır. Hastadan alınan örnekler saklanmalıdır. Bilgilendirilme hakkının istisnası; hastaya verilecek bilginin hastanın yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararlar oluşturacağına inanılması halidir. Bu durumda hasta bilgilendirilmeyebilir. Bilgilendirme hastanın anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.

Bildirgede bilgilendirilmeme hakkı da düzenlenmiştir. “Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir” (Bali Bildirgesi, 1995).

Bali Hasta Hakları Bildirgesi'nde “sağlık eğitimi hakkı” ayrıca düzenlenmiştir. Her insanın sağlık eğitimi almaya hakkı vardır. Eğitim, hastanın seçim yapmasını kolaylaştıracak bir eğitim olmalıdır. Hastanın; sağlık durumu ve mevcut sağlık hizmetleri hakkında yapacağı seçimi kolaylaştırmalıdır. Ayrıca; eğitim sağlıklı yaşam tarzı ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemleri içermelidir. Herkes kendi sağlık durumundan kendisi sorumludur. Bu yüzden sağlığını korumak için gerekli bilgiye sahip olmalı, bu konuda eğitimlere katılmalıdır. Hekimlerin ise aktif olarak eğitim çalışmalarına katılma yükümlülüğü vardır.

Bildirgede “onur hakkı” şöyle düzenlenmiştir: “Tüm tıbbi bakım ve eğitim sürecinde hastanın onuruna ve özel yaşamına onun kültür ve değerleri göz önüne

alınarak saygı gösterilmelidir. Hastalar son bilgilerin ışığında acılarının dindirilmesi hakkına sahiptirler. Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptirler” (Bali Bildirgesi, 1995).

Diğer mevzuatlarda düzenlendiği gibi Bali Bildirgesinde de hastanın manevi olarak yıpranmasını engellemek için dini destek alma hakkı düzenlenmiştir. Hasta kendi dinine uygun bir dini temsilcinin ruhi ve moral tesellisini kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

1.2.3.5 Hasta haklarına ilişkin Avrupa statüsü (Ana Sözleşme)

Hasta haklarına ilişkin Avrupa Statüsü, Avrupa Birliği ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri arasında uyum sağlamasını öngörmektedir (Hatırnaz, 2007, s. 102). Kasım 2002’de Roma’da benimsenen temel doküman, dört bölümden oluşur. Birinci bölümde temel haklara ilişkin Avrupa Birliği Statüsü açıklanmıştır. “Temel Haklar Nice Ana Sözleşmesi” hükümleri gereğince Temel Haklar; AB organları ile üye devletlerin sınırlayamayacağı ve bireylerin vazgeçemeyeceği, başkalarına devredilemeyen haklardır. Bu haklar, vatandaşlığın üzerindedir; ulusal kanunlar bunların korunmasını sağlamasa bile, geçerlidirler. Temel Haklar Nice Ana Sözleşmesi, Avrupa Anayasası kabul edildiğinde, bu Anayasanın bir parçası olacaktır; bu nedenle ulusal kanunlar, Nice Statüsüne de uygun olmalıdır; ancak daha yüksek korunma sağladığı takdirde, ulusal düzenlemeler geçerlidir. Bu haklar, üye ülkelerce garanti edilen minimum standartları gösteren bir kılavuzdur.

Temel dokümanın ikinci bölümünde hastalara ait on dört hak sıralanmıştır. Bu bölümde haklara ilişkin ana ilkeler vurgulanmıştır ve her bir hak tanımlanıp açıklanmıştır: Sırası ile 14 hak;

- 1) Koruyucu tedbirlerin alınması hakkı,
- 2) Yaralanma hakkı,
- 3) Bilgi hakkı,
- 4) Rıza(onay) hakkı,
- 5) Özgür seçim hakkı,
- 6) Özel bilgi ve gizlilik hakkı,
- 7) Hastaların vaktine saygı,
- 8) Kalite standartları hakkı
- 9) Güvenlik,

- 10) Yenilik hakkı,
- 11) Gereksiz ağrı/acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı,
- 12) Hasta haklarının korunmasına ilişkin
- 13) Şikayet hakkı,
- 14) Tazminat hakkı'dır.

Üçüncü Bölüm, Aktif Vatandaşlık Haklarına ilişkindir. Bunlar;

- 1) Genel ilgi faaliyetlerinde bulunma hakkı,
- 2) Savunma faaliyetlerinde bulunma hakkı,
- 3) Sağlık alanında politika oluşumuna katılım haklarıdır.

Temel Dokümanın dördüncü bölümünde, ana sözleşmenin uygulama ilkeleri belirtilmiştir. Bu ilkelerden başlıcaları şunlardır:

- 1) **Bilgi ve Eğitim:** Ana Sözleşme, vatandaşlar ile sağlık personelinin bilgilendirilip eğitilmesinde, medya ve sağlık kurum ve kuruluşlarında ele alınmalıdır. Doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin eğitim faaliyetlerine özen gösterilmelidir.
- 2) **Kontrol:** Ana Sözleşme, uygun araçlar kullanılarak bağımsız kurumlar, medya ve sivil toplum örgütleri tarafından Avrupa'daki hasta haklarının durumunu kontrol eden bir araç olarak da kullanılabilir.
- 3) **Koruma:** Ana Sözleşme'den ihlal edilen hakların geri alınması veya ihlalin önlenmesi anlamına gelen hasta haklarının korunmasına ilişkin faaliyetlerin başlatılması amacıyla da yararlanılabilir. Bu tür faaliyetler; ombudsman ve aktif vatandaş örgütleri, kurumları, etik komite veya alternatif çözüm komisyonları ve mahkemeler tarafından sürdürülebilir.
- 4) **Diyalog:** Hasta Haklarının korunmasında politika ve programların uygulanması amacıyla konu ile ilgili kişiler arasında Ana Sözleşmenin içeriği konusunda diyalog kurulmalı ve sürdürülmelidir. Söz konusu diyalog (iletişim-görüşme) hükümet yetkilileri, sağlık ile ilgili resmi ve özel kuruluşların yanı sıra, mesleki birlikler ve işçi sendikaları arasında kurulmalıdır. Bunların dışında bütçe, mevzuat ve destek konularında da bazı ilkeler benimsenmiştir (Hatırnaz, 2007: 102-105).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ AÇISINDAN HASTA HAKLARI KAVRAMI

2.1 Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi, Başlıca Yasa ve Yönetmelikler

Hasta Hakları, “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfıyla sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuatlar ile teminat altına alınmış haklarını” ifade eder (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Dünya genelinde son 30 yılda yoğun gelişim gösteren hasta hakları alanında Türkiye’de de ciddi düzenlemelere gidilmiştir. Türkiye’de hasta hakları konusu yoğun bir şekilde 1980’li yılların sonunda tartışılmaya başlanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemeler incelendiğinde Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren temel insan haklarını kapsayacak şekilde bir kısım hasta haklarına yer verildiği görülmektedir.

Yürürlüğe konmuş olan mevzuatta yer alan maddelerin bir kısmı direkt hastanın hakları olarak ifade edilmemiş olsa da hastaların özel yaşamına saygı, hastaların bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi kabul ya da ret hakkı, hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı, hastaların sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı gibi temel hasta haklarını sağlayabilecek hükümler ile ilgili alanları kapsayacak düzenlemeler içermektedir (Sert, 2004: 36).

1928 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren Tebabeti Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. maddesi tıbbi müdahale öncesi hastalardan onam almayı hekimlere zorunlu kılmıştır. Onam alınış şekli hekim hasta ilişkisinin yasal sınırları içerisinde. Uluslar üstü etik değerlerde hastadan onam alınırken hasta bireye ve değerlerine ne düzeyde saygı gösterildiği, yeterli düzeyde bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

1947 yılında 5062 sayılı yasa ile Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü'nce kabul edilmiş olan sağlık tanımını benimsemiştir. Sağlık Tanımı bu şekli ile 1961 Anayasası'nda ve 1982 Anayasası'nda yer almıştır. Türkiye Cumhuriyeti Devleti uluslararası yükümlülüklerinden kaynaklanan sorumluluğunu bu şekilde yerine getirmiştir.

1960 yılında çıkarılan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" ile bir takım Hasta Hakları düzenlenmiş olsa da düzenleme hasta hakları konusunda bazı alanlarda yetersiz kalmıştır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi; hastanın sırrının saklanması, hastanın hekimlerini özgürce seçebilmesi, insanlar üzerinde uygulanacak olan deneysel çalışmalar ve sınırları, hastanın hastalığı ve genel gidişatına ilişkin bilgilendirme, konsültasyon, hekimin hastanın tedavisinden hangi koşullarda çekilebileceğine ilişkin halen hasta hakları içinde var olan ana başlıkları düzenlemiştir. İnsanın yasama hakkına ait düzenleme ise; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 14. maddesinde "tabip hastanın hayatını kurtarmak ve sağlığını korumanın mümkün olmadığı durumlarda dahi ıstırabını azaltmak ve dindirmekle yükümlüdür" denerek yer bulmuştur (Türk Tabipler Birliği, 2005).

Torino'da Avrupa Konseyi üyesi 16 devlet temsilcisi tarafından 1961 yılında kabul edilen Avrupa Sosyal Şartı, 1581 sayılı kanun ile 1989 yılında onaylanmıştır. Avrupa Sosyal Sosyal Şartı içerisinde güvenlik ve sosyal yardıma ilişkin haklar, sosyal ve tıbbi yardım hakkı, sağlığın korunması hakkı gibi konular yer almaktadır. Şartta sağlığın korunması hakkını düzenleyen 11. madde taraf devletlerin, direkt ya da kamusal veya özel örgütler ile işbirliği yaparak almaları gereken tedbirleri sıralamıştır. 11. Madde sırası ile yetersiz sağlık koşullarını olabildiğince ortadan kaldırmak, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık konusunda bireysel sorumluluk duygusunun geliştirilmesi ile ilgili olarak danışma ve eğitim hizmetleri öngörülmesi, salgın, yerleşik ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek, sosyal hizmetlerden yararlanma hakkı ile ilgili ayrı hükümler içermektedir.

Avrupa Sosyal Sosyal Şartı'nın başlıca iki amacından ilki, sosyal hizmete özgü yöntemleri kullanan bireylerin ve grupların refah ve gelişmesi ile sosyal çevreye uyumlarına katkıda bulunan hizmetleri özendirme ya da örgütlemek, diğeri ise, bireylerle gönüllü ya da başka örgütleri bu hizmetlerin kurulmasında ve sürdürülmesinde katkı sağlamalarının özendirilmesidir (TBMM, 1996).

Türkiye’de sağlık alanında hak ihlallerine uğrayan vatandaşların kanunlar önünde haklarının teminini sağlayabilmek amacıyla 1997 yılında “Hasta ve Hasta Yakınları Derneği” faaliyete geçmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında hazırlanan ve Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği” uluslararası bildirgelerde kabul gören hakların Türkiye’de tek bir yasal çerçeve içerisinde ele alınmasına imkan sağlamıştır. “Hasta Hakları Yönetmeliği” uygulanması esasları ise Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2003 yılında yayımlanan “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge” ile belirlenmiştir.

Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönergeye istinaden Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü içerisinde Hasta Hakları Şubesi yapılandırılmış olup; İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü ve Hasta Hakları Kurulları, ilçelerde Sağlık Grup Başkanlıkları bünyesinde Hasta Hakları Kurulları; 100 yataklı ve üzeri hastanelerde Hasta Hakları Birim ve Kurumları, 100 yatak altı hastanelerde Hasta Hakları İletişim Birimleri oluşturulmuştur (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2003) (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta Hakları olgusu Sağlık Bakanlığı’nın kamuya ait sağlık tesisleri ile sınırlı kalmamakta, gerek tıbbi gazete, dergi ve sağlıkla ilgili internet sitelerinde ve popüler gazete, dergi ve televizyon ve haber sitelerinde de yoğun bir şekilde gündem oluşturmaktadır. Özel sektör ile kamuya ait sağlık tesislerinin internet sitelerinde ve bilgilendirici broşürlerinde hasta hakları vurgulanmakta ve halkın bilinç düzeyi sürekli bir şekilde artırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığının bu çabalarına istinaden hasta haklarıyla ilgili uygulamalar özel sektör ve üniversite hastanelerinde de oluşturulmuş bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri dışında; hastalarca oluşturulan örgütler ve sivil toplum örgütleri de hasta haklarına sahip çıkmaktadır.

2005 yılında yayımlanarak yürürlüğe giren Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 75–82. maddeleri ilgi tutularak hazırlanan, Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik’in 18. maddesi “Mevzuatta aranan tüm koşulların gerçekleşmiş olmasına ve şüpheli sanık veya diğer kişilerin bu konuda aydınlatılmış olmalarına rağmen muayene yapılmasına ya da örnek alınmasına rıza vermemeleri halinde, kararın infazı için ilgilinin muayenesini

veya vücudundan örnek alınmasını sağlamak üzere ilgili Cumhuriyet Başsavcılığınca gerekli önlemler alınır. Mağdurun rızasının varlığı halinde bu işlemlerin yapılabilmesi için yönetmeliğin 7.ci ve 8.ci maddeleri uyarınca karar alınmasına gerek yoktur. Bir suçun aydınlatılmasını sağlamak amacıyla, şüpheli, sanık ve diğer kişilerin kendiliğinden başvurarak rıza göstermeleri halinde, soruşturma evresinde cumhuriyet savcısının istemi, kovuşturma aşamasında ise hakim veya mahkeme kararıyla tıbbi muayeneleri yapılabilir yada vücutlarından örnek alınabilir” şeklinde düzenmiş olup; kişilerden adli muayene ve örnek alınması sırasında ne şekilde ve hangi koşullar altında onam alınacağı yasal çerçeve içerisine alınmıştır (Adalet Bakanlığı, 2005).

2005 yılında yeniden düzenlenerek yürürlüğe giren TCK'nın ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenler başlıklı bölümde yer alan 26. maddesinin 2.fikrasında “kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde islenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez.” denilerek kişinin rızası hukuka uygunluk nedeni olarak düzenlenmiştir. Söz konusu hukuka uygunluk nedeninin varlığı için, rızanın kişinin üzerinde mutlak surette tasarrufta bulunabileceği bir hakka ilişkin olması gerekmektedir. Düzenlemenin bu kısmı hekim-hasta ilişkisine göre yorumlandığında, tıbbi müdahale ile etkili eylem arasındaki temel farkın aydınlatılmış onam olduğu anlaşılmaktadır.

Konu ile ilgili olarak Türkiye'deki başlıca yasa ve yönetmelikleri su şekilde sıralayabiliriz (Sert, 2004: 89):

- 1) 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına dair kanun
- 2) 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 3) 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi,
- 4) 1961 Anayasası,
- 5) 1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması
- 6) Ve Nakli Hakkında Kanun,
- 7) 1982 Anayasası,
- 8) 1983 tarihli Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında

- 9) Kanun Hükmünde Kararname,
- 10) 1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,
- 11) 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik,
- 12) 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği,
- 13) 2004 tarih ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu,
- 14) 2005 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu
- 15) 2014 tarih ve 28994 Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

Günümüzde hekim hasta arası ilişki hizmet sunumunu içeren bir süreçtir. Ülkemiz ve birçok ülkede tercih edilen sosyal ve ekonomik politikalar çerçevesinde sağlık hizmeti sadece devletin sunduğu bir hizmet olmaktan çıkmış ve özel ticari işletmelerce de sunulan ticari faaliyeti de içerisinde barındıran bir hizmet modeline dönüşmüştür. Bu ticari yönünden ötürü sağlık hizmeti ticari bir alışverişin konusu olarak tüketici hakları ile de ilişkilendirilmiştir.

Tanımlanan bu çerçeve kapsamında, sağlık hizmet sunum modelinin ve organizasyonunun; sağlıklı yaşama hakkının tamamlayıcısı olan ve “hasta hakları” olarak hayat bulmuş olan genel çerçeve haklar ön planda tutularak tanımlanması kaçınılmazdır. Hizmet sağlayıcıların yönetimlerinden uygulamalarına ve çalışmalarına, standart tanı ve tedavi protokollerinden hizmetin denetimine kadar her türlü yönetsel görev ve hizmet sürecinde hastaların haklarını ön plana taşıyabilecek şekilde katılımına ve söz sahibi olabilmelerine olanak tanıyacak şekilde yeni düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır. Tıbbi müdahale esnasında temel ilke olan “önce zarar vermeme” ve “özerklik” ilkeleri başta olmak üzere tüm hasta hakları gözetilecek ve yaşama geçirilecek şekilde yapılandırılmalıdır. Sağlık hizmetlerini sunan sağlık personelinin hizmetin gerek ve gereksinimlerine göre eğitim alması da zorunludur. Bu sayılan nedenlerden ötürü eğitimi belirleyen, planlayan, uygulayan tüm paydaşların bu çerçeve de çalışmalarını gerçekleştirmesi gereklidir.

2.2 Hasta Hakları Uygulama Genelgesi (2009/21)

Hasta hakları uygulamaları bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında 26.04.2005 tarih ve 3077 sayılı “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” doğrultusunda yürütülmekte idi. 2014 yılı sonunda 2014 tarih ve 28994 Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin yayınlanması ile iş ve

işlemler yönetmelik doğrultusunda tahsis edilmektedir (Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009).

Hasta başvuruları değerlendirildiğinde, hasta hakları başvurularının büyük çoğunluğunun sağlık çalışanlarının hastalarla iletişimlerinde yaşadıkları sorunlardan kaynaklandığı görülmüştür. Hastaların şikayetlerine neden olan sebeplerin düzeltilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılabilmesi için hastanın tedavi sürecine ve bu konuda alınacak kararlara daha etkin olarak katılımının sağlanması ve bu süreçte açık seçik sağlıklı bir iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır.

İnsanlarımızın sunulan sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmeleri önündeki engeller kaldırılmalı ve hizmetlerden faydalanabilmeleri sağlanmalıdır. Hizmet sunum sürecinde hastaların hastane içerisinde hizmetlere daha hızlı ulaşılabilirliklerini sağlamak amacı ile işleyiş süreci hakkında yeteri derecede bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Bununla birlikte hastaların hakları yanında sorumluluklarının da olduğu anlatılmalıdır.

Sağlık çalışanlarımızın özverili çalışmaları ve hastalarımızın bilinçlenmeleri ile hasta hakları konusunda çok yol alınmış, hasta hakları birimlerine 2012 yılında yapılan başvurulardan 194.271 adeti yerinde çözüme ulaştırılmıştır. Hasta ve çalışan memnuniyetinin sürekli yükselişinin sağlanabilmesi için hasta hakları konusunda hizmet içi eğitimler ve halk eğitimleri aralıksız düzenlenmelidir. 2012 yılında ülke genelinde personele yönelik hizmet içi eğitimler 451.682 olarak gerçekleşmiş, topluma yönelik hasta hakları eğitim sayısı 2.089.304 olarak gerçekleşmiş ve yatan hasta bilgilendirme şeklinde düzenlenen hasta hakları eğitim sayısı 2.821.350 olarak gerçekleşmiştir (TKHK, 2012).

Bu kapsamda araştırmamızın yapıldığı Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2013 yılında bütün sağlık çalışanlarına yönelik 657 eğitim ve hizmet içi eğitim çalışmaları düzenlenmiştir (ASOŞEAH, 2013).

Tanımlanan eğitimler kapsamında güvenlik, temizlik ve diğer hizmet alımlarındaki şirketlerin çalışan personelleri dahil olmak üzere bütün hastane çalışanlarının hasta hakları ve iletişim konusunda eğitim almaları şartı personel çalıştırmayı içeren hizmet alımı şartnamelerine konulacaktır.

Bunun yanı sıra hasta hakları uygulaması ile ilgili bütün istatistikî sonuçlar il düzeyinde birleştirilerek her yılın Ocak ayı sonuna kadar elektronik ortamda ve yazı

ile Bakanlığımıza gönderilecektir.

En temel hasta haklarından olan hekim seçme hakkı uygulaması 17.10.2007 tarih ve 9379 sayılı “Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkan Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge” kapsamında düzenlenmiş ve 2010 yılından beri bütün sağlık kuruluşlarımız hekim seçme uygulaması kapsamındaki düzenlemeleri yaparak hekim seçme logosunu kurumlarına asmışlardır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

2.3 Hasta Hakları Yönetmeliği Çerçevesinde Hasta Hakları

2.3.1 Bilgilendirilme Hakkı

Günümüzde hasta hakları içerisinde en fazlaca dile getirilen konulardan biri hastanın bilgilendirme hakkı olarak ön plana çıkmaktadır. Bilgilendirme hakkı, bireyin özgürlüğünü ve itibarını vurgulayan en temel haklardan başında gelmektedir. Bilgilendirme hakkı birçok ülkelerde yasal nitelik kazanmış ve yasalar ile güvence altına alınmıştır.

Bilgilendirme hakkı; tıp etiğinde ise sağlık çalışanlarına yüklenmiş etik bir görevdir. Hekim-hasta ilişkisinde uygun bir bilgilendirmenin koşulları şu şekilde belirleyebiliriz: Bilgilendirme, hastadan tam bir onam almak için gerekli terapötik bir unsurdur.

Hastaların bilgilendirilme hakkı, Lizbon Bildirgesi’nde ele alınmış ve ilan edilmiş bir haktır. “Hastanın yeterli düzeyde bilgilendikten sonra tedaviyi kabul etmeye veya reddetmeye tedavinin her aşamasında hakkı vardır. Hastaların tıbbi durumlarıyla alakalı gerçekleri, önerilen tıbbi girişimlerin oluşturabileceği risk ve sağlayacağı yararları, önerilen tedavi yöntemlerinin alternatiflerini, tedavi sürecine dahil olmaz ise karşılaşılabilecek sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin seyri konularını da kapsayacak şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir (Savaş, Coşkun, & v.d., 2002-40 (3): 82-84).

Bireyin özeline saygı ilkesinin en önemli şartı hastanın eksiksiz, açık ve net bir şekilde bilgilendirmesinden geçmektedir. Bir ferdin kendi kararlarını alıp, kendine özgü uygulamalar yapabilmesi için, kişinin içinde bulunduğu durumla ilgili tarafsız edindiği bilgiye sahip olması gerekir. Hasta Hakları kapsamında düşünüldüğünde bilgilendirme basit bir şekilde bilgi paylaşımı olarak anlaşılma ve daha geniş

kapsamlı düşünölmelidir. Hasta Hakları kapsamında yaklaşıldığında basitçe bilgilendirme yerine “aydınlatma” terimi kullanılarak konunun önemine vurgu yapılmaktadır. Aydınlatma, aktarılan bilgilerin açık, net anlaşılır olmasını ve hastanın hastalığı ile ilgili seçenekler konusunda bilgilendirilip; tedavi seçeneklerine katılımını kapsamaktadır. Hastayı eksizsiz doğru bir şekilde bilgilendirmek diğer deyişle aydınlatmak müdahale sürecine dahil olacak başta hekim ve sağlık ekibinin görevidir.

Bilgilendirme yapılırken hastanın sosyo-költürel yapısı, toplumsal statüsü ve psikolojik durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Aydınlatma hastanın anlayabileceği dilde, tıbbi terimlerden uzak, hastanın anlama kapasitesine uygun bir şekilde yapılmalıdır. Ortak bir dil yoksa bir tercüman aracılığı ile hastanın anlayacağı şekli ile çeviri yapılaraktan yapılmalıdır. Hastanın anlatılanları anlayıp anlamadığı teyit edilmelidir. Eğer anlamadı ise anlatım anlayacağı şekilde tekrarlanmalıdır. Hastaya anlayamadığı konularda soru sorma imkanı tanınmalı ve sorduğu sorular açık ve anlaşılır olarak cevaplandırılmalıdır.

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilenmelerinin önüne geçen birden fazla neden olabilir. Bu nedenlerden bazıları ise; hekimin hastaya bilgiyi aktarmadaki çeşitli durumsal gerçeklerden kaynaklandığından düşünebiliriz. Örneğin kanserli bir hastaya durumunu aktarırken karşılaştığımız güçlük gibi. Bilgilenmenin tam yapılmadığı veya yapılamadığı eksiklik oluştuğu zamanlarda hasta ve yakınları uygun olmayan ters davranışlar ve gereksiz kaygılar içine girebilirler. Bu ve benzeri durumlarda ise hekim ile hasta arasında gergin bir ilişkinin oluşması kaçınılmaz olur.

Geleneksel tıp ahlakı anlayışının dayandığı Hipokrat Yeminde; doktorun en başlıca görevi hasta bireyin fikrine bakılmaksızın yararının düşölmesi ve hiçbir koşulda zarar vermemek olarak kabul görmektedir. Geleneksel tıp ahlakı anlayışı; hasta bireye bilgi verilip, tedavi uygulama şekli hasta tercihine bırakıldığında, birçok hastanın yanlış karar alarak daha kötüyü seçebileceğini düşünmektedir. Bu nedenden dolayı doktorların, hastalarından birçok bilgiyi gizlemesinin daha uygun olacağını benimsemekteydi. Hipokrat ve takipçilerinin benimsediği geleneksel tıp ahlakını benimseyenlerin hastanın aydınlatılmasını, hasta yararına olacağı düşöncesi ile yasaklamasından sonraki dönemlerde de, hasta-hekim arası iletişim benzer şekilde sürmüştür. Yine benzer bir yaklaşımla ortaçağ dönemi hekimleri tanrının bir uzantısı olarak kendilerini görmüş ve tedavilerini yapmaya çalıştıkları hastalara hastalıkları

ile ilgili bilgi verme gerekliliği görmemişlerdir.

1847'deki Amerikan Tıp Birliği'nin ilk tıbbi etik kurulları oluşturulmuş ve kurallarının oluşturulması esnasında klasik yaklaşım ön plana çıkmış ve ne hasta-hekim arası ilişkiden nede aydınlatılmış onamdan bahsedilmemiştir. Onamın 1900'lü yılların başlarında, birkaç çeşitli tıbbi uygulama için izin isteme çerçevesinde alındığı görölmektedir.

Türkiye'de ise; hasta hakları yönetmeliği 1 Ağustos 1998 tarihinde yürürlüğe girmiş ve hastaların hakları yasal güvence altına alınmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin birinci maddesine göre yönetmeliğin amacı temel insan haklarını korumak ve insan onuruna yakışır bir şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hasta hakkı ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını fiilen kullanabilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Ülkemiz hasta hakları içerikli yasal düzenlemede gecikmiş olmakla birlikte, çıkmış olduğu Hasta Hakları Yönetmeliği ile bu konudaki yasal eksikliği gidermiştir (İnceoğlu, 1999: 17).

Yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği hastaya durumu ile ilgili bilgilenme hakkı tanımış, sağlık hizmet sunucularını ise bilgi vermekle yükümlü kılmıştır. Yine yönetmelik hastalara tedaviye ilişkin verdikleri rızalarına kapsamında aydınlatılmaları gereğini de ortaya koyarak tedaviye ilişkin rıza alınırken hangi koşulların sağlanması gerektiğini tanımlamıştır. Yayımlanan yönetmelikte hastalara ait iki tür bilgi edinme hakkı düzenlenmiştir. Birincisi daha genel bilgilerdir, ikincisi ise doğrudan kendi hastalığı ile edinilen bilgidir ve bu sonuncu için aydınlatılması kavramı kullanılacaktır. Yönetmelikte genel manada sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetler hakkında bilgi edinme hakkına "bilgi isteme" başlığı altında yer verirken, hastanın aydınlatılmış onamı "genel bilgi isteme" başlığı altında düzenlenmiş bulunmaktadır. Halbuki "genel olarak bilgi " isteme başlığını içeren madde uzunca yıllardır batıda uygulanana gelen ve Türkiye'de sıkça dile getirilen aydınlatılmış onamın tanımından karşılığıdır. Bu nedenden ötürü aşağıda ifade edilen kavramlar ile yönetmeliğin kavramları örtüşmemektedir (İnceoğlu, 1999: 18).

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri; Bilgi İsteme;

Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet

ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Genel Olarak Bilgi İsteme;

Hasta olan bireyin sağlık durumu ve tedavinin seyrine ilişkin bilgilendirilmesi başlıca olan hasta haklarından biridir. Hastanın bilgilendirme hakkı süreç içinde ortaya çıkmış olup, tıbbın vazgeçilmez bir parçası olan paternalizmin kişisel özerklik ile sınırlanması zorunluluğu sonucunda ortaya çıkmıştır.

Bireyin özerklik hakkı günümüzde en ayrıcalıklı haklardan biri olarak görülmektedir. Hasta bireyin bedeni üzerinde karar verme hakkı o kadar öne çıkmıştır ki çeşitli ülkelerde yaşama hakkının dahi önüne geçebilmektedir. Günümüze dek hastanın aydınlatılma şartları, Türkiye’de yazılı bir hukuk kuralında açıkça ifade edilmemiş olmakla beraber, tıp etiği gereğince kabul görmüş ve çeşitli mahkeme kararlarında çeşitli zamanlarda hastaların aydınlatılması konusuna dolaylı bir biçimde dile gelmiştir. Hasta hakları yönetmeliğimizin 15. maddesinde hastanın aydınlatılma gereği ve dolayısıyla tedavi için alınan rızanın şartlarının ne şekilde olacağını net bir şekilde tanımlamıştır. Bu tanımlama sağlık hizmet sunucularının mesuliyetleri açısından önem arz etmektedir (İnceoğlu, 1999: 18).

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi

alabilir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Kayıtların Düzeltmesini İsteme

Madde 17- Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller

Madde 19- Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmesini isteyebilir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Yönetmeliğe göre, hastanın psikolojik yapısında kötü bir etki yaparak hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi halinde teşhisin saklanması mümkündür. Bu şartlar altında hasta ve yakınlarına bilgi verip vermemek hekimin takdirine bağlanmıştır. Bu yaklaşım gereğinden fazla paternalist bir yaklaşımdır, hastanın tedavi seçme şansını kendi için neyin iyi olduğunu belirleme şansını veya iyileşmesi mümkün değil ise son günlerini nasıl geçireceğini tasarlama şansını ortadan kaldırmaktadır. Söz konusu düzenleme hekimin aydınlatma görevini ortadan kaldıracı, hastanın seçimlerini engelleyici bir hükümdür (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

2.3.2 Aydınlatılmış Onam Hakkı

Tıp etiğinin günümüze yansıyan yönü ile özerklik, kötü davranmama ve yararlılık gibi biyomedikal etiğin temel ilkeleri ile savunulabilen aydınlatılmış onam; hasta bireyin karar verme sürecinde, doktor hasta ilişkisinin ana temelini meydana getirmektedir. Bu öğretisi hasta bireyin karar verme yeterliliğinin yanında verilen bilginin açık ve anlaşılır olması gerekliliğini mecburi kılar. Hekimi, doktor hasta arasında eşitsizlik yaratacak düzeyde bilgiyi hasta bireye aktarmaya zorlamak ve hasta birey ile hekim ilişkisini bir konum ilişkisi olmaktan çıkararak bir anlaşmaya dönüştürmek anlamına gelmektedir.

Terminolojik olarak iki farklı anlamlı bir kelimedir. Birinci anlamı, duyu ve fizik-beden, diğeri ise akılcı anlamıdır. Bundan dolayı onam kavramı, bilmek ve bazı şeyleri bir arada hissetmek anlamına gelmektedir. Sözlük anlamında ise onam; anlaşma ve bir işi kabul etme ile iki kişi aynı anlamda aynı şey üzerinde anlaşma yapması olarak açıklanmaktadır. Onam kavramı tedavinin onaylandığını ifade etse de, aynı zamanda tedavinin reddedilmesi anlamını da içermektedir. Hastanın kabul ederse rızasını, etmez ise reddini içerisinde aynı anda barındıran bir kavramdır.

Aydınlatılmış onam kavramının temelleri Anglo-Amerikan hukuk biliminin iki temel ilkesinin doğal gelişimi olarak ortaya çıktığı varsayılmakla beraber, amacı insan onurunu ve bütünlüğünü korumaktır. Anglo-Amerikan hukuk biliminin ilkelerden birincisi; güvene dayanan ilişki kavramı içinde açıklanmaktadır.

Birey, kendisine güvenen ve inanan bir insanın iyi niyetine sadık kalmalı, onun faydasına olacak şekilde davranmalıdır. Hekim ve hasta arasındaki bilgi asimetrisi hasta-hekim ilişkisinin güven merkezli bir ilişki olarak şekillenmesini zorunlu kılmaktadır. İlişki doğası gereği; sağlık hizmeti sunana, hastanın o anki mevcut durumu ve uygun gördüğü tedavi hakkında tüm gerçekleri hastası ile paylaşma yükümlülüğünü yüklemektedir. Anglo-Amerikan hukuk biliminin ilkelerden ikincisi ise; bireyin kendi hakkında karar verme hakkı olarak ifade edilir. Yasalarca yeterli kabul edilen birey, bedenine hangi müdahalelerin yapıp yapılamayacağına karar verme yeterliliğine ve hakkına sahiptir ve hasta, rızası olmaksızın hiçbir tıbbi girişim için zorlanmamalıdır.

II. Dünya Savaşı'nda Nazi toplama kamplarında savaş tutsakları üzerinde insanlık dışı deneyler yapan doktorlar, 1947'de Nuremberg Mahkemeleri'nde yargılandılar. Deneklerin onamı alınmaksızın yapılan bu zalim deneyler, mahkemeyi; aydınlatılmış onamın kurallarını, ilkelerini belirlemeye zorlamış oldu. Duruşmalarda alınan kararlar, belirlenmiş olan şu ilkelere dayandırıldı:

- a) Hekim aydınlatma ödevine sahiptir,
- b) Aydınlatma ödevinin kapsamı, müdahalenin tipik tehlikelerini açıklamayı içerir,
- c) Aydınlatma ödevinin kapsamı bir hukuk sorunudur ve bunu belirleme yetkisi hekime verilmemelidir,
- d) Aydınlatmadan dolayı hastanın zarar göreceği görüşü sadece bazı durumlar için geçerli sayılabilecektir.

1949 Nuremberg Kodu olarak isimlendirilen ilkeler çerçevesinde insanların kobay olarak kullanılacağı deneylerde denegin aydınlatılmış onamının ne şekilde alınacağı kurala bağlanmış oldu. Uzunca bir çalışmanın sonucu olan ve dünya tıp birliğince hazırlanan Helsinki bildirgesi; denek olarak kullanılacak insanların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınmasına büyük önem verdi. Dünya tıp birliği tarafından son elli yıldır kabul gören tüm etik kodları, sağlık hizmet sunucularının her tür tedavi ve araştırma sürecine girişmeden önce, hasta bireylerin veya denek

olarak kullanılacak insanların aydınlatılmış onamlarının alınması koşulunu bildirmektedir. Bunların yanında Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi de aydınlatılmış onam konusunu yoğun bir şekilde vurgulamıştır.

Aydınlatılmış onam kavramının birleşenleri; aydınlatılmış ya da bilgilendirilmiş kısmı “informed” ile onam “consent” kısmının öğeleri olarak ayrılabilen öğelerdir. Bunlardan;

1) Bilginin öğeleri; bilginin açıklanması, bilginin anlaşılması (açıklama, anlama)

2) Onamın öğeleri; gönüllülük, yeterlilik olarak ifade edilebilir.

İfade edilen dört öğede Nuremberg Kodu tarafından da ön şart olarak belirtilmektedir.

Başka bir tanımda; Kişi ancak etraflı bir açıklama elde ederse ve bu açıklamayı anlarsa ve istemli bir şekilde hareket ederse, hareket etmeye ehilse ve müdahaleye onay veriyorsa buna aydınlatılmış onam denir.

Bireyin gönüllülüğüne zarar veren ve sınırlayan dış faktörler zorlama, baskı ve yönlendirme olarak sıralanabilir. Bu ve benzeri dış etmenler bireyin özgürce karar alma sürecini etkilediğinden dolayı etik sel yönden kabul görmemektedir. Bununla birlikte bireyin mevcut hakkını hekime devrettiği durumlarda özerkliğin sınırlandığından söz edilemez.

Türkiye’de 1 Ağustos 1998 Tarih ve 2340 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nde "Hastanın rızasının alınması" ile ilgili hükümler 5. Bölümde yer alır ve 24. Maddeye göre tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın veli veya vasisinin olmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde şart aranmaz.

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metotlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney

hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metotları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır. Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağı mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6.cı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14.maddesi hükümleri saklıdır. (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

Vasinin rıza göstermediği durumlarda müdahalede bulunmak tıbbi açıdan zorunluluk gerektirmekte ise velayet veya vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi için Türk Medeni Kanununun 272. ve 431. Maddeleri gereğince mahkeme kararı gereklidir. Tıbbi müdahale zorunluluk gerektiriyor ve zaman

kaybettirecek ve hastaya ivedilikle tıbbi müdahalede bulunulmadığı takdirde hayati tehlike oluşacak veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecekse kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması şartı aranmaz. Hasta birey ya da kanuni temsilcisince yaşamı veya yaşamsal organlardan birisini tehdit eden acil haller dışında, onam her koşulda ve her zaman geri alınabilir. Onamın geri alınması hastanın tedaviyi reddetmesini ifade etmektedir. Hasta birey ya da kanuni temsilcisi rızalarını müdahale başladıktan sonra geri almak ister ise; sadece tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına ile alabilirler.

Aydınlatma Şekli, Aydınlatma Yükümlüsü, Aydınlatma Zamanı

Sağlık hizmet sunumunda hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması görevi hizmeti sunuyor oluşu ve sunduğu hizmetin bilgisine ayrıntılı bir şekilde sahip olması nedeni ile hekimden beklenen bir görevdir.

Sert'e göre de; "Hastanın aydınlatma yükümlülüğü kural olarak hekime aittir. Aydınlatma anayasanın teminatı altında olan bir yükümlülük olduğu kadar tedavi sözleşmesinin de doğurduğu bir yükümlülüktür. Aydınlatmanın tamamen ortadan kalkabileceği hallerin olduğu durumlarda hekimin böyle bir borcu yoktur. Ancak durumun tespit edilmesi hekimin sorumluluğundadır". Hekimin konuya dair yeterli düzeydeki açıklamasından sonra yazılı onam formu doldurtulması işlemi hemşirelerce yapılabileceğini savunan yaklaşımlar mevcuttur. Bununla birlikte kanuni çerçevede hemşirenin onam formu doldurtması sorumluluğunun çok düşük düzeyde bulunduğu bildirilmekte ve hemşirenin hekimlerin vekili olarak davranamayacağı ve hekimin aydınlatılmış onam alma görevini hemşireye devredemeyeceğini belirten yaklaşımlar da vardır. Bu yaklaşımı savunanlar; hemşirelerin hastaların karar verebilmesini sağlayacak tanı ve tedavi süreci ile ilgili tüm bilgiye sahip olmadığından rıza alma yükümlülükleri bulunmadığını göstermektedirler. Bununla birlikte hemşirelerin hasta kişilerin aydınlatılmış onamlarının alınıp alınmadığını kontrol etmeleri ve hastaların dosyalarını onam alındı şekli ile işaretlemelerinin hayati öneme sahip bir aksaklığı önleyebileceği için tavsiye etmektedirler.

Rıza alınması sürecinde hemşirelerin yükümlülüğü; şayet hemşire yeterli düzeydeki bilginin hastaya sade ve anlaşılır bir biçimde aktarıldığından şüphe duyuyor ya da hasta birey kendisinden bilgi istiyor ise eksikliği giderme yollarını araştırılmalıdır. Benzer bir durum da kalmış olan bir hemşire;

1. Hasta kişinin doktorunu ile iletişime geçerek durum hakkında bilgi aktarması,
2. Hasta dosyasına yazılı not düşerek, hasta bireye karşı yükümlüğünü yerine getirme açısından önem arz etmektedir.

Aydınlatmanın zamanı

Aydınlatma kavramı ve kavramın dayanağı olan amaçlar tıbbi müdahaleye rıza gösterilmesinden önce aydınlatma yapılmasını zorunlu kılar. Bilgilendirme yapılacak ve rızası alınacak hasta bireye uygulanması düşünülen tedavi süreci ve planlanan girişimler ile ilgili yeterince düşünmesini ve sağlıklı bir şekilde karar almasını sağlayacak zaman tanınmalıdır. Aydınlatmanın zamanının belirlenmesinde müdahalenin acil oluşu belirleyici ve sınırlayıcı olabilmektedir. Hastanın hayati risk taşıdığı durumlarda bireyin ameliyat masasında dahi aydınlatılması mümkün olmaktadır. Asıl olan amil hastaya durumunu değerlendirebilecek kadar bir süre tanınması tıbbi girişimden önce bilgilendirilmesidir. Unutulmamalıdır ki hasta bireyin ameliyat masasında bilgilendirilmesi ile sağlıklı düşündüğü ve karar aldığı da beklenmemelidir.

Unutulmamalıdır ki; yeterli düzeyde ki bir aydınlatma şartlar uygun ise uygulanması düşünülen tedavi ya da tıbbi müdahaleye başlamadan önce ve hasta bireye yeterli zaman tanınıp yapılandır.

Aydınlatmanın şekli

Aydınlatma temelde iki şekilde yapılabilir. Bunlar yazılı ya da sözlü şeklindedir. Yazılı aydınlatma da iki farklı şekilde yapılabilmektedir. Birincisi hastanın standart bir formla aydınlatılmasıdır. Bu süreçte hasta formu okur ve imzalar. Bu şekli ile hastalar aydınlatmanın yazılı belgelendirilmesi sürecine de iştirak etmiş olurlar (Sert, 2004: 235).

Yazılı yapılan aydınlatmanın diğer şeklinde ise broşürlerle aydınlatma söz konusudur. Broşürlerle birlikte tablolar, kartlar veya konu ile alakalı bilgiler sunan CD'lerden de yararlanılabilir. Bu tür uygulamalarda dikkat edilmesi gerekli olan nokta, bu tür gereçlerin aydınlatılmış onam alma ve genelde hasta ve sağlık hizmet sunucuları arasında oluşan iletişim sürecine destekleyici materyaller olduğudur. Yalnızca bu araçlar kullanıldıktan hastadan aydınlatılmış onam alınması söz konusu olamaz.

Sert'e göre; Sağlık hizmet sunucuları nitelikli iletişim sağlana bilmesi için bu tür araçlardan faydalanabilirler, Fakat etkin bilgilendirme hasta olan kişi ile belirli bir mekan da ve yeterli zaman ayırarak yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmelidir. Bu koşullar sağlanmadan alınmış onamlar geçersiz kabul edilmelidir (Sert, 2004: 235).

Uygun koşullar sağlanarak yapılmış olan aydınlatmada hastanın yeterince anlayamadığı konularda sorular sorabilmesi ve tereddüt ettiği konularda bilgi alabilmesi daha olanaklıdır. Hekim hastasını aydınlatırken hastanın somut koşulları çerçevesinde hareket etmeli ve hastaya gereksiz korku, endişe verebilecek paylaşımlardan kaçınabilmelidir.

Ülkemiz yasalarında, onamın şeklinin yazılı olacağı birtakım durumlar ifade edilmişse de; aydınlatma kavramının ne şekilde olacağına ilişkin ne yazık ki herhangi bir yasal düzenleme mevcut değildir. Bu durumla beraber gebeliğin sonlandırılması ve sterilizasyon işlemleri alanında aydınlatmayı belgelemek amacı ile izin belgesi örnekleri oluşturulmuştur. Türkiye'de oluşan hukuk doktrininde aydınlatmanın sözlü yapılmasının amacına daha uygun olduğu yönünde görüş oluşmuştur. Bununla birlikte sözlü yapılmış olan aydınlatmanın ispatı açısından yazılı bir şekilde dönüştürülmesinin yararlı olacağı savunulmuştur (Sert, 2004: 236).

Türkiye yasalarında aydınlatmanın ispatına yönelik açık hüküm içeren bir mevzuat mevcut değildir. Aydınlatma yükümlülüğünün dayanağı olarak iki yasal dayanak vardır. Birincisi tedavi sözleşmesidir. İkincisi ise onamın geçerliliği için yazılı olmasının aranan bir şart olmasıdır. Mevzuatımız açısından her iki esas da savunulabilir niteliktedir. İlki hastanın ikinci çözüm ise hekimin çıkarını gözetmektedir. Aydınlatmanın zorunluluğu sadece sözleşme açısından değerlendirilmemelidir. Doktor ile kıyaslandığında zayıf bir konumda olan hastanın korunabilmesi amacı ile ispat sorumlusunun hekim olması daha sağlıklı bir durumdur.

Özetle; aydınlatılmış onam kavramı şekillendiği tarihi gelişim süreci içerisinde insan onurunu korumayı ve bireye saygı ilkesini yaşama geçirmeyi hedeflemiştir. Bu süreç yasal bir ilerleme gibi algılansa da, temeli birer ahlaki etik değer ve ilke olmaktadır. Güven-güven çerçevesinde şekillenmiş olan ilişki, kişiye saygı-özerklik, kişinin kendisi hakkında karar verme hakkı gibi ilke ve değerlerle temellendirilen aydınlatılmış onam, zaman içerisinde gündeme gelmiş dava kararları ile birçok

gelişmeler göstermiş ve bu zamanın ikame edilemez şartı olmuştur. Mahkemelerde görülen çeşitli davalar, aydınlatılmış onam kavramının şekillenmesinde yön göstermiş, davaların görüldükleri ülkeler ve düzenleme yapma gayretinde olan birçok ülkeye de yasal mevzuatları için yol gösterici olmuştur.

2.3.3 Hastanın Özel Yaşamına Saygı (Mahremiyet) Hakkı

2.3.3.1 Hastanın özel yaşamına saygı hakkı

Hasta hakları ile ilgili oluşan literatür de “mahremiyet hakkı” şeklinde ifade edilen “mahremiyet” kelimesi, bireyin kendisine ait alana saygı hakkının farklı bir şekli olan “özel yaşamın gizliliği” anlamını ifade etmektedir. Bu açıdan bakıldığında “mahremiyet hakkı” da “özel yaşamın gizliliği” hakkının dengidir. Özel yaşama saygı hakkı, yaşama hakkı ve kölelik yasağı gibi haklardan uzunca bir süre sonra (20. yüzyılda) kabul görmüş ve yargı kararları ve içtihatları ile gelişmiş haklar sınıfındadır.

Günümüzde dahi özel yaşamın gizliliği hakkının sınırları net belirlenememiş ve konu ile ilgili ciddi belirsizlikler yaşandığı kabul görmektedir. Bununla birlikte sonradan kabul görmüş ve yasal güvence altına alınmış olmasına rağmen, bu hakkın birinci kuşak (klasik) haklar arasında yer aldığı, ayrıca ikinci ve üçüncü kuşak haklarla da yakın bağlantılı bir hak olduğu iddia edilmektedir.

Özel yaşamın korunması görüşü, çeşitli felsefi görüşlerle temellendirilmektedir. İlki; “kişisel özerklik” ya da “bireysel dokunulmazlık” görüşüdür. İkincisi, “bireyin mutluluğu ilkesidir. Bir üçüncüsü “insan onuru” na daha çok yakıştığı ve “bireyin bağımsızlığı” nı güvence altına aldığı düşüncesidir.

İnsanların yaşamsal çevresinin temelde ortak kesişim noktaları olan üç daireden oluştuğu genel kabul görmektedir. Sırası İle bu tanımlanan alanlar;

1) Ortak alan: Herkesin bilgisine ve ilgisine açık olan, kamuya açık alanlarda yaşanan ve herkesle paylaşılmakta bir sakınca görülmeyen yaşam alanıdır. Genelde kamuoyu önünde meydana gelen toplantı, basın açıklaması gibi hallerde konuşulan bu alan içerisinde değerlendirilebilir (Sert, 2004: 178).

2) Özel alan: Kişinin ancak yakın çevresi ile paylaştığı ve tercih edilen yakınlar dışında kalmış kişilerce bilinmesi istenmeyen sınırlı/korumalı yaşam alanıdır. Genel olarak kişi bu gibi faaliyetlerini ailesi, iş arkadaşları gibi yakın çevre

ile paylaşır ya da paylaşmak zorunda kalır; çalışma hayatı ve günlük olaylar bu alan içerisinde yer alabilir (Sert, 2004: 178).

3) Gizli (mahrem) alan: Kişinin başkalarınca bilinmesini istemediği ve yalnız yaşamak istediği, sadece iç dünyasında kalmasını istediği gizli ve sırlı yaşam alanıdır. Hasta mahremiyetinin korunmasından bahsedildiğinde, hastaların hastalıkları, teşhis ve tedavileriyle ilgili bilgi ve belgelerin hastanın tıbbi bakımıyla, teşhis ve tedavisiyle ilgili olmayan ve kendisinin izin vermediği üçüncü kişilerden gizlenmesi gerektiği kastedilir (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005: 178).

Bireyin korunmaya değer özel yaşamında ise şu unsurlar yer almaktadır:

1. Bireyin fiziksel ve zihinsel dokunulmazlığının, moral ve entelektüel özgürlüklerinin korunması,
2. Bireyin onuru ve şöhretinin haksız fiillere karşı korunması
3. Bireyin adı, kimliği veya resminin yetkisiz kullanımlara karşı korunması
4. Bireyin izlenme, gözetlenme veya tacizlere karşı korunması
5. Mesleki sır kapsamına giren bilgilerin açıklanmasına karşı korunması.

2.3.3.2 Hasta sırrının korunması

Bireyin özel yaşamının gizliliğinin korunmasında “sır kavramı” büyük önem arz etmektedir. Sır kavramı; “Sahibinin açıklanmamasında zarar gördüğü ve başkaları tarafından daha önce bilinmeyen husus” olarak tanımlanabilir. Bu tanım içerisinde iki unsuru barındırmaktadır (Sert, 2004, s. 178).

Sırası ile bu unsurlar; sübjektif unsur ve objektif unsur olarak ifade edilebilir. Sırası ile bunlar;

Subjektif unsur; bilginin sır olarak kabul görebilmesi için yarar sağladığı bireyce gizli tutulmasının istemesi gereklidir. Yarar sağlayan birey bu istemini tavırlarıyla da hissettirebilir. Bilgi sahibinin çeşitli nedenlerden ötürü sırrının açıklanıp açıklanmaması konusunda fikrini beyan edemediği durumlarda (kişinin bilinci yerinde olmaması vb.) bilginin paylaşımında bilgi sahibine zarar verip vermemesi göz önünde bulundurulardan hareket edilmeli, zarar görmeyeceği kanaati oluşan durumlarda paylaşım yapılmalıdır. Aksi hallerde kişiye ait bilgiler sır kapsamında düşünülmesi ve paylaşılmamalıdır.

Objektif unsur; bu yaklaşıma göre bir konunun sır olarak kabul edilmesi için bilgi sahibinin bilginin daha önce başka kişiler tarafından bilinmesini istememesi gerekmektedir. Şayet bahse konu bilgi daha önce üçüncü şahıslarca bilinmekte ise, kişi kendisi ile ilgili bilginin sır olarak saklanmasını istemiş olsa bile, bahse konu bilginin objektif olarak sır olma niteliği taşımamaktadır (Sert, 2004: 179).

Hasta sırrının korunması kavramı içerisinde hastaya ait bilgilerin ulaşılabilirliği ve açıklanması konusu yoğun önem arz etmektedir; sağlık hizmet sunumunda bilgi sistemlerinin kullanımının genele yayılması, hastalara ait belge ve bilgilerin elektronik olarak depolanması ve çeşitli yetkilendirme ile bu dosyalara farklı birimlerce erişimin oluşu hastalara ait bilgilerin hasta mahremiyetini tehdit eder şekilde bir çok birim ve kullanıcı tarafından ulaşılabilmesine imkan tanımıştır. Bu durum sağlık kurumu ve/veya hekimin, tanı ve tedaviye ilişkin bilgi ve belgeleri düzenli olarak kaydetme ve özenle saklama yükümlülüğü yanında bu bilgilere erişim konusunda da idarelere ek sorumluluklar yüklemiştir. Kayıtlar içerisinde hastaların mahremiyetini barındıran çok çeşitli bilgiler yer alabilmektedir. Bunlar hastanın başvurusu, tetkikleri, yatış işlemleri, hasta kayıtları, hastaya uygulanan tedavi protokolleri vb. hasta mahremiyetini içeren konulardır ve bu bilgilerin saklanması konusunda idarece, bölümlerde çalışan tıbbi sekreterlerin, arşiv görevlilerinin ve diğer yardımcı sağlık personelinin hatta hekimlerin uymakla yükümlü oldukları gizlilik ilkeleri konusunda bilinç düzeylerinin artırılması gereklidir. Yapılacak çalışmalar ile uymakla yükümlü olunan ilkeler hakkında bilinç düzeyi oluşacak ve uyulması gerekli ilkelere gerekli titizlik ve özenin gösterilmesi sağlanabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

2.3.3.3 Hastanın beden mahremiyeti

Mevcut hasta hakları yönetmeliğimiz hastaların “Mahremiyetine Saygı Gösterilmesi” kavramını 21. maddesinde ayrıntılı olarak ele almış ve düzenlemiştir, Bu düzenleme aşağıda ifade edildiği şeyliyledir.

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu isteme hakkı;

- 1) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- 2) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- 3) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- 4) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- 5) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- 6) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hastanın yaşamının son bulması mahremiyet olayının sonlandığı anlamına gelmemektedir. Doktor kişi öldükten sonra da mahrem bilgileri ifşa edemez, paylaşamaz.

“Hastaya ait bilgilerde neyin mahrem, neyin ise mahrem olmadığını kararını verecek ve sınırlarını belirleyecek olan hasta ve tavrıdır. Hastanın üçüncü kişilerce bilinmesini onaylamadığı bilgiler, mahremdir ve kesinlikle paylaşılmamalıdır. Şayet hasta bir beyanda bulunmamış ise, üçüncü kişilerce öğrenildiğinde hastanın zarar görebileceği düşünülen bilgiler, mahrem olarak değerlendirilmelidir” (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005: 173).

2.3.4 Başvuru ve Şikayet Hakkı

Hasta bireyler sağlık sunucularından sağlık hizmeti talep ettiklerinde bir takım sorunlar ile karşı karşıya kalabilirler ve karşılaşılan sorunların giderilebilmesi için çeşitli başvurularda bulunabilirler. Yapılan başvurular, etik sel konuları, idari konuları ya da yargısal konuları içeriyor olabilir. Ülkemiz hasta hakları yönetmeliği hastalarımızın bu haklarını yasal güvence altına almıştır. Bu yönü ile değerlendirildiğinde başvuru hakkı, hasta lehine tanınmış en temel haklardandır.

Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru hakkına sahip olmalıdırlar. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanı sağlanmalıdır (Odyakmaz, 2011 Sayı:5).

Mevcut yönetmeliğimiz "Müracaat, şikayet ve dava hakkını 42. Maddesi ile düzenlemiştir; 'Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri; Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

Madde 42- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Madde 43- Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir. Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

1) 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12'nci maddesine göre; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte açabilecekleri gibi ilk önce iptal davası açarak bu davanın karara bağlanması üzerine dava açma süresi içerisinde tam yargı davası açabilirler.

2) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça

veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Geliştirilen hasta hakları içerisinde tanımlanan şikayet hakkı da, şeffaflığın güvencesi olacak kaliteli hizmet konusundaki duyarlılığın korunması ile ilgili dinamiktir. Gelişmiş ülkeler, bütün bu faktörleri dikkate alan bir tutumda sağlık sisteminin şeffaflaştırmada ölçütler ve yöntemler geliştirme çabası ortaya koymakta, şikayetin en kolay şekilde ifade ve takip edilebileceği mekanizmalar oluşturmaya çalışmaktadırlar. Türkiye’de, sağlık hizmeti almada seçme hakkı sınırlı olsa da, atılmış adımlar bulunmaktadır. Hastanın şikayet hakkını kullanabilmesi için, Sağlık Bakanlığı’nın oluşturmaya çalıştığı sistem yerleştirilme aşamasında olsa da kuşkusuz önemli bir adımdır. Sağlık alanında verilen hizmetin kalitesinin sorgulanması, sonuçların tüm vatandaşların ulaşacağı ve anlayacağı şekilde ifade edilmesi ise, çağdaşlığın gereği ama henüz yerine getirilmemiş bir ödev olma özelliğini korumaktadır (Bostan, 2005).

2.3.5 Sağlık Personelini ve Sağlık Birimini Seçme Hakkı

Hasta hakları konulu tüm belgeler de, hasta bireylerin hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını yasal garanti altına almıştır. Uluslararası alanda hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı ilk defa Lizbon Bildirgesi birinci maddesinde yer almıştır. Madde; hastanın hekimini dilediğince seçebileceğini belirtir.

Amsterdam Bildirgesinde ise: “Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir” denilmektedir. Bali Bildirgesinde bu konu, “Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak, hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir” şeklinde yer almaktadır. Roma sözleşmesinde de, Hasta, hangi teşhis ve tedavi yöntemin kullanılacağı ve doktor, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir” ifadesine yer verilmiştir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Anlaşılacağı üzere düzenlemeler hastalara, hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını açık bir şekilde tanımıştır. Bununla birlikte bu hakkın kullanımını birtakım şartlara ve kurallara bağlayarak sınırlandırılabilirliğini belirtmiştir. Yönetmelik, hekim veya kurum değiştirmenin, hastanın sağlık durumunu olumsuz etkileme

ihtimali olan durumlar ve sağlık giderlerini karşılıyan sigorta şirketleri, sandıklar veya sosyal güvenlik kurumu düzenlemelerini göz önünde bulundurmaktadır (Özlu T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastamız, 2005: 151).

Mevzuattan da anlaşıldığı üzere hekim veya sağlık kurumunun değiştirilmesinin talep edilebilmesi için; bu değişim esnasında hastanın hayati tehlikesinin oluşmaması ve oluşabilecek ek ücret farklarının hasta tarafından ödenmesi gereklidir. Şayet bu şartlar sağlana biliyorsa hekim veya sağlık kurumunun değiştirilmesin de mevzuat açısından bir sınırlama kalmamaktadır. Kurum içerisinde ise hekim seçme veya değiştirme hakkının kullanımında her hangi bir engel teoride bulunmamaktadır. Bununla birlikte, uygulamada hekim seçme hakkının sınırsız kullanımı, her zaman mümkün olmayabilir. Sağlık hizmeti sunan kurumların işleyiş süreçlerinden kaynaklı olarak, personelin çalışma koşulları, vardiya uygulamaları, nöbetleri, izinleri ve rotasyonları değişiklikler gösterebilmektedir. Sayılan nedenlerden ötürü hastaların hizmet almak istedikleri hekim ya da sağlık çalışanına başvuru yapabilmeleri sınırlı olabilmektedir (Özlu T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastamız, 2005: 118).

Bu ve benzeri gerekçelerin ortadan kaldırılabilmesi için ilk önce birimler arasında eşitlik sağlanmalı ve birimler arasında verecekleri hizmetlere uygun bir hizmet basamakları oluşturulmalıdır. Ülkemiz hasta hakları yönetmeliği sınırlayıcı durumlar dışında sağlık hizmet sunucularına, hastaların hekim ve personel seçme haklarını kullanabilmeleri için uygun ortamın oluşturulmasını bir ödev kılmıştır. (Sert, 2004: 69).

Bu hakkın en temel gerekçesi sağlıklı yaşamının kıymet biçilemez değere sahip oluşudur. İnsan sağlığının bozulması, bireyin yaşamını tehdit etmesi nedeni ile insanları endişeye sevk eder. Varlığını sürdürme bilme isteği, en güçlü uyarandır. Hastalandığını ya da hastalığa yakalanacağını düşünen birey, hızlıca, en pratik yolu benimseyerek, en az zarar göreceği tedavi yolunu tercih ederek konforundan da taviz vermeden durumunu düzeltmek ve iyileşmek ister. Hastaların, hayati bir tehlike ile karşı karşıya kaldıklarında ise, derdine çare olabileceğini ve şifa sağlayacağını düşündüğü doktora ya da sağlık hizmeti sunan kuruluşa erişimi önündeki engeller ortadan kaldırılmalıdır. Diğer bir açıdan bakıldığında ise, sağlık hizmet sunucuları özelinde doktorların; sandıklar, özel sigorta şirketleri ve sosyal güvenlik kurumlarına ait bütçeleştirilmiş kaynakları da uygun şekilde sarf etmeleri zorunlulukları

mevcuttur. Tıbbi bir dayanak olmadan, hastaların isteği ile uzak yerlerdeki farklı sağlık hizmeti sunan merkezlere hastaların sevk edilişi, öncelikle sunulan hizmetin maliyetini olumsuz etkileyecek, diğer yandan sağlık kurumlarına gereksiz bir iş yükü artışı olarak yansiyacaktır. Benzeri faktörler göz önünde bulundurularak tüm kesimleri memnun edebilecek bir çözüm üretilebilir.

Üretilecek çözüm yollarından bir kaçı; hastaların imkanlar dahilinde hekim ve sağlık çalışanını seçme taleplerinin kolaylaştırılmasına yönelik çözümler, sevk işleminin kademelendirilmesi ve uzak mesafedeki diğer sağlık kuruluşlarına sevklerde ücretlendirme şeklinde veya sevk maliyetlerinin bir kısmının hasta tarafından ödenmesinin talep edilmesi vb. çözüm yolları geliştirilebilir (Özlü T. , Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız, 2005: 120).

Türkiye’de 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Yasası çıkmadan önce; hastaların, hekim ve sağlık hizmeti sunan kurumları seçme hakları sınırlı idi. Birçok hasta, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarının mevzuatlarına tabi bulunmakta ve bu kurumların anlaşması olduğu sağlık kurumundan sağlık hizmeti taleplerini karşılamak durumunda idiler. Sağlık kuruluşunda başvuru yaptıkları gün başvurdukları bölümde mevcut görevli sağlık personeline muayene ve tedavi taleplerini ileterek, onlardan bu hizmetleri sağlamak zorunda idiler. Başvurduklarında aynı branştan birden çok hekim çalışıyor olsa dahi, hastalara hekim tercihleri sorulmamakta ve hastaya rastlantısal olarak randevu verilirdi (Sert, 2004: 69). Ödeme gücü olanlardan özel sektör sağlık tesislerine ve serbest muayenehanelere başvuranlar, gerçek anlamda hekimini seçebiliyorlardı.

Türkiye’de 2009 yılından beri sosyal güvenlik alanında yapılan değişim ve dönüşümlerle devlet ve özel sektöre ait bir çok sağlık tesisi tüm vatandaşların erişim olanağı sağlayacak şekilde yapılandırılmış ve imkanları ölçüsünde hekim seçme hakkını da tüm vatandaşlara tanımıştır.

Sonuç olarak, hastaların hekim ve sağlık kurumunu seçme hakları yazılı belgeler ile sınırlı kalmamış başta birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile hekimliği hizmetleri ve tüm devlet hastanelerinde ayrıca üniversite ve birçok özel sağlık kuruluşlarında hizmet sunum modelinin imkan verdiği ölçüde hekim seçme hakkı tüm vatandaşlara tanınmıştır. Bu çalışmalar neticesinde doğrudan para ödeyebileceklerin değil; çeşitli sandık, sigorta kuruluşu ve sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı tüm vatandaşların hakları sağlanmış oldu ve diledikleri hekim veya sağlık

kurumundan hizmet alabilmelerine fırsat tanınmış oldu. Bunlarla birlikte sağlık uygulama tebliğinde yapılan düzenlemeler ile bir çok hizmetin bedeli daha makul hale getirilip birçok hizmet ise kapsam içerisine dahil edilip, hizmetin kapsayıcılığı ve hizmete olan erişim imkanları artırıldı.

Günümüzde hastalar, isterse farklı kamu hastanelerinden, dilerse anlaşmalı özel sektöre ait poliklinik ve kliniklerden makul farkları karşılayarak diledikleri sağlık hizmetlerini alabilmektedirler.

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8- Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir. Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.

Acil vakalar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar. Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile

belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

2.3.6 Moral ve Manevi Destek Alma Hakkı

İnsan haklarının sağlık hizmetleri alanına yansımaları olarak değerlendirilebilen hasta hakları temel insan hak ve özgürlüklerinden biri olan inanç ve vicdani kanaate saygıyı da içermelidir. Bu hakkın sağlanmasının en önemli koşulu inanç ve vicdan hürriyetinin sağlanmasıdır. Her inanca saygı gösterilmesi, kişilerin belli inanca zorlanmaması ve kendi inancının gereklerini yerine getirebilmesi insan haklarının öğretisinin içerdiği inanç ve vicdani kanaatlere saygının unsurlarındandır.

Bu hakkın daha etkin ve sağlıklı kullanılması için Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı 2012 yılından beri çalışma başlatmış ve 2014 yılının sonunda ortak protokole imza koymuşlardır. Bu protokol çerçevesinde değişik milletlerden farklı inançları da kapsayacak şekilde hastalara manevi destek verilecektir (Diyanet İşleri Başkanlığı, Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü, 07.01.2015, 15:36).

Hastayı teselli etme ve moral verme işi sadece din görevlilerine ait bir vazife değildir. Başta hastanın en yakınları olmak üzere, arkadaşları, dostları, akrabaları da benzer işlevler üstlenebilirler. Bundan da öte, başta hekimi olmak üzere onun tıbbi bakım ve tedavisini üstlenen sağlık çalışanlarının da böyle bir görevleri vardır. Hastalarına daima moral vermeleri; teselli etmeleri, yaşama sevinci aşılmaları, güler yüzlü vs. olmaları gerekir. Hastaların dayandıkları; güç aldıkları ve teselli buldukları beklentilerini; inançlarını ve umutlarını söndürmemeleri çok önemlidir (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Tüm sağlık hizmet birimlerinde çalışmakta olan ve sağlık hizmeti sunan sağlık sunucularının yaşama bakış açıları, inandıkları değerler ve yaklaşımları birbirlerinden ayrı olsa da, hasta insanların inandıkları değerlere saygılı bir şekilde tıbbi müdahalede bulunmalıdırlar.

Unutulmamalıdır ki sağlık hizmet sunumunda hekimler ve sağlık çalışanları hastanın tedavi ve rehabilitasyon süreçlerini yanında hastalarla kurulan iletişim ve insani ilişki sürecinde de hastanın moral ve değerlerini göz ardı etmeden hizmetlerini sunmalıdırlar.

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan ölüm halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır (SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (Madde 9 /II)

“Din veya kanaatleri ifade özgürlüğü demokratik bir toplumda ancak kamu güvenliğinin, kamu düzeninin, genel sağlığın veya genel ahlakın yahut başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için zorunlu olan önlemlerle ve yasayla sınırlanabilir.”

Türkiye Anayasası da (1982) bu alanda çeşitli düzenlemeler içermektedir. Anayasa 13. Maddesinde mevcut sınırlamalar din özgürlüğü alanında da sınırlandırmalar içermektedir. 14. Madde ise temel hak ve hürriyetlerin kötüye kullanılmaması koşuluyla din özgürlüğüne kullanımını tanımlamıştır. Anayasamız 24. Maddesi son bölümünde ise din özgürlüğü ile ilgili özel düzenlemeler içermektedir (Sert, 2004: 262).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982 (Madde 24 / V)

“Kimse, devletin sosyal, ekonomik, siyasi veya hukuki temel düzenini kısmen de olsa, din kurallarına dayandırma veya kişisel çıkar yahut nüfus sağlama amacıyla her ne suretle olursa olsun, dini veya din duygularını yahut dince kutsal sayılan şeyleri istismar edemez veya kötüye kullanamaz”.

İfade edilen bu yaklaşım nedeni ile hastalara ait inanç ve vicdani kanaatlere duyulan saygının da sınırlandırılabilmesi mümkündür. Bu biçimde talepleri olan hastalara inandıkları değerlere ve vicdani kanaatlerine ters düşmeyecek şekilde laiklik ile güvence altına alınmış din ve vicdan özgürlüğü içinde ve sağlık birimlerinin imkanları dahilinde sağlık hizmetleri sunulmalıdır (Sert, 2004: 262).

2.4 Türkiye’de Hasta Hakları Alanında Çalışan Dernekler

Hasta Haklarının savunuculuğu, gerekli eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması konusunda sivil toplum kuruluşlarına büyük görevler düşmektedir. Bu tür faaliyetlerin sivil toplum gönüllülerince gerçekleştirilmesi ve takibinin yapılması doğması muhtemel hak kayıplarının önünde bir set olarak duracaktır. Halkın içinden insanların halkı bilinçlendiriyor ve destekliyor oluşu sunulan sağlık hizmetinde; hizmeti sunan sağlık çalışanları ve hastalar açısından bir teminat niteliğindedir. Bu önemli görevi yerine getirmek üzere Türkiye’de çeşitli yerel ve ulusal düzeyde hasta hakları savunuculuğu yapmak üzere platformlar ve dernekler kurulmuştur. Aşağıda sırası ile ulusal düzeyde hizmet sunumunda öne çıkan birkaç dernek sıralanmıştır.

Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği (HAYAD)

Bu alanda bilinen ve öncü olan dernek Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği olan HAYAD’dır. Türkiye’de hasta hakları savunuculuğu yapan ilk dernek olup 1997 yılında kurulmuştur. Türkiye’de hasta haklarının gündeme gelmesi ve tanınmasında derneğin faaliyetleri önemli katkılar sağlamıştır. Amaçlarının kısaca “hasta ve hasta yakınlarını, haklarıyla buluşturmak” olduğu ifade edilmektedir. HAYAD Türkiye’de ilk kez 26 Ekim tarihini “Hasta Hakları Günü” olarak ilan etmiştir.

Kuruluş tarihi: 1997

www.hayad.org.tr/

(Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği, 23.11.2013, 22:03)

Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY)

2003’te Hasta Hakları Platformu (HHP) olarak kurulan bu oluşum, 2005 yılında dernekleşmiştir.

Kuruluş tarihi: 2005

hastahakki.org/

(Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği, 2013)

Hasta ve Yakınlarını Savunma Derneği (HAYASAD)

Kuruluş tarihi: 2003 www.hayasad.dernegi.com

(Hasta ve Yakınlarını Savunma Derneği , 2013)

Sağlık Hakkı Hareketi Derneği (SHHD)

Kuruluş tarihi: 2005

www.saglikhakki.org/

Hasta hakları alanında çalışan bu derneklerden HAYAD 1999 yılından beri 26 Ekim tarihinde Hasta Hakları Günü etkinlikleri düzenlemektedir. Etkinlikler kapsamında konferans ve sempozyumlar düzenlemekte ve her yıl bu alana emeği geçenlere plaket verilmektedir. Her yıl bir hasta veya hasta yakını, bir sağlık çalışanı yada kurumu, bir hukuk mensubu yada kurumu, bir medya çalışanı yada kurumuna plaket verilmektedir.

HAYAD tarafından 2000’de “AIDS ve Hasta Hakları”, 2001’de “Dermatoloji, Kozmetik ve Hasta Hakları”, “Omurilik Felçlileri, Sorunları Hasta Hakları”, “Down Sendromu ve Hasta Hakları” konulu toplantılar düzenlenmiştir (HAYAD).

HAKSAY ise 2005, 2006 ve 2007 yıllarında Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı ve HAKSAY 2005 yılında 1. Ulusal Hasta Haklar Sempozyumu düzenlemişlerdir. Ayrıca 2005 Isparta’da ve 2006’da Konya’da Hasta Hakları Sempozyumu düzenlenmiştir (HAKSAY).

Bu örnekler dışında sivil toplum örgütleri ulusal ve yerel düzeyde her yıl çok sayıda panel, sempozyum, konferans, radyo, televizyon programları gibi etkinlikler düzenlemektedir (Sağlık Hakkı Hareketi Derneği, 2013).

2.5 Türkiye 2012-2013 Sağlık İstatistikleri Ve Hasta Hakları 2013 Verilerinin Değerlendirilmesi

Türkiye dur durak bilmeden büyümekte ve gelişmektedir. 1990’da 56.473.035 olan nüfus 2000 yılında 67.803.927, 2012 yılında 75.627.384 ve 2013 yılında ise 76.667.864 olmuştur. Araştırmamızı yaptığımız il olan Amasya ise 2013 yılında 321.977 nüfusa sahiptir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013, s. 13).

2012 yılında Türkiye’de doğumda beklenen yaşam süresi erkek için 73.0 ve kadın içinse 78.0’dır. Ortalama yaşam süresi ise 76.0’dır. (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013, s. 17) 2013 yılı içinse erkekte beklenen yaşam süresi 74.7’ye ve kadında beklenen süre 79.2’ye yükselmektedir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014:17).

Bu veriler ülkemiz insanının daha uzun sürelerde yaşayacağını göstergeleridir.

Türkiye’de 2012 yılında 832 devlet hastanesi, 65 üniversite hastanesi ve 541 özel hastane varken; 2013 yılında 854 Devlet,69 Üniversite ve 550 Özel hastane mevcuttur (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 71).

Bunların yanında çeşitli birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda vardır. 2012 yılında bu kurumlara toplam 621.786.345 müracaat olmuşken, 2013 yılında bu sayı 630.371.124 olarak gerçekleşmiştir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 97).

Hastanelere ise müracaat edenlerin sayısı 2012’de 354.636.935 iken 2013’te bu rakam 378.812.243 olmuştur. Sunulan bu hizmetler 2013 yılında toplam 735.159 personel tarafından gerçekleştirilmiştir ve bu personellerin 139.544 tanesi Hemşirelerden meydana gelmektedir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 137). Hastanelerden memnuniyet oranı ise 2013’te %75 olarak gerçekleşmiştir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 129).

Bu verilerden anlaşılacağı üzere sunulan sağlık hizmetlerinden %25 memnun olmamış hasta vardır.

Türkiye geneli hasta hakları verilerine bakıldığında 451682 personele yönelik hizmet içi eğitim, 2.089.304 adet topluma yönelik hasta hakları eğitimi ve 2.821.350 adet yatan hastalara hasta hakları konulu eğitim verildiği görülmektedir. Amasya genelinde ise; 1361 adet personele yönelik hizmet içi eğitimler, 216 adet topluma yönelik hasta hakları eğitimi ve 6.439 adet yatan hastalara hasta hakları konulu eğitim verildiği görülmektedir (TKHK, 2012).

Araştırma yaptığımız hastane de 2012 yılında hasta hakları kuruluna 166 başvuru olmuştur. Kurulda görüşülen başvurulardan 14 tanesinde ihlal var kararı çıkmıştır. Kurula taşınmaksızın yerinde çözülen başvuru sayısı 628 adettir. 2013 yılının üç aylık döneminde ise kurula 47 başvuru yapılmış ve 1 ihlal var kararı çıkmıştır. 2012 yılında çalışma yaptığımız hastanede 793.024 poliklinik yapıldığı ve 22.568 hasta yattığı düşünüldüğünde bu sayılar çok düşük görünmektedir. (ASOŞEAH, 2013).

2.6 Türkiye’de Hasta Hakları İle İlgili Yapılan Çalışmalara Genel Bir Bakış

Bu bölümde hasta hakları konusunda özellikle sağlık çalışanları ile yapılmış birkaç çalışma irdelenecektir. Türkiye’deki sağlık çalışanlarının mevcut hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerine ışık tutmak adına çalışmalar incelenmiştir.

1- Konu ile ilgili AŞKAR (2006) tarafından yapılmış olan çalışmada; sağlık hizmetlerinde önemli yeri olan hasta haklarının uygulanması ve bunun hasta tatmini

açısından ele alınması yönü ile incelemiştir. Buna göre sağlık hizmetlerinde hasta hakları uygulamalarının yansımalarını ve bu yansımanın hastalara etkisini araştırmayı amaçlamıştır.

Çalışmada anket uygulaması yapılmıştır. Anket iki ayrı formdan oluşmuştur. Birinci anket formu hasta ve hasta yakınlarının Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta hakları uygulamaları konusundaki görüşlerini toplamayı amaçlamıştır. İkinci bölümde ise; hasta hakları uygulamalarının varlığını araştırmayı amaçlamış olup bu kapsamda hastane personelinin hastanelerinde uygulanan hasta hakları bakışı ve hasta hakları uygulamalarını değerlendirmeleri istenmiştir.

Anket çalışmasına katılan erkeklerin oranı %31.7 iken; kadınların katılım oranı %68.0'dır. Ankete toplam 352 kişi katılmıştır.

Anket değerlendirme verilerine göre hastaların toplam %81'i doktorların bilgilendirme haklarına riayet ettiğini düşünmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının ise %65.6'sı bakım ve tedavi hususunda doktorların ayırım yapmadıkları görüşündedirler.

Ankete katılan hasta ve hasta yakınları, "Hemşireler, her istediğimde hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında bilgi vermektedirler." şeklindeki yargıya toplam %72.9 oranında katıldıklarını yani hemşirelerin bilgi verme hakkına riayet ettikleri görüşünde olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmada en çarpıcı oran "Hastanede doktorumu veya hizmet aldığım diğer sağlık personelinin değiştirmek istediğim zaman kararına saygı duyulmakta ve gereken yapılmaktadır." yargısına katılım oranı ise %51'dir. Bu oran diğer oranlarla kıyaslandığında oldukça düşüktür.

Bu verilerden anlaşıldığı üzere Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta hakları açısından tek olumsuzluk hastanın gerek hemşire, gerek doktor gerekse diğer sağlık personeli değiştirme talebine yani seçme ve tercih hakkına olumlu cevap verilemeyişi olarak ortaya çıkmıştır. Ankete katılanlarda eğitim durumu düşük olanların hasta haklarına daha çok riayet edildiği düşüncesi hakim iken eğitim durumu yükseldikçe hasta haklarına riayet konusundaki olumlu düşünceleri azaldığı görülmüştür.

Yapılan araştırma sonucunda genelde hem hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine hem de hastane personelinin (doktor, hemşire ve diğer personel) görüşlerine göre Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta haklarına önemli ölçüde

uyulmaktadır. Hasta ve personelin Kütahya Devlet Hastanesi hasta hakları uygulamalarına yaklaşımı olumlu olmakla beraber tek olumsuzluğun hastanın gerek hemşire, gerek doktor gerekse diğer sağlık personeli değiştirme talebine yani seçme ve tercih hakkına olumlu cevap verilemeyiştir. Yapılan bu çalışma hastalar ve çalışanlar gözünden bir değerlendirme olarak alana katkı sağlamıştır (Aşkar, 2006, s. 101-133).

2- Konu ile ilgili diğer bir çalışmada AKINCI (2009) tarafından yapılan ve Kozan Devlet Hastanesi'nde görev yapan sağlık personeli ile Kozan Devlet Hastanesi'nde ayakta ve yatarak tedavi gören hastaların; "Hasta Hakları" ile "Hasta Hakları Birimi Uygulaması" konularındaki bilgi düzeylerini, uygulamaya yönelik görüşlerini ve hastaların haklarından yararlanma durumlarını belirlemeyi amaçlamıştır.

Araştırmanın örneklemini Kozan Devlet Hastanesinde 1 Kasım 2008 ile 24 Aralık 2008 tarihleri arasında tesadüf olarak seçilen, 150 yatan ve 150 poliklinik hastası ile Kozan Devlet Hastanesinde çalışan 150 sağlık personeli oluşturmuştur.

Ankete katılan 150 yatan hastadan 63'ü erkek, 87'si kadın, 150 poliklinik hastasından 76'sı erkek, 74'ü kadın, 150 sağlık personelinden 65'i erkek ve 85'i kadındır.

Ankete katılan sağlık personelin %30'u 1 ile 5 yıllık çalışma süresine sahiptir.

Yatan hastaların %63.33'ü "Hasta tıbbi bilgilerini içeren dosya ve kayıtlarını inceleyip, bir nüshasını alabilmeli ve varsa hataların düzeltilmesini isteyebilmelidir." hakkını bilmemektedir. Bu durum üzücü bir biçimde %35 oranında sağlık çalışanları içinde geçerlidir.

Yatan hastalar arasında en fazla bilinen hak ise %98 bilinme oranı ile "Hasta hak ihlaliyle karşılaşması durumunda şikayet ve dava hakkını kullanabilmelidir." hakkıdır.

Ayrıca çalışmada bilinirliği düşük tespit edilen diğer bir konu ise hastaların %66'sı "Hasta tıbbi durumunun kötüye gitmesi ve hatta tıbbın çaresiz kalması durumunda bile ötenazi talep edemez." maddesi olarak ortaya çıkmıştır.

Ankete katılan sağlık personeli tarafından Kozan Devlet Hastanesinde "Hiç uyulmamaktadır" cevabının en fazla verildiği soru %52'lik oranla hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda bilgi vermeyişi yani kendilerini tanıtmayışlarıdır.

Sağlık personeli arasında “Uyulmaktadır” cevabının en fazla geldiği soru, % 92 ile yatan hasta ve poliklinik hastalarında olduğu gibi soru 15 “Hasta hastanenin imkanları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmelidir.” maddesidir.

Ankete katılanların %31.61’i “Yasal prosedürlerle uğraşmak istememek” nedenini Tıbbi muayene ve tedavi esnasında hak ihlaliyle karşılaşılmasına rağmen şikayet etmeme nedenleri arasında en önemli neden olarak göstermişlerdir.

Araştırmada ankete katılan sağlık personeline, Hasta Hakları Yönetmeliği doğrultusunda hazırlanan 18 maddelik soru seti içerisindeki hasta haklarını bilip bilmediği sorulmuş ve sağlık personelinin %95’inin hastaların sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanma hakkını, %97’sinin hastaların sağlık kurumu ve personeli seçme hakkını, %78’inin hastaların sağlık personeli tanıma hakkını, %93’ünün hastaların modern tıbbi bakım ve tedavi görme hakkını, %74’ünün hastaların ötenazi hakkının olmadığını, %98’inin hastaların kişilik değerlerine uygun hizmet alma hakkını, %97’sinin hastaların hastalığı ve hastalığın seyri hakkında bilgi alma hakkını, %65’inin hastaların tıbbi bilgilerini içeren dosya ve kayıtları alma ve inceleme hakkını, %70’inin hastaların sağlık durumu hakkında bilgilendirilme veya bilgilendirilmeme hakkını, %97’sinin hastaların mahremiyetini korunması hakkını, %96’sının hastalardan aydınlatılmış onam alınması hakkını, %95’inin hastaların önerilen tedaviyi ret etme veya durdurma hakkını, %95’inin hastaların can ve mal güvenliklerinin sağlanması hakkını, %89’unun hastaların dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilme hakkını, %97’sinin hastaların refakatçi bulundurabilme hakkını, %98’inin hastaların ziyaretçi kabul etme hakkını, %98’inin hastaların hak ihlali halinde şikayet ve dava hakkını, %82’sinin ise hastaların hastanede uyması gereken kurallar hakkında bilgilendirilme hakkını bildiği çalışma sonucunda tespit edilmiştir.

Yine araştırma sonucunda ankete katılan bir bireyin Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirlenen 18 haktan, yaklaşık 13’ünü yani %73’ünü bildiği saptanmıştır.

Araştırma bulgularına göre Hasta Hakları Yönetmeliği’nde belirlenen 18 hakkın Kozan Devlet Hastanesinde %23’üne hiç uyulmadığına, %31’ine kısmen uyulduğuna ve %46’sına uyulduğuna inanmaktadır. Yapılan bu çalışma hastalar ve çalışanlar gözünden bir değerlendirme olarak alana katkı sağlamıştır (Akıncı, 2009: 70-172).

3- Konu ile ilgili diğerk bir çalışma ise KURTCEBE (2009) tarafından yapılan bir üniversite hastanesine başvuran hasta ve yakınları ile araştırma görevlilerinin hasta hakları konusunda bilgi, tutum ve yararlanma durumları değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Araştırmada hasta ve hasta yakınlarının hasta haklarıyla ilgili en çok bildikleri maddelerin hekim seçme ve hastalığı hakkında bilgilendirilme hakkı olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte öğrenim durumu arttıkça hasta hakları konusunda bilgisinin olduğunu düşünenlerin yüzdesi arttığı tespit edilmiştir.

Bu durum eğitim düzeyi ve hakların bilinişliği arasında doğrusal bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Araştırma sonucunda ortaya çıkan ilginç bir sonuçta hasta ve hasta yakınlarının büyük kesimi bazen (%26.8'i) veya nadiren (%26.8'i) hekimini seçebildiğini belirtmiştir.

Üniversite hastanelerinde de devlet hastanelerinde olduğu gibi bu konuda hasta hakları açasından sıkıntı olduğu açıktır.

Yine araştırmaya katılan katılımcılardan %26.6'sı muayene eden doktorun kendini bazen tanıttığını, diğer sağlık personelinin ise %50.9'u hiçbir zaman kendini tanıtmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmada hasta ve hasta yakınlarından hasta haklarının bir liste, tabela veya broşür halinde sağlık kuruluşlarının kolayca ulaşılıp okunabilecek uygun yerlerinde hiçbir zaman bulundurulmadığını belirtenlerin yüzdesi 45.1'dir.

Yapılan araştırmada hasta ve hasta yakınları, haklarının daha çok hekimler ve hemşireler tarafından ihlal edildiğini düşünmektedir.

Bununla birlikte %35.3'i sonucun istediği gibi olmayacağına inanmaları ve %23.6'sı haklarından haberdar olmamaları ve %21.2'si tedavisine olumsuz etkisi olacağını düşündüğü için haklarını talep edemedikleri tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin çoğunluğunun meslekte toplam hizmet süresi 0-3 yıldır.

Hasta hakları ile ilgili bilgileri değerlendirildiğinde, çoğunluğunun bu konuda kısmen veya tamamen bilgisinin olduğunu ifade ettiği bulunmuştur. Ancak araştırma görevlilerinin büyük kısmı hasta haklarıyla ilgili bilgi düzeylerini orta veya yetersiz olarak değerlendirmişlerdir. Ayrıca araştırmada araştırmaya katılan araştırma görevlileri arasında hasta hakları yönetmeliğini duyma ve okuma yüzdeleri çok

düşüktür.

Araştırma görevlilerinin hasta haklarıyla ilgili en çok bildikleri maddelerin hekim seçme ve bilgilendirilme hakkı olduğu bulunmuştur.

Araştırma görevlilerinin büyük kesimi hasta haklarıyla ilgili eğitim almamıştır ve %61.5'i eğitim ihtiyacı olduğunu düşünmektedir.

Araştırma görevlilerinin %8.0'ı meslek hayatları boyunca hasta hakları konusunda şikayet edildiklerini belirtmişlerdir.

Şikayet konuları arasında ilk sıraları hastayı bekletmek ve hastayla iletişim problemi yaşamak almaktadır.

Araştırma görevlilerinin çoğunluğu hasta haklarına Türkiye'de %59.6'sı orta düzeyde, bağlı oldukları kurumda ise %51.9'u büyük ölçüde uyulduğunu düşünmektedir.

Hangi yolla hasta haklarının daha iyi olacağına inandıkları sorgulandığında hem hasta ve hasta yakınlarının hem de araştırma görevlilerinin en çok verdikleri yanıt %53.1'i eğitim olmuştur.

Bu çalışmada hasta ve hasta yakınlarına "başvurduğunuz sağlık kuruluşlarını özgürce seçebiliyor musunuz?" diye sorulduğunda %49.1'i genellikle seçebildiklerini ifade etmiştir.

Bu çalışmada hasta ve hasta yakınlarının %48.0'ı sağlık kuruluşlarında tanı, yapılması planlanan tetkik, hastalığın seyri, yapılacak tedavi ve reçete edilen ilaçlar ile ilgili kendilerine genellikle bilgi verildiğini beyan etmiştir.

Gazi Üniversitesi'nde yapılan bu çalışmada hasta ve hasta yakınlarının %44.2'si genellikle tıbbi müdahale ve uygulama öncesinde rızasının alındığını ifade etmiştir.

Araştırma sonuçlarından biride hasta ve hasta yakınlarının %36.7'si genellikle muayene ve tedavi ile alakalı yapılmasını istemedikleri uygulamaları reddedebildiklerini ifade etmişlerdir.

Hasta ve hasta yakınları %31.1 ile bazen kendisiyle ilgili tıbbi kayıtları öğrenebildiklerini ifade etmişlerdir.

Hasta ve hasta yakınlarının %42.7'si sağlık personelinin sağlık durumlarıyla ilgili bilgileri genellikle sır olarak tuttuğunu belirtmiştir.

Bu çalışmada hasta ve hasta yakınlarının %55.8'i sağlık hizmeti sırasında doktorlar, hemşireler ya da diğer ilgililerin kendilerine genellikle saygılı

davrandıklarını ifade etmişlerdir.

Bu araştırmada hasta ve hasta yakınlarının %18.7'si hasta haklarıyla ilgili hayatlarının bir sürecinde sorun yaşadıklarını ve Őikayette bulunan kişilerin %48.6'sının sonuç elde edemediği anlaşılmıştır.

Bu çalışmada hastaların kendi durumu ile ilgili yazılı bir doküman istediğinde verme durumu sorgulandığında araştırma görevlilerinin %44.3'ü genellikle, %20.4'ü her zaman, %19.7'si bazen verdiklerini ifade etmiştir.

Bu çalışmada araştırma görevlilerinin %58.0'ı herhangi bir girişimde bulunurken veya bakım verirken hastaların mahremiyetini koruduklarını ifade etmişlerdir.

Yine çalışmada araştırma görevlilerinin %53.8'i hastalara yapılacak her türlü müdahale için bilgi verip izin aldığını belirtmiştir.

Çalışmada hekimlerin Türkiye'de ve çalıştıkları sağlık kuruluşunda hasta hakları ile ilgili neler yapıldığına ilişkin fikirleri sorgulandığında araştırma görevlilerinin her iki soruya da en çok verdikleri yanıt "hiçbir Şey" olmuştur.

Türkiye'de yasal düzenlemeler yapıldığını araştırma görevlilerinin %23.4'ü belirtmiştir.

Bu sonuç hekimlerin yaklaşık %75'inin bu konuda fikrinin olmadığını göstermektedir. Araştırma görevlilerinin %15.6'sı çalıştıkları sağlık kuruluşunda Şikayet kutuları olduğunu ifade etmiştir. Bu da hekimlerin %85'inin bu konuda fikrinin olmadığını göstermektedir.

Araştırma grubundaki hekimlerin % 94.4'ü mezuniyetten önce veya sonra hasta hakları eğitiminin, hekimler için gerekli olduğunu belirtmişlerdir (Kurtcebe, 2009: 145-192).

4- Konu ile ilgili diğer bir çalışma ise; OTUR (2013) tarafından yapılan "Hasta Hakları ve Kocaeli Gölcük Necati elik Devlet Hastanesi Personeli İle Hastaneye Müracaat Eden Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgilerinin Ölçülmesi" konulu yüksek lisans tezinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesinde ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olduğu düşünölen hasta hakları konusunda Gölcük Necati elik Devlet Hastanesi personeli ile hastaneye tedavi amacıyla müracaat eden hastaların bilgi düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır.

Araştırmaya 159 sağlık personeli katılmıştır. Katılanların cinsiyetlerine göre dağılımlarında %17'sinin (27) erkek, %87'sinin (132) kadın olduğu görölmektedir.

Sağlık personelinin %74.2'si (118) hasta hakları ile ilgili eğitim aldığını, %25.8'i (41) hasta hakları ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir.

Sağlık Personelinin %5.7'si "Hasta Hakları" ile ilgili eğitimi okuldan, %64.1'i hizmet içi eğitim şeklinde, %5.7'si diğer (çevre, basın vs.), %24.5'de bu soruya cevap vermemiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %38.4'ü Hasta Hakları bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu, %35.2'si orta seviyede olduğunu, %3.8'i bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu belirtmiş bu soruya %22.6'sı yanıt vermemiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %20.1'i hasta hakları konusunda eğitime ihtiyaçları olmadığını, %50.3'ü hasta hakları konusunda eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişler ve bu eğitimin sağlık bakanlığı tarafından verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı ise %41.5 oranındadır.

Ankete katılan sağlık personelinin %81.8'i hastaların, hasta hakları konusunda eğitim alması, %40.9'u ise eğitimin Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Ankete katılan sağlık personelinin %73.6'sı "Hasta, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan sağlık personelinin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi isteyebilir mi?" sorusuna doğru cevap vermişlerdir.

"Hastalara ait bilgiler gizli tutulmalı mıdır?" sorusuna ankete katılan sağlık personelinin %87.4'ü evet cevabı vermiş olup cevabın doğruluk yüzdesi oldukça yüksek olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca "Hastanın kendi ile aynı hastalığa sahip başka bir hastanın dosyasını inceleme hakkı var mıdır?" sorusuna ankete katılan hastaların %85.5'i doğru cevap vermiş olup bir önceki soruya vermiş oldukları doğru cevap oranı ile bu oranın uyumlu olduğu görülmektedir.

"Her yerde söylenebilecek bilgiler sır olarak sayılmasa da eğer hasta bu gibi durumları (grip vb.) sağlık personelinden sır olarak saklamasını isterse bu sır kapsamına girer mi?" sorusuna sağlık personeli %52.2 oranında doğru cevap vermiş olup doğru cevap oranının düşük olduğu değerlendirilebilir.

Ankete katılan sağlık personelinin %84.9'u tıbbi aciliyeti olmayan müdahalede hastanın rızası ve izni alınması gerektiğine ilişkin soruya doğru cevap vermiştir. Tıbbi müdahalede izin konusunda "Tıbbi müdahaleye izin veren hasta, müdahalenin herhangi bir döneminde bu izinden vazgeçebilir mi?" sorusuna ankete katılan sağlık

personelinin %43.4'ü hayati tehlike yoksa cevabı vermiş olup bu soruya doğru cevap verme oranının oldukça düşük olduğu değerlendirilebilir.

Ankete katılan sağlık personeli “Herhangi bir tıbbi müdahale yapmadan önce hastalar müdahale hakkında bilgilendirilmeli midir?” sorusuna %91.8'i oranında bilgilendirilmediği cevabı vererek doğru cevap vermişlerdir. “Hasta, hastalığı konusunda kendisine ve ailesine bilgi verilmemesini isterse ne yapılmalıdır?” sorusuna bilgilendirmem diyerek doğru cevap veren sağlık personelinin oranı %25.8'dir

Bu oranın oldukça düşük olduğu sağlık personelinin hastaların sır saklama konularındaki bilgilerinin genel olarak yetersiz olduğu anlaşılmaktadır.

Ötenazi konusunda sağlık personeline sorulan “Hastaların Ötenazi (Yaşamlarını Sonlandırma) hakkı var mıdır?” sorusuna ankete katılan sağlık personelinin %75.5'i hayır demek suretiyle soruya doğru yanıt vermişlerdir. Ankete katılan sağlık personelinin %24.5'inin ötenazi konusunu bilmediği anlaşılmaktadır.

Ankete katılan sağlık personeli “Hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgileri ihtiva eden dosya ve kayıtları incelemeye veya bir suretini almaya hakları var mıdır?” sorusuna %42.1 oranında doğru cevap vermişlerdir. “Hasta tıbbi kayıtlarında bulunan eksik veya hatalı bilgilerin düzeltilmesini isteyebilir mi?” sorusuna ise %62.3 oranında doğru yanıt vermişlerdir.

Hasta güvenliği ile ilgili olarak; ankete katılan sağlık personeli “Hastanede bulunan hastaların can ve mal güvenliklerinin korunması için gerekli tedbirleri kim alır?” sorusuna %78.6 oranından “Hastane Yönetimi” cevabı vererek doğru yanıt vermişlerdir.

Dini vecibeler konusunda; ankete katılan sağlık personeli “Hasta sağlık kuruluşunda dini vecibelerini yerine getirebilir mi?” sorusuna %93.1 oranında doğru yanıt vermişler, “Hasta, kendisine dini telkinde bulunması ve manevi yönden desteklemesi amacıyla hastaneye din görevlisi davet edebilir mi?” sorunda doğru cevap oranının %65.4'e düştüğü görülmektedir.

Refakatçi bulundurma hakkı ile ilgili olarak hastaların refakatçi bulundurma hakkı var mıdır? Soru suna; doktorun iznine bağlı demek suretiyle doğru cevap veren sağlık personeli oranı %32.1'dir.

Ankete katılan sağlık personeli “01.08.1998 yılında Resmi Gazetede yayınlanan 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği'nden haberdar mısınız?”

sorusuna %44 oranında yönetmelikten haberdar olduklarına ilişkin cevap vermişlerdir. Hasta Hakları Yönetmeliği'ni okuduğunu beyan eden sağlık personeli oranı ise %27'dir (Çotur, 2013: 74-111).

5-Konu ile ilgili başka bir çalışma ise: KİBAR'ın (2010) tarafından hazırlanmış olan "I. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi: Bahçelievler Örneği Üzerine Bir Araştırma" konulu yüksek lisans tezinde sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan hasta hakları konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Araştırmada tam sayım yöntemi ile 63 doktor, 43 ebe ve 33 hemşire olmak üzere toplam 139 kişiye Ek-1 de sunulan anketler uygulanmıştır. 18 kişi anket formunu doldurmamıştır toplam 127 kişi çalışmaya katılmıştır (%91).

Anket soruları sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerini, hasta haklarına genel bakışını, sağlık çalışanlarının hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini ve meslek hayatlarında hasta haklarına uygun davranıp davranmadıkları araştırmaktadır.

Katılımcıların %44,1'i Doktorlar dan , %31,5'i Ebeler den ve %24,4'ü Hemşireler den oluşmaktadır. Katılımcıların %77,2'si (98 kişi) kadın katılımcılardan, %22,8'i (29 kişi) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %68,5'i (87 kişi) 1 ile 3 yıldan bu yana çalıştıkları kurumda görev yapmakta, %18,9'u (24 kişi) 10 yıl ve üstünde bir süredir çalıştıkları kurumda görev yapmaktadırlar, %10,2'si (13 kişi) 4 ile 6 yıl arasında ve %2,4'ü (3 kişi) 7 ile 9 yıl arasında çalıştıkları kurumda görev yapmaktadırlar.

Araştırmaya katılan personellerin %48'i (61 kişi) hasta hakları ile ilgili hiç eğitim almayanlardan, %40,2'si (51 kişi) sadece 1 kez eğitim alanlardan, %6,3'ü (8 kişi) 2 kez eğitim alanlardan ve sadece %5,5'i (7 kişi) hasta hakları ile ilgili 3 ve üstünde eğitim alanlardan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan çalışanların eğitim aldıkları yerlere göre; %80'i (52 kişi) hizmet içi eğitimi sırasında, % 18,5'i (12 kişi) yüksek öğrenimim sırasında ve sadece %0,8'i (1 kişi) kongre, sempozyum sertifika programından eğitim almıştır. Çalışma da eğitim alan sağlık personeli ile eğitim almayan sağlık personelleri arasında hasta hakları bilgi ve tutumlarına katılım düzeyleri arasındaki ilişkide anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.

Katılımcılardan hasta hakları ile eğitime ihtiyaç vardır diyen grup bekar, 20 yaş ve üzeri, meslek yılı olarak 1-3 yıl içerisinde görev yapan sağlık personeli kapsamaktadır.

Çalışmaya ise en yüksek katılım mahremiyetin korunması ve hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmesi gerektiği (%95), her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yasama hakkı olan sağlık hizmeti verilir maddeleridir (%89.8).

Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınması gerektiğini katılımcılar (%85.6) oranında düşünmektedir.

Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyanların oranı ise %80'dir.

Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır %79 iken hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmesi gerektiğine inananların oranı 74,6'dır.

Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir ve hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz sorusuna %70.6 ile kısmen katıldıklarını, sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır sorusuna %66.7 ile kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır cevabı verenler %6'dir. Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir sorusuna % 57,6 ile kısmen çalışmaya katılmışlardır.

Yapılan bu çalışmalar sağlık hizmeti sunan profesyonelleri olan hekimler ve sağlık çalışanlarının hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerine ışık tutar niteliktedir. Bu çalışmalardan da anlaşıldığı üzere eksiklerin olduğu açıktır. Bunları gidererekten hizmetin, kalitenin ve rekabetin zirvesine doğru koşan Türk sağlık hizmetleri içerisinde 2015 Türkiye'sinde insanımıza yakışır sağlık hizmetleri üretebiliriz (Kibar, 2010: 108-129).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AMASYA ÜNİVERSİTESİ SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEMŞİRELER ÜZERİNE HASTA HAKLARININ BİLİNİRLİĞİNE İLİŞKİN UYGULAMA

3.1 Gerekçe ve Yöntem

3.1.1 Amaç ve Gerekçe

Türkiye'deki Hasta Haklarının Geçmişten Günümüze Gelişimi ve Amasya Devlet Hastanesinde Bir Uygulama isimli bu araştırmada Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşirelerin sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan hasta hakları konusunda bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.1.2 Varsayımlar ve Kısıtlar

Çalışmanın yürütülmesi sürecinde kabul edilen varsayımlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

1. Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan anketlerin doğru olarak doldurulduğu ve gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.
2. Seçilen deneklerin, saptanan sınırlılıklar içinde evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
3. Araştırma evrenini oluşturan personel sayısının doğruluğu, kaynak olarak kullanılan Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesini kapsamaktadır. Bu nedenle sonuçlar Amasya ilindeki diğer yataklı tedavi kurumlarını genellememektedir. Bu araştırma Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan Hemşire unvanına sahip sağlık personelini kapsamaktadır.

3.1.3 Yöntem

Çalışmamızda hasta haklarının hemşireler tarafından bilinirlik düzeyini belirlemek üzere durum tespiti yapılmak istenmektedir. Bu amaçla hasta ile yakından ilişki içinde bulunan sağlık personellerinin sürekli olarak karşı karşıya geldiği bu durumu belirlemek ve onların tutumlarını tespit etmek üzere bilimsel araştırma yöntemlerinden Anket Yönteminin kullanılmasına karar verilmiştir.

Anket yöntemi evren hakkında fikir verebilmek için çeşitli örneklem yöntemleri ile seçilmiş bulunan örneklem grubuna yöneltilen sorulardan oluşmaktadır. Sorular daha önce uygulanmış ve geçerliği ile güvenilirliği tespit edilmiş ölçek sorularından oluşabildiği gibi, ilk defa uygulanacak sorulardan da oluşabilmektedir.

Bireylerin bazı davranışları ve bazı düşünsel, duygusal, inançsal, içgüdüsel, algısal özellikleri vardır ki, yapısı gereği gözlenmesi olanaksızdır. Bu tür konuları incelemek için yapılacak araştırmalarda anket yöntemi kullanılır (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu, 2004: 68).

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere anketi, belli bir amaç ve plana göre düzenlenmiş soru listesi olarak ifade etmek mümkündür. Bu yöntemde asıl olan kalem-kağıt yoluyla durumun kendisi hakkında bilgi edinilmesidir. Konunun sınırları doğrultusunda anketteki soru sayısı ve içeriği değişiklik gösterebilmektedir.

Anket yöntemi sık ve yaygın kullanılan bir yöntemdir. Bunun nedeni, kolay, ekonomik ve doğrudan doğruya veri toplama tekniği oluşudur. Ayrıca bilgisayar destekli istatistik programlarının gelişimi ve anketlerden elde edilen verilerin bu programlar aracılığı ile işlenebilir olması da başlıca nedenlerdendir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010, s. 66-78).

Diğer araştırma türlerinde olduğu gibi anket yönteminde de beş aşama (problem seçimi, planlama, uygulama, değerlendirme ve rapor yazma) bulunmaktadır. Anket yönteminin diğer araştırma yöntemlerinden farkı soru kağıdının hazırlanması ve eğer görüşmeci aracılığı ile yürütülecek ise görüşmeci seçim ve eğitiminin önem kazanmasıdır (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu, 2004: 69).

Anketlerde birçok farklı soru türleri kullanılabilir. Bunlar; standart soru, serbest soru, kapalı uçlu soru, açık uçlu soru, bilgi ve davranış ölçen sorular şeklinde olabilmektedir.

Sorular araştırma özelliklerine göre açık ya da kapalı uçlu olarak düzenlenir. Sorular herkes tarafından aynı şekilde anlaşılacak biçimde kısa, açık ve kesin olmalıdır. Ayrıca sorulan her soru araştırma ana konusu ve hipotez ile direkt ilişkili olmalı ve soru listesi içsel bir bütünlüğü barındırmalıdır (Seyidoğlu, 2009:40).

Seyidoğlu'na göre; "Anket türlerini geleneksel ve modern yöntemler olarak başlıca iki gruba ayrılmaktadır. Geleneksel yöntemler ise, cevap verenin yönettiği ve araştırmacının yönettiği anketler olarak iki alt gruba ayrılmaktadır. Cevap verenin yönettiği yöntem posta, faks ve elden bırakıp alma alt başlıklarını içermektedir. Araştırmacının yönettiği anketler ise telefonla ve biçimsel mülakat ile yapılan anketlerdir. Modern yöntemler ise; e-posta ve internet aracılığı ile yapılan anketlerdir."

Sümbüloğlu ise anketleri uygulama biçimine göre genel olarak posta ile anket uygulama ve görüşme yolu ile anket uygulama olarak ikiye ayırmıştır (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu, 2004: 89).

Anket yönteminin diğer araştırma yöntemleri ile karşılaştırıldığında birtakım güçlü yanları bulunmaktadır. Bunlardan başlıcaları; uygun durumlarda geniş bir gruptan çok miktarda veriyi, kısa zamanda ve düşük bir maliyet ile toplama olanağı sağlaması, cevapların belli sınırlar içinde toplanabilmesine imkan sağlaması, cevap verene cevaplamak için uygun bir süre tanınması, para, zaman ve insan kaynağından ciddi tasarruflar sağlaması, imzasız da doldurulup iadesinin mümkün oluşu sebebi ile objektifliğinin yüksekliği, anketlerde sorular yazılı şekilde sunulduğundan ve bunlara cevap verecek bireyin cevaplarını tekrar tekrar kontrol etmesi mümkün olduğundan, cevaplarının görüşme tekniğine oranla daha doğru olduğu kabul edilebilir. Ayrıca anketler tam şekillenmiş olduklarından cevapların karşılaştırılabilmesine olanak tanımaktadırlar (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010: 81).

Anket yönteminin sayılan güçlü yönlerinin yanı sıra bir takım zayıf yönleri de bulunmaktadır. Anket yönteminin başlıca zayıf yönü, sorulara ayrı kişilerce ayrı anlamlar verilmesini önlemedeki güçlüktür. Kişilerin anketleri ne derece özenle ve içtenlik ile doldurduğunun bilinmemesi yazılanların geçerliğinden emin olma olasılığını düşürmektedir. İşaretlenmiş cevaplar, nelerin beyan edildiğinin bir anlatımı olup, gerçek durumun ne olduğunu yansıtmayabilir. Anket yönteminin bir başka zayıf yanı ise, katılımcıların, istenilen düzeyde dönüş yapmama durumlarıdır.

Dönüş oranının % 70-80'den aşağı olması, toplanan verilerin yorumunu ve geçerliliğini zorlaştırır. Dönüş oranının düşük kalması araştırmada planlanan ve tanımlanan evreni temsil etme olanağını zayıflamış olur. En önemli zayıf yönlerinden biride bu yöntemin okur-yazar olan kişilere uygulanabilir oluşudur. Bu durumda anket yönteminin uygulanabilirliğini sınırlamaktadır (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu, 2004: 89).

Anket uygulamadan önce evreninin sınırları doğru belirlenmiş ve örneklem o yönde seçilmelidir. Evren ve örneklemi şu şekilde tanımlayabiliriz. Evren; Araştırmacının çalışma alanını oluşturan, örneğini seçtiği ve edindiği sonuçları genelleyeceği gruptur (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010: 130).

Örnekleme; Bir bütünün kendi içinden seçilmiş bir parçasıyla temsil edilmesidir (Seyidoğlu, 2009: 42).

Anket vb. gözlem araçlarının seçilmesinden sonra uygulama sürecine geçilir. Burada çoğunlukla incelenen ana kütlelerin tamamının ele alınması mümkün değildir. Bundan dolayı örnekleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Örnekleme yöntemleri olasılıklı örnekleme yöntemleri ve olasılıksız örnekleme yöntemleri olarak iki ana gruba ayrılırlar. Olasılıklı örnekleme yöntemlerinde birey evrenden bilinen ve eşit olasılıkla seçilebilmektedir. Olasılıksız örnekleme yöntemleri bilimsel yöntemler olmayıp zorunlu olmadıkça tercih edilmezler. (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu, 2004:50).

En çok kullanılan olasılıklı örnekleme yöntemleri sırası ile aşağıdadır.

- a) Basit Rasgele Örnekleme
- b) Tabakalı rasgele Örnekleme
- c) Küme Örnekleme
- d) SistematiK Örnekleme

Sayılan yöntemlerin uygulamada iyi ve sakıncalı oldukları durumlar vardır.

Basit Rasgele Örnekleme: İstatistiksel olarak en geçerli örneklem belirleme yöntemidir, bu nedenle mümkün olduğunca tercih edilmelidir (Demir, 2012: 7).

Bu yöntemde asıl olan ilke eşit seçilebilme şansıdır. Ana kütle ya da bütünü oluşturan elemanların seçim esnasında şansları eşit olmalıdır. Uygulama esnasında evrendeki birimler önce listelenir ve numaralanır. Sonra *rastgele sayılar tablosu* kullanılarak örnekleme girecek elemanlar belirlenir.

Basit Rasgele Örneklem Yöntemi'nin yararlı yönleri; evrendeki her elemana eşit seçilme şansı tanır, evren çok büyük ve karmaşık değilse uygulama kolaylığı sağlar ve değerlendirme sürecinde işlem kolaylığı sağlar.

Yöntemin sakıncalı yönleri ise; evrenin büyük olduğu durumlarda evreni listelemek ve seçmek güçtür. İncelenen özellik evrendeki elemanların bazı özelliklerine göre değişiklik gösterebilir ve örneklem seçilecek bireyler çok geniş bir bölgede dağınık bir şekilde yerleşmiş olabilirler (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010: 137).

Tabakalı Rasgele Örneklem: Belli bir değişken dikkate alınarak, bu değişkene ilişkin evrende var olan örnekte de aynı oranda temsil edilmesidir (Seyidoğlu, 2009: 43-44).

Tabakalı Rastgele Örneklem Yöntemi'ne tabakalar arasında gerçek bir farklılık olduğunda başvurulmalıdır. Sakıncaları; tabakalardaki birey sayısının bilinmediği durumlarda seçim işlemlerinin güçleşmesi ve örneklem seçilecek birimlerin çok büyük bir bölgede dağınık olarak oturması durumunda araştırmanın uygulama aşamasının güçleşmesidir.

Küme Örneklem: Elemanların yerine grupların tesadüfi seçilmesidir. Ortak özelliği olanlar gruplandırılır ve gruplar tesadüfi seçilirler. Zaman ve para tasarrufu sağlayan bir yöntemdir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010: 139).

Sistemik Örneklem Yöntemi: Örneklem seçim işlemlerinin kolay olması nedeniyle özellikle evren büyük olduğunda kullanılan bir örneklem yöntemidir. Bu yöntemin en çok kullanıldığı durumlar (Sümbüloğlu & Sümbüloğlu, 2004: 60);

- a) Çok sayıda birim içeren kayıt sistemlerinin incelenmesinde. *Örneğin*, hasta dosyaları, hasta ya da işçi kayıtları, kayıt defterleri, fişler, listeler gibi.
- b) Birim sayısı çok fazla olduğu için listelenmesi güç ya da olanaksız olan durumlarda. *Örneğin*, büyük bir kentte ev seçimi, sokak seçimi, işyeri seçimi otomobil seçimi gibi.

Olasılıksız Örneklem Yöntemleri; Bireylerin evrenden belirli bir olasılıkla ve şansla seçilmediği yöntemlerdir. Bu yöntemde birimler rastgele seçilmez. Yani her birimin araştırmaya girme şansı eşit değildir. Bundan ötürü yöntemsel bilimsel değildir ve zorunlu kalmadıkça kullanılmamalıdır (Sümbüloğlu 97). Başlıca olasılıksız örneklem yöntemleri; kasti örneklem, kota örnekleme ve kartopu örneklemesidir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010: 137).

Açıklanan örneklem seçme yöntemlerinden Basit Tesadüfi Örneklem Yöntemi ile çalışmamızın örneklem grubu seçilecek ve çalışmamızın ekinde yer alan 38 sorudan oluşan Anket uygulanacaktır. Anket sorularının ilk 4 sorusu demografik yapıyı incelemektedir. Özellikle ankete katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve eğitim durumu sorulan sorular arasında yer almaktadır. Anketin ikinci grubu ile ankete katılanların çalıştığı yıl, kurumda geçirdiği süre, daha önce hasta hakları ile ilgili almış olduğu eğitimin olup olmadığı gibi sorular yöneltilmektedir. Anketin üçüncü ve son kısmında ise ankete katılanların hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını ölçen sorulardan oluşmaktadır.

Anket sorularının oluşturulması ve derlenmesi aşamasında literatürde yer alan birçok anket uygulamalı çalışmalardan destek alınmış ve ölçekleri karşılaştırılmıştır. Hasta Hakları konusunda çeşitli alanlardan birçok araştırmacı araştırma yapmışlardır. Bunlardan birkaç tanesi sırası ile özetlenmiştir.

Bu araştırmalardan ilki Abdullah Aşkar'ın yapmış olduğu çalışmadır ve çalışma 352 hasta yakını ve sağlık çalışanının katıldığı bir saha araştırmasıdır.

Aşkar'ın kullanmış olduğu anketi iki ayrı formdan oluşmuştur. Birinci anket formu hasta ve hasta yakınlarının Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta hakları uygulamaları konusundaki görüşlerini toplamayı amaçlamıştır. İkinci bölümde ise; hasta hakları uygulamalarının varlığını araştırmayı amaçlamış olup bu kapsamda hastane personelinin hastanelerinde uygulanan hasta hakları bakışı ve hasta hakları uygulamalarını değerlendirmeleri istenmiştir.

Anket bilgilerinin değerlendirilmesinde frekans, yüzde – oran ve ki kare yöntemi kullanılmıştır.

Anket çalışmasına katılan erkeklerin oranı %31.7 iken; kadınların katılım oranı %68.0'dır.

Yapılan araştırma sonucunda genelde hem hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine hem de hastane personelinin (doktor, hemşire ve diğer personel) görüşlerine göre; Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta haklarına önemli ölçüde uyulmaktadır.

Hasta ve personelin Kütahya Devlet Hastanesi hasta hakları uygulamalarına yaklaşımı olumlu olmakla beraber tek olumsuzluğun hastanın gerek hemşire, gerek doktor gerekse diğer sağlık personeli değiştirme talebine yani seçme ve tercih hakkına olumlu cevap verilemeyişidir.

Yapılan bu çalışma hastalar ve çalışanlar gözünden bir değerlendirme olarak alana katkı sağlamıştır (Aşkar, 2006: 130-134).

Konu ile ilgili alanda yapılan bir diğer çalışma ise; Berat Akıncı'nın yapmış olduğu uygulamadır.

Araştırmaya 150 yatan hasta ve 150 poliklinik hastası ile Kozan Devlet Hastanesinde çalışan 150 sağlık personeli oluşturmuştur.

Ankete katılan 150 yatan hastadan 63'ü erkek, 87'si kadın, 150 poliklinik hastasından 76'sı erkek, 74'ü kadın, 150 sağlık personelinden 65'i erkek ve 85'i kadındır.

Ankete katılan 150 sağlık personelinden 39'u hemşire veya ebe, 27'si şirket personeli, 26'sı sağlık memuru, 16'sı uzman doktor, 13'ü memur ve 10'u pratisyen doktor veya diş hekimidir.

Çalışmada yatan hastalar arasında en fazla bilinen hak ise %98 bilinme oranı ile şikayet ve dava hakkıdır.

Ayrıca çalışmada bilinirliği düşük tespit edilen konu ise ötenazi konuşur. Hastaların %66'sının bu konuyu eksik bildiği tespit edilmiştir. Ankete katılan sağlık personeli tarafından Kozan Devlet Hastanesinde "Hiç uyulmamaktadır" cevabının en fazla verildiği soru %52'lik oranla hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda bilgi vermeyişi yani kendilerini tanıtmayışı olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada ankete katılan sağlık personeline, Hasta Hakları Yönetmeliği doğrultusunda hazırlanan 18 maddelik soru seti içerisindeki hasta haklarını bilip bilmediği sorulmuş ve sağlık personelinin; %95'inin hastaların sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanma hakkını, %97'sinin hastaların sağlık kurumu ve personelini seçme hakkını, %78'inin hastaların sağlık personelini tanıma hakkını bildikleri görülmüştür. Yine katılımcıların %93'ünün hastaların modern tıbbi bakım ve tedavi görme hakkını, %74'ünün hastaların ötenazi hakkının olmadığını, %98'inin hastaların kişilik değerlerine uygun hizmet alma hakkını, %97'sinin hastaların hastalığı ve hastalığın seyri hakkında bilgi alma hakkını bildikleri görülmüştür. Sağlık çalışanlarının %65'inin hastaların tıbbi bilgilerini içeren dosya ve kayıtları alma ve inceleme hakkını, %70'inin hastaların sağlık durumu hakkında bilgilendirilme veya bilgilendirilmeme hakkını, %97'sinin hastaların mahremiyetinin korunması hakkını bildikleri görülmektedir. Bunların yanında %96'sının hastalardan aydınlatılmış onam alınması hakkını, %95'inin hastaların önerilen tedaviyi ret etme

veya durdurma hakkını, %95'inin hastaların can ve mal güvenliklerinin sağlanması hakkını bildikleri görülmüştür. Yine katılımcıların %89'unun hastaların dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilme hakkını, %97'sinin hastaların refakatçi bulundurabilme hakkını, %98'inin hastaların ziyaretçi kabul etme hakkını, %98'inin hastaların hak ihlali halinde şikayet ve dava hakkını, %82'sinin ise hastaların hastanede uyması gereken kurallar hakkında bilgilendirilme hakkını bildiği çalışma sonucunda tespit edilmiştir.

Araştırma bulgularımıza göre ankete katılanlar, Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirlenen 18 hakkın Kozan Devlet Hastanesinde %23'üne hiç uyulmadığına, %31'ine kısmen uyulduğuna ve %46'sına uyulduğuna inanmaktadır.

Dolayısıyla Kozan Devlet Hastanesinde adı geçen hasta haklarına %77 gibi yüksek oranda kısmen veya tamamen uyulduğu sonucuna varılmıştır (Akıncı, 2009: 183-188).

Bu çalışma hasta ve sağlık sunucularının konudaki bilgi düzeylerini tespit etmesi yönü ile önem arz etmektedir.

Yapılan başka bir araştırma ise; Zehra Özlem Kurtcebe'nin hasta yakınları ve araştırma görevlisi doktorlar ile yaptığı çalışmadır.

Çalışmada Kurtcebe bir üniversite hastanesine başvuran hasta ve yakınları ile araştırma görevlilerinin hasta hakları konusunda bilgi, tutum ve yararlanma durumları değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Araştırmada hasta ve hasta yakınlarının hasta haklarıyla ilgili en çok bildikleri maddelerin hekim seçme ve hastalığı hakkında bilgilendirilme hakkı olduğu bulunmuştur.

Araştırma sonucunda hasta ve hasta yakınlarının büyük kesimi bazen (%26.8'i) veya nadiren (%26.8'i) hekimini seçebildiğini belirtmiştir. Bilinirliği yüksek bir hakkın kullanılabilirliğinin düşük oluşu manidardır.

Yine araştırmaya katılan katılımcılardan %26.6'sı muayene eden doktorun kendini bazen tanıttığını, diğer sağlık personelinin ise %50.9'u hiçbir zaman kendini tanıtmadığını belirtmişlerdir.

Hasta hakları ile ilgili asistan hekimlerin bilgileri değerlendirildiğinde, çoğunluğunun bu konuda kısmen veya tamamen bilgisinin olduğunu ifade ettiği bulunmuştur. Ancak araştırma görevlilerinin büyük kısmı hasta haklarıyla ilgili bilgi düzeylerini orta veya yetersiz olarak değerlendirmişlerdir.

Ayrıca araştırmada araştırmaya katılan araştırma görevlileri arasında hasta hakları yönetmeliğini duyma ve okuma yüzdeleri çok düşüktür.

Araştırma görevlilerinin hasta haklarıyla ilgili en çok bildikleri maddelerin hekim seçme ve bilgilendirilme hakkı olduğu bulunmuştur.

Araştırma görevlilerinin büyük kesimi hasta haklarıyla ilgili eğitim almamıştır ve %61.5'i eğitim ihtiyacı olduğunu düşünmektedir.

Gazi niversitesi'nde yapılan bu araştırmada hasta ve hasta yakınlarının %44.2'si genellikle tıbbi müdahale ve uygulama öncesinde rızasının alındığını ifade etmiştir.

Yapılan bu çalışmada hasta ve hasta yakınlarının %55.8'i sağlık hizmeti sırasında doktorlar, hemşireler ya da diğer ilgililerin kendilerine genellikle saygılı davrandıklarını ifade etmişlerdir.

Yapılan çalışmada ortaya çıkan çarpıcı başka bir tespit ise; hekimlerin Türkiye'de ve çalıştıkları sağlık kuruluşunda hasta hakları ile ilgili neler yapıldığına ilişkin fikirleri sorgulandığında araştırma görevlilerinin her iki soruya da en çok verdikleri yanıt "hiçbir şey" olmuştur. Türkiye'de yasal düzenlemeler yapıldığını araştırma görevlilerinin %23.4' belirtmiştir.

Bu sonuç hekimlerin yaklaşık %75'inin bu konuda fikrinin olmadığını göstermektedir (Kurtcebe, 2009: 193-197).

Bu sonuçlar Hasta Hakları konusunda yapılması gereken çok şey olduğunu ve çalışmamızın önemini bir kez daha ortaya koyması açısından önemlidir. Eğitim düzeyi bu denli yüksek bir grupta farkındalığın bu denli düşük çıkması düşündürücüdür.

Son yıllarda konu ile ilgili yapılan bir diğer çalışma ise Halime KAÇAR'ın cerrahi servisinde yatan hastaların, hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacı ile yapmış olduğu çalışmadır.

Araştırmaya katılan katılan hastaların %66.3'n kadınlr, %33,7'sinin erkekler oluşturmuştur.

Çalışma sonucunda; sağlık personelini tanıyıp tanımadıklarına ilişkin soruya hastaların %47.9 evet cavabı vermiştir, hayır diyenlerin oranı %52.1'dir. Bu sonuç sağlık hizmet sunucuların kendilerini tanıtma düzeyi düşük kaldığını ortaya koymaktadır.

Hastanede yattığınız sürece uygulanan tedavinin risk ve seçenekleri hakkında sağlık personeline bilgilendirildiniz mi sorusuna, evet cevabı verenler %53.5, hayır cevabı %46.2 olarak ortaya çıkmıştır. Mahremiyet konusunda ise hastaların %74.6'sı mahremiyetlerine özen gösterildiğini belirtmişlerdir.

Hastalardan tedavileri hakkındaki bilgilerin gizli tutulduğuna inanların oranı %56.9'dur.

Hastalardan haklarınızın korunmadığını düşündüğünüzde başvurabileceğiniz makam neresidir sorusuna katılımcılar; %49.9 Başhekimlik, %15.5 Sağlık Müdürlüğü, %31.5 Hasta Hakları Bölümü olarak ifade etmişler mahkemeler ise sadece %3.1'ini oluşturmaktadır.

Bu sonuç bize hastaların güncel hasta hakları yönetmeliğinden yeterli düzeyde haberdar olmadığının göstergesidir (Kaçar, 2008, s. 33-40).

Bu çalışmadan da bu alandaki eksikliğin geniş kitlelere ulaşabilecek eğitim çalışmaları ile aşılabileceği sonucu çıkmaktadır.

Yapılan başka bir çalışmada ise; Hüseyin ÇOTUR'un Gölcük Devlet Hastanesinde yapmış olduğu çalışmadır.

Araştırmanın evrenini; 05 Nisan 2013 ile 15 Haziran 2013 tarihleri arasında Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesine tedavi olmak amacıyla müracaat eden 18 yaş ve üzeri hastalar ile aynı dönemde bahse konu hastanede çalışan sağlık personeli oluşturmaktadır.

Araştırmaya 159 sağlık personeli katılmıştır. Katılanların cinsiyetlerine göre dağılımlarında %17'sinin (27) erkek, %87'sinin (132) kadın olduğu görülmektedir.

Sağlık personelinin %74.2'si (118) hasta hakları ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Sağlık Personelinin %5.7'si "Hasta Hakları" ile ilgili eğitimi okuldan, %64.1'i hizmet içi eğitim şeklinde, %5.7'si diğer (çevre, basın vs.) olarak belirtmiş, %24.5'de bu soruya cevap vermemiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin %38.4'ü Hasta Hakları bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu, %35.2'si orta seviyede olduğunu, %3.8'i bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu belirtmiş bu soruya %22.6'sı yanıt vermemiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %20.1'i hasta hakları konusunda eğitime ihtiyaçları olmadığını, %50.3'ü hasta hakları konusunda eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişler ve bu eğitimin sağlık bakanlığı tarafından verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı ise %41.5 oranındadır.

Ankete katılan sağlık personelinin %81.8'i hastaların, hasta hakları konusunda eğitim alması gerekliliğine vurgu yapmıştır.

Ankete katılan sağlık personelinin %73.6'sı hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan sağlık personelinin kimlikleri, görev ve unvanları sorgulayabileceğini ve bu bilgileri öğrenmenin hakkı olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık çalışanları hastalara ait bilgiler gizli tutulması gerekliliğine %87.4 evet cevabı vermiştir.

Yine ankete katılan sağlık personelinin %84.9'u tıbbi aciliyeti olmayan müdahale durumlarında hastanın rızası ve izni alınması gerektiğini belirtmektedirler. Sağlık çalışanları herhangi bir tıbbi müdahale yapmadan önce %91.8'i oranında hastaların müdahale hakkında bilgilendirilmeleri gerektiğini ifade etmişlerdir.

Ötenazi konusunda sağlık personeli %75.5 hayır diyerek hastaların böyle bir hakları olmadığını belirtmişlerdir. Ankete katılan sağlık personeli hastaların sağlık durumları ile ilgili bilgileri ihtiva eden dosya ve kayıtları incelemesi veya bir suretini alması konusunda %42.1 oranında evet cevabı vermişler ve bu cevap bu konuda eksik bilgi sahibi oldukları sonucunu ortaya çıkarmıştır. (Çotur, 2013, s. 100-111)

Bu sonuçlarla araştırma yapılan hastane sağlık hizmet sunucuları konumuz hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğunu, bununla birlikte eksik bilinen alanların olduğu sonucunu da ortaya koymuşlardır.

Alanda yapılan bir diğer araştırma ise; Kadir AKPINAR'ın Acil Servislere başvuru yapan hasta ve yakınları ile yapmış olduğu çalışmadır.

Çalışmaya katılan hasta ve yakınlarının %49,2'si erkek, %50,8'i ise bayandır.

Hasta ve yakınlarının %95,2'si acil servisler ile diğer servisler arasında kısmen de olsa fark bulunduğunu belirtmişlerdir. Yine ankete katılanlardan %78,1'i durum acil de olsa hasta haklarının ikinci plana atılamayacağını belirtmiştir. Deneklerin %15,5'i eğer acil bir durum söz konusuysa hasta haklarının ikinci plana itilebileceği inancındadır.

Acil servislerde bilgilendirme yapıldığına inananların toplam oranı %38,5, yapılmadığına inananların toplam oranı ise %35,3 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların yarısına yakını olan (%48,8) 123 kişi hasta hakları uygulamalarından haberdar olmadığını belirtmiştir.

Hasta ve yakınlarından %46,8'i olan 118 kişi sağlık kuruluşlarında hasta haklarının ihlal edilmediğine inanmaktadır.

Ankete katılanların %48,4'ü olan 122 kişi Türkiye'yi hasta hakları konusunda dünyadan daha kötü durumda, %27,8'i olan 70 kişi aynı düzeyde, %12,7'si olan 32 kişi daha iyi düzeyde görmektedir.

Çalışma kapsamında görüşlerine başvuru alan hasta ve yakınlarının hiçbirisi hasta hakları konusunda eğitim almadıklarını belirtmektedirler (Akpınar, 2008: 101-115).

Bu sonuçlar ülke genelinde farklı statülerde ki insanlara ulaşacak düzeyde Hasta hakları konulu yaygın eğitim çalışmalarının yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda kullanılan tutum ölçeklerine esas oluşturan alandaki diğer bir çalışma ise; Nuray Kibar tarafından hazırlanmış olan ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesini ölçmeyi hedefleyen çalışmadır.

Araştırmanın 63 doktor, 43 ebe ve 33 hemşire olmak üzere 139 kişi ile anket çalışması şeklinde planlanmıştır. Ancak 127 kişi çalışmaya katılmıştır (%91).

Çalışmada kullanılan anket soruları sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerini, hasta haklarına genel bakışını, sağlık çalışanlarının hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini ve meslek hayatlarında hasta haklarına uygun davranıp davranmadıkları araştırmaktadır.

Kibar'ın çalışmasına iştirak eden katılımcıların %77,2'si (98 kişi) kadın %22,8'i (29 kişi) erkektir. Katılımcıların %68,5'i (87 kişi) 1 ile 3 yıldan bu yana çalıştıkları kurumda görev yapmakta, %18,9'u (24 kişi) 10 yıl ve üstünde bir süredir çalıştıkları kurumda görev yapmaktadırlar. Katılımcıların %10,2'si (13 kişi) 4 ile 6 yıl arasında ve %2,4'ü (3 kişi) 7 ile 9 yıl arasında çalıştıkları kurumda görev yapmaktadırlar.

Araştırmaya katılan personellerin %48'i (61 kişi) hasta hakları ile ilgili hiç eğitim almayanlardan, %40,2'si (51 kişi) sadece 1 kez eğitim alanlardan, %6,3'ü (8 kişi) 2 kez eğitim alanlardan ve sadece %5,5'i (7 kişi) hasta hakları ile ilgili 3 ve üstünde eğitim alanlardan oluşmaktadır. Personeller eğitimlerini; %80'i (52 kişi) hizmet içi eğitimi sırasında, % 18,5'i (12 kişi) yüksek öğrenimim sırasında ve sadece %0,8'i (1 kişi) kongre, sempozyum sertifika programından almıştır.

Çalışmaya en yüksek katılım mahremiyetin korunması ve hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmesi gerektiği %95

ilkesinde olmuştur.

Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yasama hakkı olan sağlık hizmeti verilir yönündeki soruya ise katılımcılar %89.8 oranında katılmışlardır.

Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır diyenler %85.6 oranındadır. Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır diyeler ise %80'dir.

Katılımcılar hasta ve yakınlarının organ ve doku bağıışı hakkında %74,6 oranında bilgilendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan sağlık personellerinin cevapları incelendiğinde en düşük katılım sağlık personeli ve yakınları hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir sorusuna kesinlikle katılmayanlar % 61.7, bekletilmesini düşünenler % 23.4 tür. Sağlık çalışanlarının bu haklı talepleri göz önüne alınmalıdır.

Bir başka sonuç ise; hasta hakları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir sorusuna verilen %75,6 oranındaki cevaptır.

Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır sorusuna % 59,1 ile kısmen katıldıklarını ifade ederken hastaların çoğu kez gerekli sorular sormaktadır sorusuna 55,6 ile fikrim yok demişlerdir.

Katılımcılar hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir sorusuna %56,7 oranında katılırken, hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir sorusuna %52 ile çalışmaya kısmen katılmışlardır.

Kibar; genel olarak araştırma sonuçlarına göre doktor ve diğer sağlık personelinin hasta hakları konusunda çoğunluğunun mezuniyet öncesi ve sonrasında standart ve nitelikli bir eğitim almamış olduğu, bununla birlikte eğitim alan personel ile eğitim almayan personelin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (Kibar, 2010: 122-131).

Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere Hasta Hakları konusu özümsemesi gereken ve insani temellere dayanan bir konudur. Sıraladığımız araştırmacıların farklı gruplar ile farklı sağlık hizmeti sunum basamaklarında uyguladıkları anketler ve araştırmalar yukarıda özetlenmeye çalışılmıştır.

Yukarıda ifade edilen anket uygulamalarından çalışmamıza en uygun olan, hem ölçek hem de geçerlik ve güvenilirlik açısından uygun anket seçilmiştir. Bu amaçla Nuray Kibar tarafından 2010 yılında Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı'nda hazırlanmış olan yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi “1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi” anket sorularından çoğunlukla yararlanılmıştır.

Yapılan literatür incelemesinde Kibar'ın yaptığı çalışmanın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri aşamasına denk geldiği tespit edilmiştir. Çalışmamız ise bu tutum ölçeklerinin kullanıldığı İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin sağlandığı bir sağlık kurumunda yapılacak olması ile de bir alandaki bilimsel bir yöntemin diğer bir alanda uygulanması açısından bilimsel olarak kabul görmektedir.

3.1.4 Veri Toplama Yöntemi

Çalışmamızda kullanılmak üzere toplam 38 sorudan oluşan Anket Amasya Sabuncuoğlu Şerafettin Hastanesi'nde aktif görev yapmakta olan ve listesi Tablo 3.2'de verilen Hemşirelere uygulanmak üzere gerekli girişimlerde bulunulmuştur. Resmi yazışmalar sonunda Yöntem kısmında bahsedilen Anket Uygulaması için Yığın analizi yapılmıştır.

İlgili Hastanede tam zamanlı ve aktif olarak görev yapmakta olan tüm servisler için toplam Hemşire sayısı 254 olarak hastane yönetimi tarafından bildirilmiştir. Kurumda çalışan hemşirelerin dağılımını aşağıda tabloda gösterilmektedir.

Tablo 3.1: Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif görev yapmakta olan hemşirelerin servislere göre dağılımı.

Hastane Birimi	Aktif Çalışan Hemşire Sayısı
Acil Servis	43
Çocuk Servisi	5
Ameliyathane Servisi	34
Dahiliye Servisi	10
Poliklinikler	8
Ortopedi Servisi	6
Psikiyatri Servisi	2
Cildiye Servisi	1

Tablo 3.1 (Devam): Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aktif görev yapmakta olan hemşirelerin servislere göre dağılımları.

Hastane Birimi	Aktif alıŐan Hemşire Sayısı
Fizik Tedavi R. Servisi	7
Bevliye Servisi	1
Diyaliz Servisi	3
Enfeksiyon Servisi	9
Nöroloji Servisi	11
Yeni Doğan Servisi	12
Cerrahi Servisi	10
KBB Servisi	4
Gz Servisi	8
Gğs Servisi	8
Beyin Cerrahi Servisi	1
Kardiyoloji Servisi	2
Yoğun Bakım Servisi	1
ocuk Cerrahi	1
Korener Yoğun Bakım Servisi	9
Mikro Biyoloji	1
İzolasyon Birimi	11
Diyabet-Obezite Birimi	1
Eğitim Birimi	2
Mikro biyoloji Birimi	1
Eczane	1
EMG Birimi	1
EKG Birimi	1
İstatistik Birimi	1
Kan Alma Birimi	8
İdare	2
Genel	28
TOPLAM	254

Tablo 3.1'de belirtilen 254 Hemşire, Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Hastanesi'nde anket çalışması yapabilmek için tespit edilen evren byklğn ifade

etmektedir. Anket çalışmamız bu evren büyüklüğünden basit tesadüfi örneklem seçme yöntemine göre seçilen toplam 246 adet hemşire ile yapılmış anketlerden oluşmaktadır.

Çalışmamızda tercih edilen *Basit Tesadüfi Örneklem Yöntemi* ile örneklem seçilmek üzere Tablo 3.2'deki verilerden yararlanılmıştır.

Tablo 3.2: $\alpha=0.05$ için örneklem büyüklükleri (Demir, 2012, s. 10).

Evren Büyük- lüğü	± 0.03 örneklem hatası (d)			± 0.05 örneklem hatası (d)			± 0.10 örneklem hatası (d)		
	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7	p=0.5 q=0.5	p=0.8 q=0.2	p=0.3 q=0.7
	100	92	87	90	80	71	77	49	38
250	203	183		152	124		70	49	
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	516	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1000000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100 Milyon	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

Anketin uygulanacağı evren büyüklüğüne göre % 3 örneklem hatası ve % 5 anlamlılık düzeyinde örneklem seçilmesine karar verilmiş olup, bu amaçla çalışmamızda 246 adet hemşireye ulaşarak anket yapılmıştır. Örneklem büyüklüğünün evreni tam temsil ettiği görülmüş ve yapılacak analizin tam bir durum tespitine imkan sağlayacağı ifade edilebilmektedir.

3.1.5 Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmamızda anket soruları ile ulaşılan bilgi ve tutum ölçeklerinden yararlanarak hipotezler sınanmak istenmiş olup aşağıda listelenmiştir:

- H₁: Cinsiyetlerine göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂: Yaşa göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₃: Medeni duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₄: Eğitim duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₅: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₆: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₇: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.
- H₈: Cinsiyetlerine göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₉: Yaşa göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₀: Medeni duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₁: Eğitim duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₂: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₃: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₄: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

- H₁₅: Cinsiyetlerine göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₆: Yaşa göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₇: Medeni duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₈: Eğitim duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₁₉: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₀: Kurumda alışma yılı duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₁: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₂: Cinsiyetlerine göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₃: Yaşa göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₄: Medeni duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₅: Eğitim duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₆: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₇: Kurumda alışma yılı duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₂₈: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

3.1.6 Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Yapılan anketin istatistikî analiz açısından incelenebilmesi için geçerlik ve güvenirlik analizlerinin yapılması gerekmektedir. Burada kullanılan ölçeklerin güvenilir olup olmadığını tespit etmek amacıyla Cronbach's Alpha (Cronbach'ın Alfa)

katsayısı hesaplanması gerekmektedir. İçsel tutarlılığın ölçümünde en yaygın kullanılan yöntem Alpha (Alfa) değeridir. Aynı zamanda da güvenilirlik ölçütlerinin en yaygın kullanılanıdır.

Alfa değeri bir ölçeği meydana getiren soruları veya tek bir yapıyı sınamakta kullanılmaktadır. Soruların aynı yapıyı ölçme düzeylerini tespit etmede kullanılırken; soruların doğru yapıyı ölçtükleri hakkında bilgi sağlamaz (Demir, 2012, s. 160).

Diğer bir ifadeyle de “Alfa değeri olası tüm ikiye ayırma kombinasyonları sonucu ortaya çıkacak olan ikiye ayırma katsayılarının bir ortalamasını göstermektedir” (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2010, s. 124).

Çalışmamızda kullanılan tutum ölçekleri daha önce bahsedildiği üzere Kibar (2010)’ın çalışmasından alınmıştır. Bahsedilen çalışmada tutum ölçeklerine yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve buna göre tutum ölçekleri uygulanmıştır.

Çalışmamızda aynı tutum ölçeğinin kullanılmış olmasıyla sorularımızın ankete katılanlar açısından halen güvenilir olup olmadığını tespit etmek amacıyla Cronbach Alpha değeri hesaplanmıştır.

Genel kabul gören Cronbach’s Alpha Değeri tablosu aşağıda gösterilmektedir:

- 1) $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- 2) $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- 3) $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir ve
- 4) $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 3.3: Anketin tutum ölçeklerine uygulanan alfa değerleri tablosu.

Tutum Ölçekleri	Ölçekteki Madde Sayısı	Cronbach’s Alpha Değeri
Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına katılımı	6	0,694
Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları	10	0,73
Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları	7	0,563
Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları	7	0,733
Ortalama		0,68

Anketin tutum ölçeklerine uygulanan Alfa değerleri yukarıdaki Tablo 3.3’de gösterilmiştir. 4 adet ölçeğin toplam güvenilirliği ortalaması % 68 olarak tespit edilmiş olup toplam geçerlik açısından oldukça güvenilir olarak tanımlanmaktadır.

3.2 Bulgular ve Yorumlar

Çalışmamızda elde edilen anketler bu bölümde detaylı olarak analiz edilmiştir. Özellikle bulgular ankete katılan hemşirelerin verdikleri cevaplar doğrultusunda demografik yapı, eğitim ve çalışma ortamı, hasta hakları ile ilgili ölçekler ve tutum ölçekleri olarak sınıflandırılmış ve aşağıda her biri açıklanmıştır.

3.2.1 Demografik Yapının Analizi

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Cinsiyete göre dağılımları aşağıdaki tablo 3.4’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %85,4’ü (210 kişi) kadın; %14,6’sı (36 kişi) erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 3.4: Cinsiyete göre dağılım.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kadın	210	85,4
	Erkek	36	14,6
	Toplam	246	100,0

Tablo 3.5: Yaş gruplarına göre dağılım.

		Frekans	Yüzde
Değer	25 Ve Altı	43	17,5
	26-35	74	30,1
	36-45	104	42,3
	46 Ve Üstü	25	10,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Yaş gruplarına göre dağılımları yukarıdaki tablo 3.5’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %17,5’i (43 kişi) 25

ve altı yaş aralığında; %30,1'i (74 kişi) 26-35 yaş aralığında, %42,3'ü (104 kişi) 36-45 yaş aralığında; %10,2'si (42 kişi) 46 ve üstü yaş aralığında katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 3.6: Medeni durumlarına göre dağılım.

		Frekans	Yüzde
Değer	Bekar	51	20,7
	Evli	190	77,2
	Dul	5	2,0
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Medeni Durumlarına göre dağılımları yukarıdaki tablo 3.6'da incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %20,7'si (51 kişi) Bekar; %77,2'si (190 kişi) Evli, %2,0'si (5 kişi) Dul katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 3.7: Eğitim durumlarına göre dağılım.

		Frekans	Yüzde
Değer	Lise Ve Dengi	43	17,5
	Yüksek Okul	105	42,7
	Lisans	90	36,6
	Yüksek Lisans ve Üstü	8	3,3
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Eğitim Durumlarına göre dağılımları yukarıdaki tablo 3.7'de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %17,5'i (43 kişi) Lise ve Dengi Okul; %42,7'si (105 kişi) Yüksel Okul Mezunu, %36,6'sı (90 kişi) Lisans Mezunu ve %3,3'ü (8 kişi) Yüksek Lisans ve Üstü Mezun katılımcılardan oluşmaktadır.

3.2.2 Eğitim ve Çalışma Ortamının Analizi

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Çalışma Yıllarına göre dağılımları aşağıdaki tablo 3.8’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %22,8’i (56 kişi) 1-5 yıl arası çalışanlardan, %17,1’i (42 kişi) 6-10 yıl arası çalışanlardan, %15’i (37 kişi) 11-15 yıl arası çalışanlardan, %16,3’ü (40 kişi) 16-20 yıl arası çalışanlardan, %28,9’u (71 kişi) 20 yıl ve üzeri çalışanlardan oluşmaktadır.

Tablo 3.8: Hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	1-5 yıl	56	22,8
	6-10 yıl	42	17,1
	11-15 yıl	37	15,0
	16-20 yıl	40	16,3
	20 yıl üzeri	71	28,9
	Toplam	246	100,0

Tablo 3.9: Hemşirelerin kurumda çalışma yıllarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	1-3 yıl	104	42,3
	4-6 yıl	34	13,8
	7-9 yıl	30	12,2
	10 yıl üzeri	78	31,7
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Kurumda Çalışma Yıllarına göre dağılımları yukarıdaki tablo 3.9’da incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %42,3’ü (104 kişi) 1-3 yıl arası çalışanlardan, %13,8’i (34 kişi) 4-6 yıl arası çalışanlardan, %12,2’si (30 kişi) 7-9 yıl arası çalışanlardan, %31,7’si (78 kişi) 10 yıl ve üzeri çalışanlardan oluşmaktadır.

Tablo 3.10: Hemşirelerin hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Hiç Almadım	23	9,3
	1 kez	93	37,8
	2 kez	50	20,3
	3+ kez	80	32,5
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı yukarıdaki tablo 3.10'de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %9,3'ü (23 kişi) hiç eğitim almayanlardan, %37,8'i (93 kişi) bir kez eğitim alanlardan, %20,3'ü (50 kişi) iki kez eğitim alanlardan, %32,5'i (80 kişi) üç ve üstü eğitim alanlardan oluşmaktadır.

Tablo 3.11: Hemşirelerin ortaöğrenim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Evet	1	0,4
	Hayır	245	99,6
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Ortaöğrenimim Sırasında Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumları yukarıdaki tablo 3.11'de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %0,4'ü (1 kişi) evet cevabı vermiş, %99,6'sı (245 kişi) hayır cevabını vermiştir. Buna göre katılımcılardan sadece 1 tanesi orta öğrenimi sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim almıştır.

Tablo 3.12: Hemşirelerin yükseköğrenimim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Evet	29	11,8
	Hayır	217	88,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Yükseköğrenim Sırasında Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumları yukarıdaki tablo 3.12’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %11,8’i (29 kişi) evet cevabı vermiş, %88,2’si (217 kişi) hayır cevabını vermiştir. Buna göre katılımcılardan sadece 29 tanesi yükseköğrenim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim almıştır.

Tablo 3.13: Hemşirelerin şu anki kurum bünyesinde düzenlenen hizmet içi eğitim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Evet	206	83,7
	Hayır	40	16,3
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Şu Anki Kurum Bünyesinde Düzenlenen Hizmet İçi Eğitim Sırasında Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumları yukarıdaki tablo 3.13’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %83,7’si (206 kişi) evet cevabı vermiş, %16,3’ü (40 kişi) hayır cevabını vermiştir. Buna göre katılımcılardan sadece 40 tanesi şu anki kurum bünyesinde düzenlenen hizmet içi eğitim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim almamıştır.

Tablo 3.14: Hemşirelerin şu anki kurumu bünyesi dışında düzenlenen hizmet içi eğitim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Evet	34	13,8
	Hayır	212	86,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Şu Anki Kurumu Bünyesi Dışında Düzenlenen Hizmet İçi Eğitim Sırasında Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumları yukarıdaki tablo 3.14’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %13,8’i (34 kişi) evet cevabı vermiş, %86,2’si (212 kişi) hayır cevabını vermiştir. Buna göre katılımcılardan sadece 34 tanesi şu anki kurumu bünyesi dışında düzenlenen hizmet içi eğitim sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim almıştır.

Tablo 3.15: Hemşirelerin şu anki kurumu bünyesinde düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı ile hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Evet	3	1,2
	Hayır	243	98,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Şu Anki Kurumu Bünyesinde Düzenlenen Kongre Sempozyum Sertifika Programı Sırasında Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumları yukarıdaki tablo 3.15’de incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %1,2’si (3 kişi) evet cevabı vermiş, %98,8’i (243 kişi) hayır cevabını vermiştir. Buna göre katılımcılardan sadece 3 tanesi şu anki kurumu bünyesinde düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim almıştır.

Tablo 3.16: Hemşirelerin şu anki kurumu bünyesi dışında düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı ile hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı.

		Frekans	Yüzde
Değer	Evet	3	1,2
	Hayır	243	98,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan toplam 246 Hemşirenin Şu Anki Kurumu Bünyesi Dışında Düzenlenen Kongre Sempozyum Sertifika Programı Sırasında Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumları yukarıdaki tablo 3.16’da incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %1,2’si (3 kişi) evet cevabı vermiş, %98,8’i (243 kişi) hayır cevabını vermiştir. Buna göre katılımcılardan sadece 3 tanesi şu anki kurumu bünyesi dışında düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı sırasında hasta hakları ile ilgili eğitim almıştır.

Tablo 3.17: S5, S6 ve S7'ye ait çapraz tablo.

S7-Bugüne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldınız mı				S5-Kaç yıldır görev yapmaktasınız					Toplam		
				1-5 yıl	6-10 yıl	11-15 yıl	16-20 yıl	20 yıl üzeri			
hiç almadım	S6-Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız	1-3 yıl	Frekans	13	3	0	1	1	18		
			Yatay %	72,2%	16,7%	0,0%	5,6%	5,6%	100,0%		
		4-6 yıl	Frekans	0	0	1	0	0	1		
			Yatay %	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
		7-9 yıl	Frekans	0	2	1	0	0	3		
			Yatay %	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%		
		10 yıl üzeri	Frekans	0	0	0	0	1	1		
			Yatay %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%		
		Toplam			Frekans	13	5	2	1	2	23
					Yatay %	56,5%	21,7%	8,7%	4,3%	8,7%	100,0%
1 kez	S6-Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız	1-3 yıl	Frekans	26	9	6	2	6	49		
			Yatay %	53,1%	18,4%	12,2%	4,1%	12,2%	100,0%		
		4-6 yıl	Frekans	4	1	2	2	3	12		
			Yatay %	33,3%	8,3%	16,7%	16,7%	25,0%	100,0%		
		7-9 yıl	Frekans	0	5	5	1	3	14		
			Yatay %	0,0%	35,7%	35,7%	7,1%	21,4%	100,0%		
		10 yıl üzeri	Frekans	0	0	5	3	10	18		
			Yatay %	0,0%	0,0%	27,8%	16,7%	55,6%	100,0%		
		Toplam			Frekans	30	15	18	8	22	93
					Yatay %	32,3%	16,1%	19,4%	8,6%	23,7%	100,0%
2 kez	S6-Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız	1-3 yıl	Frekans	6	7	0	0	2	15		
			Yatay %	40,0%	46,7%	0,0%	0,0%	13,3%	100,0%		
		4-6 yıl	Frekans	0	4	4	1	4	13		
			Yatay %	0,0%	30,8%	30,8%	7,7%	30,8%	100,0%		
		7-9 yıl	Frekans	0	0	1	3	0	4		
			Yatay %	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%		
		10 yıl üzeri	Frekans	0	2	2	5	9	18		
			Yatay %	0,0%	11,1%	11,1%	27,8%	50,0%	100,0%		
		Toplam			Frekans	6	13	7	9	15	50
					Yatay %	12,0%	26,0%	14,0%	18,0%	30,0%	100,0%
3+ kez	S6-Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız	1-3 yıl	Frekans	7	6	3	2	4	22		
			Yatay %	31,8%	27,3%	13,6%	9,1%	18,2%	100,0%		
		4-6 yıl	Frekans	0	3	4	0	1	8		
			Yatay %	0,0%	37,5%	50,0%	0,0%	12,5%	100,0%		
		7-9 yıl	Frekans	0	0	0	6	3	9		
			Yatay %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%		
		10 yıl üzeri	Frekans	0	0	3	14	24	41		
			Yatay %	0,0%	0,0%	7,3%	34,1%	58,5%	100,0%		
		Toplam			Frekans	7	9	10	22	32	80
					Yatay %	8,8%	11,2%	12,5%	27,5%	40,0%	100,0%
Toplam	S6-Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız	1-3 yıl	Frekans	52	25	9	5	13	104		
			Yatay %	50,0%	24,0%	8,7%	4,8%	12,5%	100,0%		
		4-6 yıl	Frekans	4	8	11	3	8	34		
			Yatay %	11,8%	23,5%	32,4%	8,8%	23,5%	100,0%		
		7-9 yıl	Frekans	0	7	7	10	6	30		
			Yatay %	0,0%	23,3%	23,3%	33,3%	20,0%	100,0%		
		10 yıl üzeri	Frekans	0	2	10	22	44	78		
			Yatay %	0,0%	2,6%	12,8%	28,2%	56,4%	100,0%		
		Toplam			Frekans	56	42	37	40	71	246
					Yatay %	22,8%	17,1%	15,0%	16,3%	28,9%	100,0%

Ankete katılanlara yöneltilen sorularda öne çıkan ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulan katılımcıların kurumda çalışma yılları ve toplam hizmet yıllarının karşılaştırmalı olarak analiz edildiği Çapraz Tablo Tablo 3.17’de gösterilmiştir. Elde edilen karşılaştırmalardan daha önce hasta hakları ile ilgili olarak hiç eğitim almayanların sayısı toplam 23 kişi olarak tespit edilmiştir. Bu katılımcıların %56,5’i (13 kişi) toplam hizmet yılı 1-5 yıl olarak bildirmişlerdir. Dolayısıyla toplam hizmet süresi 1-5 yıl ve çalıştığı kurumda da 1-3 yıl aralığında görev yapmakta olan katılımcılar daha önce hasta hakları ile ilgili hiç eğitim almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ankete katılanlara yöneltilen sorularda öne çıkan ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulan katılımcıların kurumda çalışma yılları ve toplam hizmet yıllarının karşılaştırmalı olarak analiz edildiği Çapraz Tablo Tablo 3.17’de gösterilmiştir. Elde edilen karşılaştırmalardan daha önce hasta hakları ile ilgili olarak bir kez eğitim alanların sayısı toplam 93 kişi olarak tespit edilmiştir. Bu katılımcıların %32,3’ü (30 kişi) toplam hizmet yılı 1-5 yıl olarak bildirmişlerdir. Dolayısıyla toplam hizmet süresi 1-5 yıl ve çalıştığı kurumda da 1-6 yıl aralığında görev yapmakta olan katılımcılar daha önce hasta hakları ile ilgili bir kez eğitim almadıklarını beyan etmişlerdir. Genel olarak toplam hizmet yılı ve kurumda çalışma yılı dikkate alındığında katılımcıların hasta hakları ile ilgili eğitim durumları incelendiğinde %28,9’u (71 kişi) hem toplam görev yılı hem de kurumda çalıştığı en yüksek seçeneği işaretleyerek değişik seferlerde hasta hakları ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Ankete katılanların %22,8’ise (56 kişi) hem toplam hizmet yılı itibari ile hem de kurumda çalıştıkları hizmet yılı itibari ile en yeni personel olarak bir kere hasta hakları ile ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 3.18: S4 ve S7’ye ait çapraz tablo.

			S4-Eğitim Durumunuz				Toplam	
			Lise ve Dengi	Yüksek Okul	Lisans	Yüksek Lisans ve Üstü		
S7-Bugüne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldınız mı	Hiç Almadım	Frekans	8	5	10	0	23	
		Yatay %	34,8%	21,7%	43,5%	0,0%	100,0%	
	1 kez	Frekans	15	40	37	1	93	
		Yatay %	16,1%	43,0%	39,8%	1,1%	100,0%	
	2 kez	Frekans	10	18	20	2	50	
		Yatay %	20,0%	36,0%	40,0%	4,0%	100,0%	
	3+ kez	Frekans	10	42	23	5	80	
		Yatay %	12,5%	52,5%	28,8%	6,2%	100,0%	
	Toplam		Frekans	43	105	90	8	246
			Yatay %	17,5%	42,7%	36,6%	3,3%	100,0%

Ankete katılanlara yöneltilen sorularda öne çıkan ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulan katılımcıların eğitim durumlarına göre verdikleri cevaplar karşılaştırmalı olarak analiz edildiği Çapraz Tablo Tablo 3.18’de gösterilmiştir. Elde edilen karşılaştırmalardan daha önce hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumu ve mezuniyet durumu ile ilgili sorulara verilen cevaplar karşılaştırıldığında %42,7’si (105 kişi) yüksekokul mezunu olduğu tespit edilmiştir. İkinci sırada %36,6’sının (90 kişi) lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta hakları ile ilgili eğitim alma sayısının yüksekokul ve lisans mezunları arasında en yüksek frekansın ise bir defa eğitim alındığı cevabını veren katılımcılar olduğu görülmektedir.

3.2.3 Hasta Hakları İle İlgili Ölçeklerin Analizi

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen her hastanın bir insan olarak görülüp en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmetinin verilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı aşağıdaki tablo 3.19’da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %85,4’ü (210 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.19: Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	8	3,3
	Kısmen Katılmıyorum	13	5,3
	Kısmen Katılıyorum	15	6,1
	Kesinlikle Katılıyorum	210	85,4
	Toplam	246	100,0

Tablo 3.20: Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	11	4,5
	Kısmen Katılmıyorum	20	8,1
	Kısmen Katılıyorum	92	37,4
	Kesinlikle Katılıyorum	123	50,0
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmesi ve sağlık hizmetinden faydalanmasının sağlanmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.20’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %50’si (123 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.21: Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	27	11,0
	Kısmen Katılmıyorum	20	8,1
	Fikrim Yok	4	1,6
	Kısmen Katılıyorum	69	28,0
	Kesinlikle Katılıyorum	126	51,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedeni olduğuna ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.21’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %51,2’si (126 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.22: Hasta hakları yükselen bir değerdir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	16	6,5
	Kısmen Katılmıyorum	22	8,9
	Fikrim Yok	9	3,7
	Kısmen Katılıyorum	63	25,6
	Kesinlikle Katılıyorum	136	55,3
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta haklarının yükselen bir değer olduğuna ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.22’de

görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %55,3'ü (136 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.23: Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	47	19,1
	Kısmen Katılmıyorum	46	18,7
	Fikrim Yok	11	4,5
	Kısmen Katılıyorum	108	43,9
	Kesinlikle Katılıyorum	34	13,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta hakları uygulamalarının sağlık çalışanlarının aleyhine olmadığına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.23'de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %43,9'u (108 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.24: Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	18	7,3
	Kısmen Katılmıyorum	24	9,8
	Fikrim Yok	4	1,6
	Kısmen Katılıyorum	84	34,1
	Kesinlikle Katılıyorum	116	47,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç olduğuna ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.24'de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %47,2'si (116 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.25: Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	23	9,3
	Kısmen Katılmıyorum	18	7,3
	Fikrim Yok	3	1,2
	Kısmen Katılıyorum	74	30,1
	Kesinlikle Katılıyorum	128	52,0
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen görevli personelin işini yaptığı hastaya kendini tanıtmaya ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.25’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %52’si (128 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.26: Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	8	3,3
	Kısmen Katılmıyorum	21	8,5
	Fikrim Yok	7	2,8
	Kısmen Katılıyorum	67	27,2
	Kesinlikle Katılıyorum	143	58,1
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.26’da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %58,1’i (143 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.27: Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	21	8,5
	Kısmen Katılmıyorum	16	6,5
	Fikrim Yok	10	4,1
	Kısmen Katılıyorum	65	26,4
	Kesinlikle Katılıyorum	134	54,5
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastaya bilgi vermek için harcanan zamanın sırada bekleyen hastaya haksızlık olmadığına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.27’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %54,5’i (134 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.28: Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	46	18,7
	Kısmen Katılmıyorum	55	22,4
	Fikrim Yok	7	2,8
	Kısmen Katılıyorum	86	35,0
	Kesinlikle Katılıyorum	52	21,1
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastaların, çoğu kez gerekli sorular sorduğuna ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.28’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %35’i (86 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.29: Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	27	11,0
	Kısmen Katılmıyorum	12	4,9
	Fikrim Yok	2	,8
	Kısmen Katılıyorum	46	18,7
	Kesinlikle Katılıyorum	159	64,6
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen sürekli hasta haklarının öne çıkarılmasının, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.29'da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %64,6'sı (159 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.30: Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	23	9,3
	Kısmen Katılmıyorum	36	14,6
	Fikrim Yok	8	3,3
	Kısmen Katılıyorum	126	51,2
	Kesinlikle Katılıyorum	53	21,5
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmanın gerekli olmadığına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.30'da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %51,2'si (126 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.31: Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	26	10,6
	Kısmen Katılmıyorum	42	17,1
	Fikrim Yok	16	6,5
	Kısmen Katılıyorum	101	41,1
	Kesinlikle Katılıyorum	61	24,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmayacağına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.31’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %41,1’i (101 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.32: Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	33	13,4
	Kısmen Katılmıyorum	20	8,1
	Fikrim Yok	36	14,6
	Kısmen Katılıyorum	68	27,6
	Kesinlikle Katılıyorum	89	36,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.32’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %36,2’si (89 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.33: Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	13	5,3
	Kısmen Katılmıyorum	20	8,1
	Fikrim Yok	6	2,4
	Kısmen Katılıyorum	60	24,4
	Kesinlikle Katılıyorum	147	59,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastanın hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.33’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %59,8’i (147 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.34: Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	10	4,1
	Kısmen Katılmıyorum	5	2,0
	Fikrim Yok	5	2,0
	Kısmen Katılıyorum	45	18,3
	Kesinlikle Katılıyorum	181	73,6
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta ve yakınlarının organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.34’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %73,6’sı (181 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.35: Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	10	4,1
	Kısmen Katılmıyorum	19	7,7
	Fikrim Yok	7	2,8
	Kısmen Katılıyorum	106	43,1
	Kesinlikle Katılıyorum	104	42,3
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.35’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %43,1’i (106 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.36: Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	19	7,7
	Kısmen Katılmıyorum	6	2,4
	Fikrim Yok	9	3,7
	Kısmen Katılıyorum	79	32,1
	Kesinlikle Katılıyorum	133	54,1
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta ve yakınlarının dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilmeleri ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmemelerine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.36’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %54,1’i (133 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.37: Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurusu olağan karşılanır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	20	8,1
	Kısmen Katılmıyorum	30	12,2
	Fikrim Yok	17	6,9
	Kısmen Katılıyorum	110	44,7
	Kesinlikle Katılıyorum	69	28,0
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta ve yakınlarının verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurusunun olağan karşılanmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı Tablo 3.37’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %44,7’si (110 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.38: Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	51	20,7
	Kısmen Katılmıyorum	23	9,3
	Fikrim Yok	14	5,7
	Kısmen Katılıyorum	84	34,1
	Kesinlikle Katılıyorum	74	30,1
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişikliklerin yapılmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.38’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %34,1’i (84 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.39: Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	138	56,1
	Kısmen Katılmıyorum	39	15,9
	Kısmen Katılıyorum	33	13,4
	Kesinlikle Katılıyorum	36	14,6
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen sağlık personeli ve yakınlarının, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.39’da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %56,1’i (138 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.40: Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	12	4,9
	Kısmen Katılmıyorum	15	6,1
	Fikrim Yok	1	,4
	Kısmen Katılıyorum	29	11,8
	Kesinlikle Katılıyorum	189	76,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.40’da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %76,8’i (189 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.41: Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	52	21,1
	Kısmen Katılmıyorum	26	10,6
	Fikrim Yok	7	2,8
	Kısmen Katılıyorum	110	44,7
	Kesinlikle Katılıyorum	51	20,7
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta memnuniyetinin, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.41’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %44,7’si (110 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.42: Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	17	6,9
	Kısmen Katılmıyorum	22	8,9
	Fikrim Yok	17	6,9
	Kısmen Katılıyorum	71	28,9
	Kesinlikle Katılıyorum	119	48,4
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastanın istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.42’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %48,4’ü (119 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.43: Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	16	6,5
	Kısmen Katılmıyorum	30	12,2
	Fikrim Yok	23	9,3
	Kısmen Katılıyorum	89	36,2
	Kesinlikle Katılıyorum	88	35,8
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta ve yakınının uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.43’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %36,2’si (89 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kısmen katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.44: Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	7	2,8
	Kısmen Katılmıyorum	4	1,6
	Fikrim Yok	4	1,6
	Kısmen Katılıyorum	57	23,2
	Kesinlikle Katılıyorum	174	70,7
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastanın, hastalığı hakkında kendisine ve yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahipliğine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.44’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %70,7’si (174 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.45: Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	12	4,9
	Kısmen Katılmıyorum	2	,8
	Fikrim Yok	2	,8
	Kısmen Katılıyorum	34	13,8
	Kesinlikle Katılıyorum	196	79,7
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.45’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %79,7’si (196 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.46: Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına zen gösterilmektedir.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	6	2,4
	Kısmen Katılmıyorum	5	2,0
	Fikrim Yok	3	1,2
	Kısmen Katılıyorum	22	8,9
	Kesinlikle Katılıyorum	210	85,4
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına zen gösterilmesine ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.46’da görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %85,4’ (210 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.47: Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	11	4,5
	Kısmen Katılmıyorum	2	,8
	Fikrim Yok	2	,8
	Kısmen Katılıyorum	24	9,8
	Kesinlikle Katılıyorum	207	84,1
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.47’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %84,1’i (207 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3.48: Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır.

		Frekans	Yüzde
Değer	Kesinlikle Katılmıyorum	8	3,3
	Kısmen Katılmıyorum	3	1,2
	Fikrim Yok	2	,8
	Kısmen Katılıyorum	21	8,5
	Kesinlikle Katılıyorum	212	86,2
	Toplam	246	100,0

Ankete katılan hemşirelere yöneltilen hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmasına ilişkin soruya verdikleri cevap dağılımı yukarıdaki tablo 3.48’de görülmektedir. Anket sonuçlarına göre katılımcıların %86,2’si (212 kişi) kendilerine sorulan bu soruya kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.

3.2.4 Tutum Ölçeklerinin Sınıflandırılması ve Analizi

Anketin 9. sorusundan 38. sorusuna kadar ayrılan kısım ile tutum ölçeklerinin yer aldığı sorular sorulmuştur. Burada ifade edilen sorular ile her hangi bir ayrıma tabi tutulmadan ankete katılanlar tarafından cevap verilmesi istenmiştir. Ancak ifade edilen sorular kendi içlerinde ortak tutumları ölçmektedir. Bu amaçla anket sonrası analiz yapabilmek için birbirleri ile ilişkili soruları ortak tutum ölçmek amacıyla ankete katılanların tutumları belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu kapsamda anketi aşağıda detayları verilen dört ana gruba ayırmak mümkündür. Bunlar:

- A. Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına katılımı
- B. Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları
- C. Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları
- D. Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarıdır.

A- Hemşirelerin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlarına Katılımı:

Ankette yer alan sorulardan 9-14 arasındaki sorular Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarını ölçmek istemek amacıyla yöneltilmiştir. Bu sorulara cevap veren hemşirelerin cevaplarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere istatistiki analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır.

- 9 Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.
- 10 Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.
- 11 Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.
- 12 Hasta hakları yükselen bir değerdir.
- 13 Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.
- 14 Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.

Yukarıda ifade edilen anket sorularına verilen cevaplar itibariyle Ortalamalar ve standart sapmalar Tablo 4.49'da gösterilmiştir.

Ankete katılanların verdikleri cevaplar sayısal değerlere dönüştürülerek matematiksel hesaplamaları yapılabilir hale getirilmiştir. Bu amaçla ankete katılanların verdikleri cevaplar aşağıdaki gibi dönüştürülmüştür.

<u>Tutum Ölçeği Referans Değeri</u>	<u>Tutum Davranışı</u>
1	Kesinlikle Katılmıyorum
2	Kısmen Katılmıyorum
3	Fikrim Yok
4	Kısmen Katılıyorum
5	Kesinlikle Katılıyorum

Tablo 3.49: Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

	Gözlem Sayısı	Verilen En Küçük Cevap	Verilen En Büyük Cevap	Cevapların Ortalaması	Cevapların Standart Sapması
S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	246	1,00	5,00	4,6504	,96877
S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	246	1,00	5,00	4,2033	1,09141
S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	246	1,00	5,00	4,0041	1,35977
S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	246	1,00	5,00	4,1423	1,23225
S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	246	1,00	5,00	3,1463	1,38907
S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.	246	1,00	5,00	4,0407	1,24145
Tutum Ölçeği Ortalaması				4,0312	1,2138

Tablo 3.49’de de görüldüğü üzere her bir soruya verilen cevapların Ortalaması ve Standart Sapması görülmektedir. Buna göre sadece 9. Soruda ifade edilen “Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir” sorusuna verilen cevapların ortalaması ve standart sapması incelendiğinde, ankete katılanların cevaplarının ortalaması 4,6504 ve standart sapması 0,96877 olarak

hesaplanmıştır. Ankete katılanlar bu soruya en yüksek puan olan “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına yakın bir ortalama değeri ve en düşük standart sapma ile cevap vermişlerdir. Ancak, 13. Soruda ifade edilen “Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir” soruya verilen cevapların ortalaması 3,1463 ve standart sapması da 1,38907 olarak hesaplanmıştır. Bu soruya verilen cevapların anket tutum ölçeklerinden “Fikrim Yok” ölçeğine yakın bir ortalamasının olması ve diğer benzer sorulardan daha fazla standart sapmaya sahip olması nedeniyle ankete katılanlar arasında fikir ayrılığı olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin kullanılan ölçeğin genel ortalamaları hesaplanmak istendiğinde verilen cevapların ortalaması 4,0312 ve standart sapmaları da 1,2138 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda genel kanı olarak Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları “Kısmen Katılıyorum” düzeyinde ölçülmüştür.

Ankete katılanların fikir ve tutum ayrılığını hesaplayabilmek için çalışmamızın Bulgular kısmında farklılığa neden olan unsurlar istatistiki analiz yöntemleri ile belirlenmeye çalışılmaktadır.

B- Hemşirelerin Hastaların İletişim Ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları

- 15 Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.
- 16 Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.
- 17 Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.
- 18 Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.
- 19 Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.
- 20 Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.
- 21 Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.
- 22 Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir
- 23 Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir
- 24 Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir

Tablo 3.50: Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

	Gözlem Sayısı	Verilen En Küçük Cevap	Verilen En Büyük Cevap	Cevapların Ortalaması	Cevapların Standart Sapması
S15-Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	246	1,00	5,00	4,0813	1,29106
S16-Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.	246	1,00	5,00	4,2846	1,08059
S17-Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.	246	1,00	5,00	4,1179	1,26746
S18-Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.	246	1,00	5,00	3,1748	1,46452
S19-Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.	246	1,00	5,00	4,2114	1,34165
S20-Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.	246	1,00	5,00	3,6098	1,23641
S21-Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.	246	1,00	5,00	3,5244	1,31452
S22-Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir	246	1,00	5,00	3,6504	1,38790
S23-Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir	246	1,00	5,00	4,2520	1,16824
S24-Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir	246	1,00	5,00	4,5528	,94936
Tutum Ölçeği Ortalaması					1,2501

Tablo 3.50’de de görüldüğü üzere her bir soruya verilen cevapların Ortalaması ve Standart Sapması görülmektedir. Buna göre sadece 24. Soruda ifade edilen “Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir” sorusuna verilen cevapların ortalaması ve standart sapması incelendiğinde, ankete katılanların cevaplarının ortalaması 4,5528 ve standart sapması 0,94936 olarak hesaplanmıştır. Ankete katılanlar bu soruya en yüksek puan olan “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına yakın bir ortalama değeri ve en düşük standart sapma ile cevap vermişlerdir.

Ancak, 18. Soruda ifade edilen “Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır” soruya verilen cevapların ortalaması 3,1748 ve standart sapması da 1,46452 olarak hesaplanmıştır. Bu soruya verilen cevapların anket tutum ölçeklerinden “Fikrim Yok” ölçeğine yakın bir ortalamasının olması ve diğer benzer sorulardan daha fazla standart sapmaya sahip olması nedeniyle ankete katılanlar arasında fikir ayrılığı olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin kullanılan ölçeğin genel ortalamaları hesaplanmak istendiğinde verilen cevapların ortalaması 3,9459 ve standart sapmaları da 1,2501 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda genel kanı olarak Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları “Kısmen Katılıyorum” düzeyinde ölçülmüştür.

Ankete katılanların fikir ve tutum ayrılığını hesaplayabilmek için çalışmamızın Bulgular kısmında farklılığa neden olan unsurlar istatistiki analiz yöntemleri ile belirlenmeye çalışılmaktadır.

C - Hemşirelerin Yönetmelik Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları

- 25 Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.
- 26 Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.
- 27 Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.
- 28 Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır
- 29 Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir
- 30 Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır
- 31 Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.

Tablo 3.51: Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

	Gözlem Sayısı	Verilen En Küçük Cevap	Verilen En Büyük Cevap	Cevapların Ortalaması	Cevapların Standart Sapması
S25-Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.	246	1,00	5,00	4,1179	1,05672
S26-Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.	246	1,00	5,00	4,2236	1,15123
S27-Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.	246	1,00	5,00	3,7236	1,22425
S28-Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır	246	1,00	5,00	3,4350	1,51248
S29-Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir	246	1,00	5,00	2,1463	1,55016
S30-Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	246	1,00	5,00	4,4959	1,10194
S31-Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.	246	1,00	5,00	3,3333	1,45780
Tutum Ölçeği Ortalaması				3,6393	1,2935

Tablo 3.51’de de görüldüğü üzere her bir soruya verilen cevapların Ortalaması ve Standart Sapması görülmektedir. Buna göre sadece 30. Soruda ifade edilen “Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır” sorusuna verilen cevapların ortalaması ve standart sapması incelendiğinde, ankete katılanların cevaplarının ortalaması 4,4959 ve standart sapması 1,10194 olarak hesaplanmıştır. Ankete katılanlar bu soruya en yüksek puan olan “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına yakın bir ortalama değeri ve en düşük standart sapma ile cevap vermişlerdir. Ancak, 29. Soruda ifade edilen “Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” soruya verilen cevapların ortalaması 2,1463 ve standart sapması da 1,55016 olarak hesaplanmıştır. Bu soruya verilen cevapların anket tutum ölçeklerinden “Kısmen Katılmıyorum” ölçeğine yakın bir ortalamasının olması ve diğer benzer sorulardan daha fazla standart sapmaya sahip olması nedeniyle ankete katılanlar arasında fikir ayrılığı olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin kullanılan ölçeğin genel ortalamaları hesaplanmak istendiğinde verilen cevapların ortalaması 3,6393 ve standart sapmaları da 1,2935 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda genel kanı olarak Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları “Fikrim Yok” düzeyinde ölçülmüştür.

Ankete katılanların fikir ve tutum ayrılığını hesaplayabilmek için çalışmamızın Bulgular kısmında farklılığa neden olan unsurlar istatistiki analiz yöntemleri ile belirlenmeye çalışılmaktadır.

D- Hemşirelerin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları

- 32 Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir
- 33 Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir
- 34 Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir
- 35 Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.
- 36 Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir
- 37 Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.

38 Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır

Tablo 3.52: Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

	Gözlem Sayısı	Verilen En Küçük Cevap	Verilen En Büyük Cevap	Cevapların Ortalaması	Cevapların Standart Sapması
S32-Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir	246	1,00	5,00	4,0285	1,24015
S33-Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir	246	1,00	5,00	3,8252	1,22472
S34-Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir	246	1,00	5,00	4,5732	,84801
S35-Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.	246	1,00	5,00	4,6260	,94241
S36-Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir	246	1,00	5,00	4,7276	,79988
S37-Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.	246	1,00	5,00	4,6829	,90637
S38-Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır	246	1,00	5,00	4,7317	,82386
Tutum Ölçeği Ortalaması				4,4564	0,9693

Tablo 3.52’de de görüldüğü üzere her bir soruya verilen cevapların Ortalaması ve Standart Sapması görülmektedir. Buna göre sadece 38. Soruda ifade edilen “Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi

müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır” sorusuna verilen cevapların ortalaması ve standart sapması incelendiğinde, ankete katılanların cevaplarının ortalaması 4,7317 ve standart sapması ,82386 olarak hesaplanmıştır. Ankete katılanlar bu soruya en yüksek puan olan “Kesinlikle Katılıyorum” cevabına yakın bir ortalama değeri ve en düşük standart sapma ile cevap vermişlerdir. Ancak, 33. Soruda ifade edilen “Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir” soruya verilen cevapların ortalaması 3,8252 ve standart sapması da 1,22472 olarak hesaplanmıştır. Bu soruya verilen cevapların anket tutum ölçeklerinden “Kısmen Katılıyorum” ölçeğine yakın bir ortalamasının olması ve diğer benzer sorulardan daha fazla standart sapmaya sahip olması nedeniyle ankete katılanlar arasında fikir ayrılığı olduğunu göstermektedir.

Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin kullanılan ölçeğin genel ortalamaları hesaplamak istendiğinde verilen cevapların ortalaması 4,4564 ve standart sapmaları da 0,9693 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda genel kanı olarak Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları “Kısmen Katılıyorum” düzeyinde ölçülmüştür.

Ankete katılanların fikir ve tutum ayrılığını hesaplayabilmek için çalışmamızın Bulgular kısmında farklılığa neden olan unsurlar istatistikî analiz yöntemleri ile belirlenmeye çalışılmaktadır.

3.3 Bulgular

Araştırmamızın hipotezlerinin sınanabilmesi için öncelikli olarak yapılan ankete verilen cevapların normal dağılıp dağılmadığını tespit edebilmek amacıyla Normallik sınaması yapılmıştır. Buna göre sunulan hipotezler aşağıda gösterilmektedir:

H_0 : Verilerin dağılımı normal dağılıma uymaktadır.

H_1 : Verilerin dağılımı normal dağılıma uymamaktadır.

Tablo 3.53: Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına katılımı ile ilgili cevapların normallik sınaması.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	Anlamlılık
S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	,495	246	,000	,404	246	,000
S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	,300	246	,000	,694	246	,000
S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	,291	246	,000	,711	246	,000
S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	,310	246	,000	,704	246	,000
S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	,308	246	,000	,832	246	,000
S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.	,300	246	,000	,731	246	,000

Tablo 3.54: Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları ile ilgili cevapların normallik sınaması.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi
S15-Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	,296	246	,000	,698	246	,000
S16-Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.	,327	246	,000	,681	246	,000
S17-Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.	,301	246	,000	,700	246	,000
S18-Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.	,274	246	,000	,842	246	,000
S19-Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.	,368	246	,000	,616	246	,000
S20-Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.	,351	246	,000	,798	246	,000
S21-Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.	,300	246	,000	,837	246	,000
S22-Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir	,238	246	,000	,825	246	,000
S23-Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir	,337	246	,000	,668	246	,000
S24-Hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmelidir	,417	246	,000	,523	246	,000

Tablo 3.55: Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilgili cevapların normallik sınaması.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi
S25-Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.	,309	246	,000	,737	246	,000
S26-Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.	,291	246	,000	,669	246	,000
S27-Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.	,317	246	,000	,813	246	,000
S28-Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır	,288	246	,000	,806	246	,000
S29-Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir	,331	246	,000	,703	246	,000
S30-Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır	,445	246	,000	,511	246	,000
S31-Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.	,331	246	,000	,798	246	,000

Tablo 3.56: Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilgili cevapların normallik sınaması.

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi	İstatistik Değeri	Serbestlik Derecesi
S32-Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir	,267	246	,000	,755	246	,000
S33-Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir	,276	246	,000	,818	246	,000
S34-Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir	,400	246	,000	,543	246	,000
S35-Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.	,451	246	,000	,441	246	,000
S36-Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir	,487	246	,000	,385	246	,000
S37-Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.	,478	246	,000	,390	246	,000
S38-Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır	,489	246	,000	,363	246	,000

Tablo 3.53, Tablo 3.54, Tablo 3.55 ve Tablo 3.56 ile ifade edilen dört ölçeğe ait normallik testi gözlem sayısının 246 olması nedeniyle Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. Yapılan sınama sonucunda % 5 anlamlılık düzeyinde tüm ölçeklerin

normal dağılmadığı tespit edilmiştir. Her bir soru maddesinin anlamlılık değerleri % 5 düzeyinin altında olduğu için H_1 hipotezi kabul edilmektedir.

H_0 hipotezi ret edilip, ölçeklerimiz normal dağılıma uymadığı için ölçeklere ilişkin hipotez testlerinde parametrik olmayan yöntemler kullanılacaktır.

a. Hemşirelerin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumları Açısından Bulgular

Çalışmamızda birinci ölçek grubu olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları ile Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre istatistiki açıdan anlamlı farklılığa sahip olup olmadıkları test edilmektedir. Buna göre sınanacak hipotezler ve test sonuçları aşağıda sunulmaktadır.

H_0 : Cinsiyetlerine göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık yoktur.

H_1 : Cinsiyetlerine göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.57: Cinsiyete göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	,310	,219	2,198	15,811	,229	,532
Serbestlik Derecesi	1	1	1	1	1	1
Anlamlılık	,578	,640	,138	,000*	,632	,466
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S1-Cinsiyetiniz						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.57'de görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların cinsiyet açısından anlamlı

farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 12. Soruya verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 12. Soruya verilen cevapların cinsiyet açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,000 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin cinsiyetlerine göre “S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

H_0 : Yaşa göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık yoktur.

H_2 : Yaşa göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.58: Yaşa göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	,645	8,233	7,424	6,068	11,645	10,118
Serbestlik Derecesi	3	3	3	3	3	3
Anlamlılık	,886	,041**	,060***	,108	,009*	,018**
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S2-Yaşınız						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.58’de görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların yaş açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve 10, 11, 13 ve 14. Soruya verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan

anlamli farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 10. Soruya verilen cevapların yaş açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,041 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. 11. Soruya verilen cevapların anlamlılığı da 0,060 olup % 5 düzeyinde anlamlı; 13. Soruya verilen cevapların anlamlılığı 0,009 olup % 1 düzeyinde anlamlı ve 14. Soruya verilen cevapların anlamlılığı da 0,018 olup % 5 düzeyinde anlamlı olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin yaşlara göre “S-10 Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır”, “S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir”, “S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir” ve “S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır” sorularına verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H₂ hipotezi kabul edilmiştir.

H₀: Medeni duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık yoktur.

H₃: Medeni duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.59: Medeni duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	,165	1,229	3,778	3,835	1,179	5,177
Serbestlik Derecesi	2	2	2	2	2	2
Anlamlılık	,921	,541	,151	,147	,555	,075***
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S3-Medeni durumunuz						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.59’de görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların medeni durum açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 14. Soruya verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 14. Soruya verilen cevapların medeni durum açısından farklı ortalamalarda olduğu % 10 anlamlılık düzeyinde sınılanmış ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,075 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin medeni durumlarına göre “S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır” sorularına verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

H_0 : Eğitim duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık yoktur.

H_4 : Eğitim duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.60: Eğitim durumuna göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	,709	6,310	,487	6,180	,273	1,739
Serbestlik Derecesi	3	3	3	3	3	3
Anlamlılık	,871	,097	,922	,103	,965	,628
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S4-Eğitim Durumunuz						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.60’da görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların eğitim durumu açısından

anlamli farklilikin olup olmadigi parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmis ve sadece 10. Soruya verilen cevaplar acısından istatistiki acidan anlamli farklilik tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 10. Soruya verilen cevapların eğitim durum acısından farklı ortalamalarda olduğu % 10 anlamlılık düzeyinde sınınmis ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,097 ile %10 düzeyinde anlamli farkliliğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin eğitim durumlarına göre “S-10 Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmakta” sorularına verilen cevaplar istatistiki acidan anlamli farklilik göstermekte olup H₄ hipotezi kabul edilmiştir.

H₀: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları acısından farklilik yoktur.

H₅: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları acısından farklilik vardır.

Tablo 3.61: Toplam hizmet yılına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	3,436	16,125	16,203	20,672	11,468	3,286
Serbestlik Derecesi	4	4	4	4	4	4
Anlamlılık	,488	,003*	,003*	,000*	,022**	,511
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S5-Kaç yıldır görev yapmaktasınız						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.61’de görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların toplam hizmet yılı acısından

anlamli farklilikin olup olmadigi parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmis ve 10, 11, 12 ve 13. Soruya verilen cevaplar acısından istatistiki acidan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 10. Soruya verilen cevapların görev yılı açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınınmış ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,003 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. 11. Soruya verilen cevapların anlamlılığı da 0,003 olup % 5 düzeyinde anlamlı; 12. Soruya verilen cevapların anlamlılığı 0,000 olup % 1 düzeyinde anlamlı ve 13. Soruya verilen cevapların anlamlılığı da 0,022 olup % 5 düzeyinde anlamlı olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin toplam hizmet yılı açısından “S-10 Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır”, “S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir”, “S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir” ve “S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir” sorularına verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H₅ hipotezi kabul edilmiştir.

H₀: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık yoktur.

H₆: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.62: Kurumda çalışma yılına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	1,542	1,140	8,489	20,331	2,669	,683
Serbestlik Derecesi	3	3	3	3	3	3
Anlamlılık	,673	,768	,037	,000	,445	,877
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S6-Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.62’de görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların kurumda çalışma yılı açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve 11 ve 12. Soruya verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 11. Soruya verilen cevapların görev yılı açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,037 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. 12. Soruya verilen cevapların anlamlılığı da 0,000 olup % 1 düzeyinde anlamlı olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin kurumda çalışma yılına göre “S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir” ve “S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir” sorularına verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_6 hipotezi kabul edilmiştir.

H_0 : Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık yoktur.

H_7 : Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.63: Bu güne kadar hasta hakları eğitimi alıp almamasına göre hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarının parametrik olmayan test sonuçları.

	S9-Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	S11-Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	S13-Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	S14-Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.
Ki-Kare Test İstatistiği	3,445	6,497	1,784	8,412	1,817	3,278
Serbestlik Derecesi	3	3	3	3	3	3
Anlamlılık	,328	,090***	,618	,038**	,611	,351
a. Kruskal Wallis Test						
b. Grup Değişkeni: S7-Bugüne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldınız mı						

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.63’de görüldüğü üzere ilk tutum ölçeği olan hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına verilen cevapların bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve 10 ve 12. Soruya verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 10. Soruya verilen cevapların bu güne kadar hasta hakları alıp almaması açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınılanmış ve test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,090 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. 12. Soruya verilen cevapların anlamlılığı da 0,038 olup % 5 düzeyinde anlamlı olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin bu güne kadar hasta hakları konusunda eğitim alıp almamasına göre “S10-Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır” ve “S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir” sorularına verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_7 hipotezi kabul edilmiştir.

b. Hemşirelerin Hastaların İletişim Ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumlarına Yönelik Bulgular

Çalışmamızda ikinci ölçek grubu olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları ile Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre istatistiki açıdan anlamlı farklılığa sahip olup olmadıkları test edilmektedir. Buna göre sınanacak hipotezler ve test sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

H_0 : Cinsiyetlerine göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.

H_8 : Cinsiyetlerine göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

H_0 : Yaşa göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.

H_9 : Yaşa göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

H_0 : Medeni duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.

- H₁₀: Medeni duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Eğitim duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₁: Eğitim duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₂: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₃: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₄: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.64: Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları ile ilişkili soruların parametrik olmayan test sonuçları.

Ölçek Grubu	Soru No	Tutum Ölçeği Sorusu	Cinsiyet ^b	Yaş ^b	Medeni Durum ^b	Eğitim Durumu ^b	Toplam Hizmet Yılı ^b	Kurumdaki Hizmet Yılı ^b	Eğitim Alıp Almadığı ^b
Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları	15	Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	/	/	/	/	/	/	7,9484 (0,0470) **
	16	Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.	/	14,6847 (0,0021) *	/	/	14,7233 (0,0053) *	/	/
	17	Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.	3,4857 (0,062) ***	/	/	/	9,7986 (0,0439) **	/	8,3376 (0,0395) **
	18	Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.	/	14,4811 (0,002) *	/	8,8602 (0,0312) **	13,2484 (0,0101) **	7,9121 (0,0478) **	7,5097 (0,0573) ***
	19	Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.	/	/	/	/	/	/	/
	20	Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.	4,1320 (0,042) **	/	/	/	/	/	/
	21	Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.	/	8,6969 (0,0336) **	/	/	8,0503 (0,0897) ***	7,6461 (0,0539) ***	7,1961 (0,0659) ***
	22	Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir	4,7033 (0,0301) **	12,0298 (0,0072) *	/	/	/	/	9,9449 (0,0190) **
	23	Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir	/	10,3669 (0,0156) **	/	/	/	/	8,8668 (0,0311) **
	24	Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir	/	/	/	/	/	/	9,1605 (0,0272) **
a. Kruskal Wallis Test									
b. Grup Değişkeni									

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların cinsiyet açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile

hesaplanmış ve sadece 17,20. ve 22. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 17,20. ve 22. Soruya verilen cevapların cinsiyet açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınınmış ve 17. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,062 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 20. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,042 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 22. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,030 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin cinsiyetlerine göre “S17- Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir” sorusuna, “S20- Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir” sorusuna ve “S22- Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_8 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların yaş açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 16,18,21,22 ve 23 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 16,18,21,22 ve 23 Soruya verilen cevapların yaş açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınınmış ve 16. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,002 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 18. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,002 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 21. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,033 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 22. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,007 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 23. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,015 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin yaşa göre “S16- Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir” sorusuna, “S18- Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır” sorusuna, “S21- Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz” sorusuna, “S22- Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir” sorusuna ve “S23-

Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_9 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların medeni durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilememiştir.

Ankette sorulan sorulara verilen cevaplar medeni durum açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermemiş ile olup H_{10} hipotezi kabul edilmemiştir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların eğitim durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 18 Soruya verilen cevap açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 18 Soruya verilen cevapların eğitim durumları açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 18. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,031 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin eğitim durumlarına göre “S18- Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{11} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların toplam hizmet süresi açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 16,17,18 ve 21 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 16,17,18 ve 21 Soruya verilen cevapların toplam hizmet süresi açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 16. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,005 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 17. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,043 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 18. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,010 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 21. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,089 ile

%10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin toplam hizmet süresine göre “S16- Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir” sorusuna, “S17- Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir” sorusuna, “S18- Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır” sorusuna ve “S21- Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{12} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların kurumdaki hizmet süresi açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 18 ve 21 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 18 ve 21 Soruya verilen cevapların kurumdaki hizmet süresi açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınıanmış ve 18. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,047 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 21. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,053 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin kurumdaki hizmet süresine göre “S18- Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır” sorusuna ve “S21- Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{13} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.64’de görüldüğü üzere ikinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların daha önce eğitim alıp almama durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 15,17,18,21,22,23 ve 24 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 15,17,18,21,22,23 ve 24 Soruya verilen cevapların daha önce eğitim alıp almama durumları açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınıanmış ve 15. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,047 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 17. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,039 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 18. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,057 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 21.

Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,065 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 22. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,019 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 23. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,031 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 24. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,027 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin daha önce eğitim alıp almama durumlarına göre “S15- Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır” sorusuna, “S17- Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir” sorusuna, “S18- Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır” sorusuna ve “S21- Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz” sorusuna, “S22- Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir” sorusuna, “S23- Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir” sorusuna ve “S24- Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{14} hipotezi kabul edilmiştir.

c. Hemşirelerin Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarına Yönelik Bulgular

Çalışmamızda üçüncü ölçek grubu olan hemşirelerin yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre istatistiki açıdan anlamlı farklılığa sahip olup olmadıkları test edilmektedir. Buna göre sınanacak hipotezler ve test sonuçları aşağıda sunulmaktadır.

H_0 : Cinsiyetlerine göre hemşirelerin yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.

H_{15} : Cinsiyetlerine göre hemşirelerin yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

H_0 : Yaşa göre hemşirelerin yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.

H_{16} : Yaşa göre hemşirelerin yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

- H₀: Medeni duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₇: Medeni duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Eğitim duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₈: Eğitim duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₁₉: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₀: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₁: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.65: Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilişkili soruların parametrik olmayan test sonuçları.

Ölçek Grubu	Soru No	Tutum Ölçeği Sorusu	Cinsiyet ^b	Yaş ^b	Medeni Durum ^b	Eğitim Durumu ^b	Toplam Hizmet Yılı ^b	Kurumdaki Hizmet Yılı ^b	Eğitim Alıp Almadığı ^b
Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları	25	Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.	/	/	/	/	/	/	10,6089 (0,0140) **
	26	Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.	/	6,4262 (0,0926) ***	7,1910 (0,0274) **	10,5077 (0,0147) **	9,2446 (0,0552) ***	/	/
	27	Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.	/	/	/	/	/	13,9362 (0,0029) *	/
	28	Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.	/	/	/	/	/	/	9,2799 (0,0257) **
	29	Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.	/	18,6535 (0,0003) *	11,9161 (0,0025) *	6,5914 (0,0861) ***	10,7641 (0,0293) **	9,0381 (0,0287) **	/
	30	Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır	/	/	/	/	11,7779 (0,0190) **	/	/
	31	Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.	/	/	/	/	/	/	/
a. Kruskal Wallis Test									
b. Grup Değişkeni									

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına yönelik verilen cevapların cinsiyet açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan

anlamli farklilik tespit edilememiştir. Sonuç olarak ankette sorulan sorulara verilen cevaplar cinsiyet açisından istatistiki açıdan anlamli farklilik göstermemiş ile olup H_{15} hipotezi kabul edilmemiştir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına yönelik verilen cevapların yaş açisından anlamli farkliliğın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 26 ve 29 Sorulara verilen cevaplar açisından istatistiki açıdan anlamli farklilik tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 26 ve 29 Soruya verilen cevapların yaş açisından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 26. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,092 ile %10 düzeyinde anlamli farkliliğa sahip olduğu ve 29. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,000 ile %1 düzeyinde anlamli farkliliğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin yaşa göre “S26- Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez” sorusuna ve “S29- Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamli farklilik göstermekte olup H_{16} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına yönelik verilen cevapların medeni durum açisından anlamli farkliliğın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 26 ve 29 Sorulara verilen cevaplar açisından istatistiki açıdan anlamli farklilik tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 26 ve 29 Soruya verilen cevapların medeni durum açisından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 26. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,027 ile %5 düzeyinde anlamli farkliliğa sahip olduğu ve 29. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,002 ile %1 düzeyinde anlamli farkliliğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin medeni duruma göre “S26- Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez” sorusuna ve “S29-Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamli farklilik göstermekte olup H_{17} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına yönelik verilen cevapların eğitim durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 26 ve 29 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 26 ve 29 Soruya verilen cevapların eğitim durumları açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınıanmış ve 26. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,014 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 29. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,086 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin eğitim durumlarına göre “S26- Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez” sorusuna ve “S29-Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{18} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların toplam hizmet süresi açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 26 ve 29 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 26 ve 29. Soruya verilen cevapların toplam hizmet süresi açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınıanmış ve 26. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,055 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 29. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,029 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin toplam hizmet sürelerine göre “S26- Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez” sorusuna ve “S29-Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{19} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların kurumdaki hizmet süresi açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal

Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 27. ve 29. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 27. ve 29. Soruya verilen cevapların kurumdaki hizmet süresi açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınılanmış ve 27. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,002 ile %1 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 29. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,028 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin kurumdaki hizmet süresine göre “S27- Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurusu olağan karşılanır” sorusuna ve “S29- Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{20} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.65’de görüldüğü üzere üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların daha önce eğitim alıp almama durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 25. ve 28. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 25. ve 28. Soruya verilen cevapların daha önce eğitim alıp almama durumları açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınılanmış ve 25. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,014 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 28. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,025 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin daha önce eğitim alıp almama durumlarına göre “S25- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır” sorusuna ve “S28- Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{21} hipotezi kabul edilmiştir.

d. Hemşirelerin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarına Yönelik Bulgular

Çalışmamızda dördüncü ölçek grubu olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam

hizmet yılı, kurumdaki hizmet yılı ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıklarına göre istatistiki açıdan anlamlı farklılığa sahip olup olmadıkları test edilmektedir. Buna göre sınanacak hipotezler ve test sonuçları aşağıda sunulmaktadır.

- H₀: Cinsiyetlerine göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₂: Cinsiyetlerine göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Yaşa göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₃: Yaşa göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Medeni duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₄: Medeni duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Eğitim duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₅: Eğitim duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₆: Toplam hizmet süresi duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₇: Kurumda çalışma yılı duruma göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.
- H₀: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık yoktur.
- H₂₈: Daha önce eğitim alıp almamasına göre hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları açısından farklılık vardır.

Tablo 3.66: Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ile ilişkili soruların parametrik olmayan test sonuçları.

Ölçek Grubu	Soru No	Tutum Ölçeği Sorusu	Cinsiyet ^b	Yaş ^b	Medeni Durum ^b	Eğitim Durumu ^b	Toplam Hizmet Yılı ^b	Kurumdaki Hizmet Yılı ^b	Eğitim Alıp Almadığı ^b
Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları	32	Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir	/	/	/	/	/	/	/
	33	Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.	/	/	/	/	/	/	6,8918 (0,0754) ***
	34	Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir.	/	/	4,6231 (0,0991) ***	8,3652 (0,0390) **	/	/	/
	35	Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.	/	9,5782 (0,0225) **	/	/	12,7285 (0,0126) **	/	/
	36	Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir.	/	6,9464 (0,0736) ***	/	/	10,9841 (0,0267) **	10,1434 (0,0173) **	/
	37	Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.	3,4612 (0,0628) ***	9,6236 (0,0220) **	/	/	8,5174 (0,0743) ***	/	/
	38	Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır.	4,0523 (0,0441) **	/	/	/	/	/	6,3396 (0,0962) ***
a. Kruskal Wallis Test									
b. Grup Değişkeni									

* %1 seviyesinde anlamlı

** % 5 seviyesinde anlamlı

*** % 10 seviyesinde anlamlı olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.66'de görüldüğü üzere dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına yönelik verilen cevapların cinsiyet açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 37. ve 38. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 37. ve 38. Soruya verilen cevapların cinsiyet açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınılanmış ve 37. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,062 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 38. Soru

için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,044 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin cinsiyetlerine göre “S37- Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır” sorusuna ve “S38- Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{22} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.66’de görüldüğü üzere dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların yaş açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 35,36 ve 37. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 35,36 ve 37. Soruya verilen cevapların yaş açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 35. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,022 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 36. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,073 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 37. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,022 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin yaşa göre “S35- Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır” sorusuna, “S36- Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir” sorusuna ve “S37- Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{23} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.66’de görüldüğü üzere dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların medeni durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış sorulara verilen ve sadece 34. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 34. Soruya verilen cevapların medeni durum açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 34. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,099 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin medeni durumlarına göre “S34- Hasta, hastalığı

hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{24} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.66’de görüldüğü üzere dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların eğitim durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış sorulara verilen ve sadece 34. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 34. Soruya verilen cevapların eğitim durumları açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınıanmış ve 34. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,039 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin eğitim durumlarına göre “S34- Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{25} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.66’de görüldüğü üzere dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların toplam hizmet süresi açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 35,36 ve 37 Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 35,36 ve 37 Soruya verilen cevapların toplam hizmet süresi açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınıanmış ve 35. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,012 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu, 36. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,026 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 37. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,074 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin toplam hizmet süresine göre “S35- Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır” sorusuna, “S36- Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir” sorusuna ve “S37- Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{26} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.66’de görüldüğü üzere dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların kurumdaki hizmet süresi açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış sorulara verilen ve sadece 36. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 34. Soruya verilen cevapların kurumdaki hizmet süresi açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 36. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,017 ile %5 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin kurumdaki hizmet süresi açısından “S36- Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{27} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.66’de görüldüğü dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik verilen cevapların daha önce eğitim alıp almama durumları açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve sadece 33. ve 38. Sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Test istatistiği sonucuna göre 33. ve 38. Soruya verilen cevapların daha önce eğitim alıp almama durumları açısından farklı ortalamalarda olduğu % 5 anlamlılık düzeyinde sınanmış ve 33. soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,075 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu ve 38. Soru için test sonucunun Anlamlılık Değeri (Asym. Sig.) 0,096 ile %10 düzeyinde anlamlı farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin daha önce eğitim alıp almama durumlarına göre “S33- Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir” sorusuna ve “S38- Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır” sorusuna verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup H_{28} hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 3.67: Hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının scheffe testi sonuçları.

Bağımlı Değişken			Ortalama Farklılığı	Standart Hata	Anlamlılık
S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	Hiç almadım	1 kez	-,02244	,28397	1,000
		2 kez	-,24696	,30723	,886
		3+ kez	-,52446	,28851	,349
	1 kez	Hiç almadım	,02244	,28397	1,000
		2 kez	-,22452	,21384	,777
		3+ kez	-,50202	,18595	,066
	2 kez	Hiç almadım	,24696	,30723	,886
		1 kez	,22452	,21384	,777
		3+ kez	-,27750	,21983	,661
	3+ kez	Hiç almadım	,52446	,28851	,349
		1 kez	,50202	,18595	,066
		2 kez	,27750	,21983	,661
S15-Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	hiç almadım	1 kez	,26087	,29531	,854
		2 kez	,62087	,31950	,289
		3+ kez	-,13913	,30003	,975
	1 kez	Hiç almadım	-,26087	,29531	,854
		2 kez	,36000	,22238	,455
		3+ kez	-,40000	,19337	,236
	2 kez	Hiç almadım	-,62087	,31950	,289
		1 kez	-,36000	,22238	,455
		3+ kez	-,76000*	,22861	,013
	3+ kez	hiç almadım	,13913	,30003	,975
		1 kez	,40000	,19337	,236
		3+ kez	,76000*	,22861	,013
S18-Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.	hiç almadım	1 kez	-,72651	,33813	,205
		2 kez	-,84522	,36583	,152
		3+ kez	-,90272	,34354	,078
	1 kez	hiç almadım	,72651	,33813	,205
		2 kez	-,11871	,25463	,975
		3+ kez	-,17621	,22141	,889
	2 kez	hiç almadım	,84522	,36583	,152
		1 kez	,11871	,25463	,975
		3+ kez	-,05750	,26176	,997
	3+ kez	Hiç almadım	,90272	,34354	,078
		1 kez	,17621	,22141	,889
		2 kez	,05750	,26176	,997
S22-Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.	hiç almadım	1 kez	,28144	,31681	,852
		2 kez	,59391	,34276	,393
		3+ kez	,91141*	,32188	,048
	1 kez	hiç almadım	-,28144	,31681	,852
		2 kez	,31247	,23857	,634
		3+ kez	,62997*	,20745	,028
	2 kez	hiç almadım	-,59391	,34276	,393
		1 kez	-,31247	,23857	,634
		3+ kez	,31750	,24526	,643
	3+ kez	hiç almadım	-,91141*	,32188	,048
		1 kez	-,62997*	,20745	,028
		2 kez	-,31750	,24526	,643

Tablo 3.67 (Devam): Hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının scheffe testi sonuçları.

Bağımlı Değişken			Ortalama Farklılığı	Standart Hata	Anlamlılık
S23-Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir.	hiç almadım	1 kez	,41655	,26843	,493
		2 kez	,85913*	,29041	,035
		3+ kez	,47663	,27272	,385
	1 kez	hiç almadım	-,41655	,26843	,493
		2 kez	,44258	,20213	,190
		3+ kez	,06008	,17577	,990
	2 kez	hiç almadım	-,85913*	,29041	,035
		1 kez	-,44258	,20213	,190
		3+ kez	-,38250	,20780	,338
	3+ kez	hiç almadım	-,47663	,27272	,385
		1 kez	-,06008	,17577	,990
		2 kez	,38250	,20780	,338
S24-Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.	hiç almadım	1 kez	,06218	,21812	,994
		2 kez	,26261	,23599	,744
		3+ kez	,47011	,22161	,215
	1 kez	hiç almadım	-,06218	,21812	,994
		2 kez	,20043	,16426	,685
		3+ kez	,40793*	,14283	,045
	2 kez	hiç almadım	-,26261	,23599	,744
		1 kez	-,20043	,16426	,685
		3+ kez	,20750	,16886	,680
	3+ kez	hiç almadım	-,47011	,22161	,215
		1 kez	-,40793*	,14283	,045
		2 kez	-,20750	,16886	,680
S28-Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.	hiç almadım	1 kez	,14259	,34838	,983
		2 kez	-,37913	,37692	,798
		3+ kez	-,46413	,35395	,633
	1 kez	hiç almadım	-,14259	,34838	,983
		2 kez	-,52172	,26235	,269
		3+ kez	-,60672	,22812	,072
	2 kez	hiç almadım	,37913	,37692	,798
		1 kez	,52172	,26235	,269
		3+ kez	-,08500	,26970	,992
	3+ kez	hiç almadım	,46413	,35395	,633
		1 kez	,60672	,22812	,072
		2 kez	,08500	,26970	,992
S33-Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.	hiç almadım	1 kez	-,39130	,28219	,589
		2 kez	,16870	,30530	,959
		3+ kez	-,31630	,28670	,749
	1 kez	hiç almadım	,39130	,28219	,589
		2 kez	,56000	,21250	,076
		3+ kez	,07500	,18478	,983
	2 kez	hiç almadım	-,16870	,30530	,959
		1 kez	-,56000	,21250	,076
		3+ kez	-,48500	,21845	,180
	3+ kez	hiç almadım	,31630	,28670	,749
		1 kez	-,07500	,18478	,983
		2 kez	,48500	,21845	,180

Tablo 3.68: Hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının scheffe testi sonuçları-2.

Ölçek Grubu	Ölçek Sorusu	Daha Önce Eğitim Alıp Almadığı	İlişkili Grubu	Ortalama Farklılığı	Anlamlılık
	S12-Hasta hakları yükselen bir değerdir.	3 + kez	1 kez	,50202	,066 ***
	S15-Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	3+ kez	3+ kez	,76000	,013
	S18-Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.	3+ kez	hiç almadım	,90272	,078
	S22-Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.	3+ kez	hiç almadım	-,91141	,048
	S22-Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.	3+ kez	1 kez	-,62997	,028
	S23-Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir	2 kez	hiç almadım	-,85913	,035
	S24-Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.	3+ kez	1 kez	-,40793	,045
	S28-Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.	3+ kez	1 kez	,60672	,072
	S33-Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.	2 kez	1 kez	-,56000	,076

Hemşirelere yöneltilen sorular ile tespit edilmeye çalışılan tutum ölçekleri Kruskal Wallis testi aracılığıyla gruplar arası anlamlı farklılıkların olup olmadığı

daha önce tespit edilmişti. Scheffe testi yardımıyla da gruplarından hangi alt grubun sorulara verdiği cevaplar açısından anlamlı farklılığa sahip olup olmadığı test edilmektedir. Burada amaç gruplar arasında anlamlı farklılığın hangi alt gruptan kaynaklandığı istatistiki olarak açıklanamaya çalışılmaktadır.

Tablo 3.68’da, hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının Scheffe Testi Sonuçları belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre daha önce Eğitim Alan ile Hiç Eğitim almayanlar arasında istatistiki açıdan farklılık oluşmuştur. Daha önce eğitim alan hemşirelerin sorulara verdikleri cevaplar ile hiç eğitim almayan hemşirelerin sorulara verdikleri cevaplar istatistiki açıdan anlamlı şekilde farklılık göstermektedir. Özellikle de Tablo 3.68’da da görüldüğü üzere Hemşirelerin 3+ Kez eğitim alanları daha önce hiç eğitim almayanlara göre büyük ölçüde farklılığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Buradan eğitim alma sayısı arttıkça verilen cevapların da daha az alanlara ya da hiç almayanlara göre farklılaştığı ortaya çıkmaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri sunumunda, hasta gereksinimlerinin karşılanabilmesinde, hasta menfaatlerinin korunması ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasında ve hasta memnuniyetinin sağlanması için sağlık personelinin hasta haklarını bilmesi ve bu haklara uygun davranması son derece önemlidir. Bu durum gelişme gösteren tüm ülkelerde ve sağlık sektöründe giderek önem kazanmaktadır. Hızla özel sektör ve devlet yatırımları ile büyüyen Türkiye’de sağlık sektöründe yerli ve yabancı hastaların beklentilerinin yeterli düzeyde karşılanabilmesi ve hasta memnuniyet düzeyinin sürekli yükseltilebilmesi için hasta hakları ile ilgili bu tür çalışmalar kaçınılmazdır.

Gelişen sağlık sektörü ve yenilenen hizmet binaları ile vatandaşlarına ve tıp turizmi kapsamında yabancı ülke vatandaşlarına niteliği yüksek hizmet sunumu temel amaç olmaktadır. Bu kapsamda bu amaca ulaşmanın en temel yolu; hastaların haklarına riayet etmekle beraber memnuniyetlerinin artırılması, eleştiri ve şikayetlerinin minimize edilmesinden geçmektedir. Sağlık Bakanlığı 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı AB ortalaması olan %63’ün üzerinde olup %75 olarak gerçekleşmiştir (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 29). Bu denli yüksek yakalanan memnuniyet oranlarının korunarak hizmet kalitesinin artırılabilmesinin yolu hasta odaklı ve niteliği yüksek hizmet sunumundan geçmektedir.

2013 yılında Türkiye’de beklenen ortalama yaşam süresinin 76.9’a yükseldiği, ülke nüfusunun 76.667.864 olduğu, toplam hekime başvuru sayısının 630.321.124 olduğu ve bu hizmetin Sağlık Bakanlığına ait 854 hastane, üniversitelere ait 69 hastane, özel sektöre ait 550 hastane ve diğer mülkiyete sahip 44 hastanede çalışan toplam 735.159 sağlık personeli tarafından sağlanmaktadır. Bu bire bir hizmet sunan

personelden 139.544'ü Hemşire unvanına sahip olup, toplam sağlık çalışanının yaklaşık beşte birine denk gelmektedir. Bu amaçla çalışmamızın hedef kitlesinde Hemşire Ünvanlı sağlık çalışanlarına ulaşmak ve onların hasta hakları ve memnuniyeti konusundaki tutumlarının tespiti yer almaktadır (SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 4-137).

Çalışmamız Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tam sayımlı anket yöntemi ile 254 Hemşireye uygulanmıştır. Anketin amacı; Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan hemşirelerin sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan hasta hakları konusunda bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Bu amaçla çalışmamızda çıkan sonuçlar sırası ile aşağıda değerlendirilmektedir.

Anket çalışmamıza toplam 246 Hemşire katılmış olup cinsiyete göre dağılımları; %85,4'ü (210 kişi) kadın; %14,6'sı (36 kişi) erkek olarak bulunmuştur. Hemşirenin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ise; %17,5'i (43 kişi) lise ve dengi okul; %42,7'si (105 kişi) yüksel okul mezunu, %36,6'sı (90 kişi) lisans mezunu ve %3,3'ü (8 kişi) yüksek lisans ve üstü mezun katılımcılardan oluşmaktadır.

Hemşirenin hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımında ise; %9,3'ü (23 kişi) hiç eğitim almayanlardan, %37,8'i (93 kişi) bir kez eğitim alanlardan, %20,3'ü (50 kişi) iki kez eğitim alanlardan, %32,5'i (80 kişi) üç ve üstü eğitim alanlardan oluşmaktadır.

Ankete katılanlara yöneltilen sorularda öne çıkan ve hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıkları sorulan katılımcıların kurumda çalışma yılları ve toplam hizmet yıllarının karşılaştırmalı olarak analiz edildiği çalışmamızda daha önce hasta hakları ile ilgili olarak hiç eğitim almayanların sayısı toplam 23 kişi olarak tespit edilmiştir. Bu katılımcıların %56,5'i (13 kişi) toplam hizmet yılı 1-5 yıl olarak bildirmişlerdir. Dolayısıyla toplam hizmet süresi 1-5 yıl ve çalıştığı kurumda da 1-3 yıl aralığında görev yapmakta olan katılımcılar daha önce hasta hakları ile ilgili hiç eğitim almadıklarını beyan etmişlerdir.

Anketin 9. sorusundan 38. sorusuna kadar ayrılan kısımda tutum ölçeklerine ait sorular yer almıştır. Burada ifade edilen sorular ile her hangi bir ayrıma tabi tutulmadan ankete katılanlar tarafından cevap verilmesi istenmiştir. Ancak ifade

edilen sorular kendi içlerinde ortak tutumları ölçmektedir. Bu amaçla anket sonrası analiz yapabilmek için birbirleri ile ilişkili soruları ortak tutum ölçmek amacıyla ankete katılanların tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda anketi aşağıda detayları verilen dört ana gruba ayırmak mümkündür. Bunlar:

- 1) Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları
- 2) Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları
- 3) Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları
- 4) Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarıdır.

Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları anketin 9-14 arası sorularıyla tespit edilmeye çalışılmıştır. Anketin 9.'ncü sorusunda ifade edilen "Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir" sorusuna ankete katılanlar "Kesinlikle Katılıyorum" cevabı vermişlerdir. Anketin 13. soru olan "Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir" sorusuna ise; "Fikrim Yok" şeklinde cevap vermişlerdir. Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumlarına ilişkin kullanılan ölçeğin genel ortalaması 4,0312 ve standart sapmaları da 1,2138 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda genel kanı olarak Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları "Kısmen Katılıyorum" düzeyinde ölçülmüştür.

Ankette yer alan sorulardan 15-24 arasındaki Hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumları ölçülmek istenmiştir. Anketin 24. sorusunda ifade edilen "Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir" sorusuna katılımcılar "Kesinlikle Katılıyorum" cevabını vermişlerdir. Anketin 18. Sorusunda "Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır" sorusuna ise "Fikrim Yok" cevabını vermişlerdir. Katılımcıların tutum ölçeğine ilişkin genel cevapların ortalaması 3,9459 ve standart sapmaları da 1,2501 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin tutumları "Kısmen Katılıyorum" düzeyinde ölçülmüştür.

Ankette yer alan sorulardan 25-31 arasındaki sorular Hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ölçmek amacıyla yöneltmiştir. Anketin 30. sorusunda yöneltilen "Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır" ifadesine Hemşireler "Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde cevap vermişlerdir. 29. Soruda ifade edilen "Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda

muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir” ifadesine ise; “Kısmen Katılmıyorum” cevabı vererek sıra beklemek istemediklerini açıkça ifade etmişlerdir. Hemşirelerin ölçek ile ilgili genel tutumlarının ortalaması 3,6393 ve standart sapmaları da 1,2935 olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin genel tutumları “Fikrim Yok” düzeyinde ölçülmüştür.

Ankette yer alan 32-38 arasındaki sorular Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları ölçmek amacıyla yöneltilmiştir. Anketin 38. Sorusunda ifade edilen “Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır” sorusuna hemşireler “Kesinlikle Katılıyorum” ifade etmişlerdir. 33. Soruda ifade edilen “Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir” sorusuna ise; “Kısmen Katılıyorum” düzeyinde cevap vermişlerdir. Hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına ilişkin kullanılan ölçeğin genel ortalamaları hesaplanmak istendiğinde verilen cevapların ortalaması 4,4564 ve standart sapmaları da 0,9693 olarak hesaplanmıştır. Bu durumda genel kanı olarak Hemşirelerin hasta haklarına yönelik genel tutumları “Kısmen Katılıyorum” düzeyinde ölçülmüştür.

Anketin tutum ölçeklerine uygulanan Alfa değerleri 4 adet ölçeğin toplam güvenilirlik ortalaması %68 olarak tespit edilmiş olup, toplam geçerlik açısından oldukça güvenilir olarak tanımlanmaktadır.

Anket ile ölçülen tutum ölçeklerinin ankete katılan hemşirelerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve daha önce hasta hakları ile ilgili eğitim alıp almadıkları ayrıca tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın elde ettiği tutum ölçeklerinin yukarıda ifade edilen alt gruplar açısından istatistiki açıdan anlamlı düzeyde farklı olup olmadıkları da çalışmamızda incelenmiştir. Bu amaçla parametrik olmayan ölçüm tekniklerinden Kruskal Wallis Testi ile veriler hesaplanmış ve yukarıda ifade edilen alt gruplara ait cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin cinsiyetlerine, yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından verilen cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup sınanan hipotezler kabul edilmiştir.

İkinci tutum ölçeği olan hemşirelerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik verilen cevapların cinsiyet açısından; 17,20 ve 22. sorulara, yaş; açısından 16,18,21,22 ve 23 sorulara, eğitim durumu açısından; 18. soruya, toplam hizmet yılı açısından; 16,17,18 ve 21 sorulara, kurumda çalışma yılı açısından; 18 ve 21. Sorulara, bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından 15,17,18,21,22,23 ve 24 açısından anlamlı farklılığın olup olmadığı parametrik olmayan testlerde Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış ve ifade edilen sorulara verilen cevaplar açısından istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sadece medeni durum açısından anlamlı ilişki bulunamamıştır. Sonuç olarak hemşirelerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından göre verdikleri cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup sınanan hipotezler kabul edilmiştir. Sadece medeni durum açısından anlamlı ilişki olmaması nedeni ile sınanan H_{10} hipotezi kabul edilmemiştir.

Üçüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına ilişkin verilen cevapların yaş açısından 26. ve 29. sorulara, medeni durum açısından 26 ve 29. sorulara, eğitim durumu açısından 26. ve 29. sorulara, toplam hizmet yılı açısından 26 ve 29 sorulara, kurumda çalışma yılı açısından 27 ve 29. sorulara, bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından 25 ve 28. sorulara verilen cevaplar Kruskal Wallis Testi ile hesaplanmış olup istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sadece Cinsiyet açısından anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Sonuç yaş, medeni durum, eğitim durumu, toplam hizmet yılı, kurumda çalışma yılı ve bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından göre verdikleri cevaplar istatistiki açıdan anlamlı farklılık göstermekte olup sınanan hipotezleri kabul edilmiştir. Sadece cinsiyet açısından anlamlı ilişki olmaması nedeni ile sınanan H_{15} hipotezi reddedilmiştir.

Dördüncü tutum ölçeği olan hemşirelerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarına ilişkin verilen cevapların cinsiyet açısından 37. ve 38. sorular, yaş açısından 35, 36 ve 37. sorulara, medeni durum açısından 34. soruya, eğitim durumu açısından 34. soruya, toplam hizmet yılı açısından 33 ve 38 sorulara, kurumda çalışma yılı açısından 36 soruya, bu güne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almaması açısından 33 ve 38. sorulara verilen cevaplar Kruskal Wallis

Testi ile analiz edilmiş ve istatistiki açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sonuç olarak hemşirelerin dördüncü tutum ölçeğine ilişkin verdikleri cevaplar için sınanan hipotezler kabul edilmiştir.

Çalışmamızda tutum ölçeklerinin alt gruplar açısından anlamlı farklılıklara sahip olup olmadıkları yukarıda açıklandığı üzere analiz edilmiş ve kurulan hipotezler sınanmıştır. Çalışmamızın farklı bir katkı sağlaması amacıyla da Hemşirelere yöneltilen sorular ile tespit edilmeye çalışılan tutum ölçekleri hangi alt grup tarafından anlamlı farklılığa sahip oldukları da parametrik olmayan test türlerinden Scheffe analiz edilmiştir. Burada amaç gruplar arasında anlamlı farklılığın hangi alt gruptan kaynaklandığı istatistiki olarak açıklamaya çalışılmaktadır.

Hemşirelerin daha önce eğitim alıp almadıklarına göre tutum ölçeklerine verdikleri cevaplara göre ayrımlarının Scheffe Testi Sonuçları incelendiğinde; daha önce en az iki kez eğitim alan ile hiç eğitim almayanlar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık oluşmuştur. Ayrıca Hemşirelerin 3 ve daha fazla kez eğitim alanların, daha önce hiç eğitim almayanlara göre büyük ölçüde istatistiki açıdan farklılığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Buradan da eğitim alma sayısı arttıkça verilen cevapların eğitim almayanlara ya da daha az alanlara göre farklılaştığı görülmüştür.

Konu ile ilgili Finlandiya’da yapılan benzer araştırmada araştırmaya katılan halk sağlığı profesyonellerinin %50’si ilgili haklar ve yasalar ile ilgili bilgilerinin zayıf olduğunu ifade etmektedirler. Yapılan çalışma sonucunda Finlandiya da Halk sağlığı çalışanlarına yönelik daha çok eğitim verilmesi ihtiyacı belirmiş ve hastaların yasal hakları ile alakalı mesleki eğitimin geliştirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Yapılan araştırma sonucunda; yaş, eğitim ve iş deneyiminin hasta hakları bilgi düzeyine çok fazla bir etki sağlamadığı anlaşılmıştır.

Hasta hakları alanında daha fazla eğitim almanın hasta hakları bilinirliğini artıracakları anlaşılmıştır (Silja Iltanen, 2011: 436-447).

Konu ile ilgili Cotur’un yapmış olduğu araştırmada ise; katılımcı sağlık personellerinin %44’ü Hasta Hakları Yönetmeliğinden haberdar olduklarını belirtirken, Hasta Hakları Yönetmeliğini okuduğunu beyan eden sağlık personeli oranı ise sadece %27’dir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin %50.3’ü hasta

hakları konusunda eğitime ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir (Çotur, 2013, s. 74-111).

Saraç'ın yapmış olduğu diğer bir benzer araştırmada sağlık personelinin eğitim alma oranı %13.9 eğitim almayan personel oranı %86.1 olarak tespit edilmiştir. (Saraç, 2009: 34).

Kibar'ın konu ile ilgili sağlık çalışanlarına yönelik yapmış olduğu çalışmada ise; sağlık çalışanlarının %51.9'unun hasta haklarını bildiği saptanmıştır. KİBAR sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi açığını kapatacak en önemli yaklaşımın eğitim olduğu düşünülmektedir (Kibar, 2010: 108-129).

Özer A.'nın Kayseri ilini temsil eden hekimlerle yaptığı çalışmada, hekimlerin %56.1'i ülkemizde hasta hakları ile ilgili bir yasal mevzuat olduğunu bildiğini, %92.1'i adını bilmediğini, %67.7'si mevzuatı okumadığını söylemişlerdir (Özer, 2003: 139-141).

Kurtcebe'nin benzer araştırmasında hasta haklarıyla ilgili eğitim ihtiyacı olduğunu düşünen araştırma görevlilerinin yüzdesi 61.5'tir. Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin %30.9'u hasta hakları yönetmeliğini duyduğunu, %7.0'ı ise yönetmeliği okuduğunu ifade etmiştir. Yapılan çalışmada araştırma görevlilerinin hasta haklarıyla ilgili eğitim alma durumuna göre hasta hakları bilgisi değerlendirildiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Eğitim almayanların %27.3'ü, alanların %1.1'i hasta hakları konusunda bilgisinin olmadığını düşünürken, eğitim almayanların %38.2'si, alanların %70.2'si bu konuda bilgili olduklarını ifade etmişlerdir. Kurtcebe yapmış olduğu araştırmasının sonuçlarına göre hasta hakları konusunda sağlık personelinin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitime gereksinim duyduğu ortaya çıktığını ifade etmektedir (Kurtcebe, 2009: 145-192).

Süzek ve arkadaşlarının sağlık çalışanı adaylarına yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, eğitim alanların eğitim almayanlara göre hasta hakları bilgi puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Süzek, Eksen , & Özkan, 2004, s. 1-8).

Başkent Üniversitesinde Erdem'in yaptığı çalışmada da sağlık çalışanlarında, eğitim alanların bilgi düzeyi skoru eğitim almayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (Erdem, 2007: 102).

Aydemir'in yapmış olduğu çalışmada da sağlık çalışanlarının eğitim düzeyinin artırılması ile sağlık hizmet sunumunun kalitesinin artacağı açıktır (Aydemir, Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi, 2011).

Tanrıverdi ve zmen'in yapmış oldukları araştırma sonucunda da sağlık çalışanlarının hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri ile hasta memnuniyeti arasında olumlu bir ilişki olduğu anlaşılmıştır (Tanrıverdi & zmen, 2011).

Kılıçarslan ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırma sonucuna göre de; sağlık çalışanlarının kaliteli sağlık hizmeti sunabilmeleri için hasta haklarına yönelik algı düzeylerinin periyodik eğitimlerle yükseltilmesi gerekmektedir (Kılıçarslan, Yılmaz, & Tarım, 2012-3).

Sonuç olarak çalışmamız bir hastanede görev yapan Hemşirelerin hasta hakları ve hasta memnuniyeti üzerine tutumlarını ölçmek üzere uygulanmış ve farklılaşan hususlar detaylı olarak ortaya konulmaya çalışılmıştır. Özellikle tutum ölçekleri ile alt gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılıklar belirtilmiştir. Son olarak yapılan Scheffe testi ile de her bir tutum leğine verilen cevaplar; daha önce hasta hakları ve memnuniyet ile ilgili eğitim alma ya da almama durumlarına göre ayrıştırılmıştır. Buna göre hasta haklarının ve memnuniyetinin sağlık sektöründe ve sağlık çalışanları arasında yaygınlaştırılmasının en önemli yönteminin eğitim alma olduğu çalışmada tespit edilmiştir. Buna göre gerekli eğitimlerin planlanması, sürdürülmesi ve belli aralıklarda tekrarlanması hasta hakları ve memnuniyeti açısından son derece önemli olarak tespit edilmiştir.

KAYNAKÇA

- Adalet Bakanlığı. (2005, 6 1). *Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik*. 11 09, 2013 tarihinde www.resmigazete.gov.tr: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/06/20050601-13.htm>.
- Akdur, R. (1997). Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları. *Türkiye Klinikleri ve Tıbbi Etik Dergisi*, 43-49.
- Akıncı, B. (2009). *Hasta Hakları Birimi Uygulamasında Kozan Devlet Hastanesi Örneği*. Niğde: Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı.
- Akpınar, K. (2008). *Acil Servislerde Hasta Hakları (Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği) (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2010). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. (2013, 11 10). *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü*. 11 22, 2013 tarihinde asm.gov.tr: <http://asm.gov.tr/DunyadaHastaHaklari.smt>.
- Annas, G. J. (1992). *The Rights of Patients*. Springer Science+Business Media, LLC.
- Arslan, E. (2010). *Türkiye’de Hasta Hakları, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı.
- ASOŞEAH. (2013). *Hasta Hakları İstatistikleri*. Amasya: ASOŞEAH Eğitim Birimi.
- Aşkar, A. (2006). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Kütahya: Dumlupınar Üniversitesi.

Atalay, C., & Karan, U. (2009, 01 15). *Sağlık Hakkı Nedir? Uluslar Arası Belgelerle Sağlık Hakkı*. 11 28, 2013 tarihinde www.hastahaklari.org:
<http://www.hastahaklari.org/saglikhak-ic.htm>.

Aydemir, İ. (2010). *Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi (Doktora Tezi*. Anlara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Aydemir, İ. (2011). Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 101-102.

Aydiner, A. H. (2006). *Bursa'daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

Bali Bildirgesi. (1995, 10). *Hastahaklari.org*. 10 13, 2013 tarihinde www.hastahaklari.org: <http://www.hastahaklari.org/bali1.htm>.

Barofsky, I. (2003). Patients' rights, quality of life, and health care system performance. *Quality of Life Research*, 473-484.

BM. (1948, 12 10). *BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi*. 10 03, 2013 tarihinde www.tbmm.gov.tr: <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>.

Bostan, S. (2005). *Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri*. 12 12, 2013 tarihinde sbu.saglik.gov.tr: <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/ihlalnedenleri.htm>.

Çotur, H. (2013). *Hasta Hakları ve Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Personeli İle Hastaneye Müracaat Eden Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Seviyelerinin Ölçülmesi*. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalı.

Demir, M. Ö. (2012). *Sosyal Bilimlerde İstatistiksel Analiz:SPSS 20 Kullanım Kılavuzu*. Ankara: Detay Yayıncılık.

Dirk Devroey, M. D. (2013). The Perception of Patints' Rights Among Belgian Population. *Cent Eur J Public Health*, 109-117.

Diyanet İşleri Başkanlığı. (2015, 01 07). Hastanelerde Manevi Destek Sunmaya Yönelik İşbirliği Protokolü www.diyamet.gov.tr:
<http://www.diyamet.gov.tr/tr/icerik/hastanelerde-manevi-destek-donemi-basliyor> %E2%80%A6/25477.

- Erdem, Ö. (2007). *Sağlık Personeli ve Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Uygulanan Müdahale Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi)*. Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.
- Erdemir, A. D., & Elçioğlu, Ö. (2000). *Tip Etiği İlkeleri Işığında Hasta ve Hekim Hakları . Baskı*. Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Fişek, N. *Prof.Dr.Nusret FİŞEK Kitaplaşmamış Yazıları (1997) 12 13, 2013 tarihinde saat 23:30'da Türk Tabipler Birliği: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html*.
- Gök, Ö. *Hak ve Özgürlükler Kavramı - İnsan Hakları Kavramının Özellikleri*. 17.01.2013 tarihinde saat 21:36'da www.egm.gov.tr: <http://www.egm.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/33/makale/>
- Görkey, Ş. (2003). *Hasta Hakları*. 10 14, 2013 tarihinde www.ism.gov.tr: http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/indir/ULUSLARARASI_HASTA_HAKLARI.pdf.
- Hakeri, H. (2011, 3 7). *Hasta Hakları Konulu 3. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi İzlenimleri*. 10 12, 2013 tarihinde www.medimagazin.com.tr: <http://www.medimagazin.com.tr/authors/hakan-hakeri/tr-hasta-haklari-konulu-3-uluslararasi-tip-hukuku-kongresi-izlenimleri-72-64-2742.htm>.
- Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği. (2013, 10 12). *adatum..org*. www.adatum..org: <http://www.adatum..org/>
- Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği. (2013, 11 23, saat 22:03). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği*. www.hayad.org.tr: <http://www.hayad.org.tr/>
- Hasta ve Yakınlarını Savunma Derneği . (2013, 10 11). *hayasad.dernegi.com*. www.hayasad.dernegi.com: www.hayasad.dernegi.com.
- Hatırnaz, G. (2007). *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- İnceoğlu, S. (1999). Hasta Hakları Yönetmeliğine İlişkin Düşünceler. N. E.-Ü. GÜNDOĞMUŞ içinde, *1.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı* (s. 17). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi.

- Kaçar, H. (2008). *Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.
- Kapani, M. (1987). *İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları*. Ankara: Bilgi Yayınları.
- Kibar, N. (2010). *1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi: Bahçeli Evler Örneği Üzerine Bir Araştırma (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bim Dalı.
- Kılıçarslan, N., Yılmaz, F., & Tarım, M. (2012-3). Hasta Haklarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*, 47-60.
- Kurtcebe, Ö. Z. (2009). *Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta Ve Yakınları İle Araştırma Görevlilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)*. Ankara: Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.
- Leila Dehghan, H. D. (2013). Occupational therapists and patients' rights: their level of clinical knowledge. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 1-6.
- Merakou, K., & Tragakes, E. (1999). Development of Patients' Rights Legislation. *European Journal of Health Law*, 71-81.
- Mold, A. (2012). Patients' Rights and the National Health Service in Britain, 1960s-1980s. *American Journal of Public Health*, 2030-2036.
- Odyakmaz, Z. (2011 Sayı:5). İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 10-15.
- Özcan, H. (1985). *Ansiklopedik Hukuk Sözlüğü (6. baskı)*. Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Özer, A. (2003). *Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. Kayseri: Erciyes Üniversitesi.
- Özkan, E. (2007, 5 7). <http://bilheal.bilkent.edu.tr>. 12 5, 2013 tarihinde bilheal.bilkent.edu.tr:<http://bilheal.bilkent.edu.tr/aykonu/ay2007/Mayis07/hastahaklari.html>.

Özlu, A. (2012). *Hasta HHakları Çalışanlar Danışma İhtiyacına Yönelik Çevrimiçi Mesleki Gelişim Sürecinin Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lians Tezi)*. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Özlu, T. (2003). *Hekiminizi Nasıl Alırdınız?* İstanbul: Kaktüs Yayınları.

Özlu, T. (2005). *Hasta Hakları: Hakkınız Var Çünkü Hastasınız*. İstanbul: Timaş.

Özlu, T. (tarih yok). *AB Hasta Hakları Düüzenlemesi*. 11 02, 2013 tarihinde www.haksay.org: <http://www.haksay.org/?q=node/25>.

Parsapoor, A. M. (2012). Necessity of Observing Patient's Rights: A Survey on the Attitudes of Patients, Nurses and Physicians. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 1-9.

Rider, M. E., & Carole, J. (2002). Comparative Analysis of Patient's rights: The United States and the European Union. *Consumer Interests Annual*, 48-(1,3).

Sağlık Bakanlığı. (2005, 5 26). *Türk Tabipler Birliği*. www.ttb.org.tr/mevzuat: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=119:hasta-haklari-uygulama-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34.

SB *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*. (2013) Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü *Hasta Hakları Yönetmeliği*. (1998, 8 1). 10 12, 2013 tarihinde saat 23:00'da mevzuat.basbakanlik.gov.tr: <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Hasta%20Haklar%C4%B1%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi>.

Sağlık Hakkı Hareketi Derneği. (2013, 10 12). www.saglikhakki.org. Sağlık Hakkı: <http://www.saglikhakki.org/>

SARAÇ, A. (2009). *Trabzon İl Merkezinde Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Kendi Hakları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). TRABZON: Karadeniz Teknik Üniversitesi.

Savaş, H. A., Coşkun, A., & v.d. (2002-40 (3)). Türkiye'deki Psikiyatrislerin Hastanın Bilgilenme Hakkına İlişkin Tutumları. *Yeni Senpozyum Dergisi*, 83-89.

- Savaşkan, F. (2006). *KKTC'deki Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire Ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılığının Belirlenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı.
- SAYEK, F. (2009). *Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler (2. Baskı)*. ANKARA: Türk Tabipler Birliği.
- SB Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Evde Yatağa Bağımlı ve Son Dönem Hasta Bakıcısı Yetiştirme Eğitimi*. Ankara: Anıl Reklam Matbaa.
- SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2003). *Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge*. 11 03, 2013 tarihinde www.tbmm.gov.tr: http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/belge/um_sagliktesislerindehastahaklari.pdf.
- SB Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu (2014, Şubat) Eskişehir: YÖK, Sağlık, Maliye ve Kalkınma Bakanlıkları.
- SB *Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik* (2014, 05 08), 05.09.2014 tarihinde 21:45'te Resmi Gazete: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>.
- Sert, G. (2004). *Uluslar Arası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları*. İstanbul: Babil Yayınlar.
- Seyidoğlu, H. (2009). *Bilimsel Araştırma ve Yazma El Kitabı (10. Baskı)*. İstanbul: Kurtiş Matbaacılık.
- Silja Iltanen, H. I. (2011). Knowledge about patients' rights among professionals in public health care in finland. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 436-447.
- Sümbüloğlu, V., & Sümbüloğlu, K. (2004). *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri (5. Baskı)*. Ankara: Şahin Matbaası.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Çiviazıları.
- Süzek, H., Eksen , M., & Özkan, N. (2004). 2002-2003 eğitim öğretim yılında Muğla Sağlık Yüksek okulunda okuyan öğrencilerin hasta hakları konusunda bilgi

düzeylemelerinin belirlenmesi. . ISSN: 1303-5134, 2004 (www.insanbilimleri.com).
İnsan bilimleri dergisi.

Şahin, Y. (2005, Nisan) 22.11.13 tarihinde saat 20:47'de Sızıntı dergisi:
<http://sizinti.com.tr/konular/ayrinti/hasta-haklari.html>.

Tanrıverdi, H., & Özmen, M. E. (2011). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 05-107.

TBMM. (1996). *Avrupa Sosyal Şartı*. www.tbmm.gov.tr:
<http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2009, 03 23). *Hasta Hakları Uygulama Genelgesi (23.03.2009 tarih ve 11706 sayı*. www.giresunadsm.gov.tr:
http://www.giresunadsm.gov.tr/syf/sayfalariGoster.aspx?sayfa_ID=16.

Tengilimlioğlu, D. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi (Geliştirilmiş 4. Basım)*. Ankara: NOBEL Yayınevi.

TKHK. (2012). *2012 Yılı Hasta Hakları İstatistikleri*. Ankara: TKHK Çalışan ve Hasta Sağlığı Daire Başkanlığı.

Tsolova, S. (2003). Patient's Rights in Bulgaria. *European Journal of Health Law*, 281-293.

Tsyboulsky, V. B. (2001). Patients' Rights in Russia. *European journal of Health Law*, 257-263.

Türk Tabipler Birliği. (2005, 2 12). *Tıbbi Deontoloji Tüzüğü*. www.ttb.org.tr:
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=31.

Türk Dil Kurumu. <http://www.tdk.gov.tr>. 11 05, 2013 tarihinde Türkiye Dil Kurumu:
<http://www.tdk.gov.tr>.

Yanardağ, U. (2013). *Hasta Hakları Alanındaki Kavram Sorunları ve Uygulamaya Yansımaları: İstanbul İli Örneği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Hakları Anabilim Dalı İnsan Hakları Programı.

Yaunt, L. (2001). *Patients' Rights in the Age of Managed Health Care*. New York: Facts on File.

17/II, T. C. (1982, 11 9). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. 12 17, 2013 tarihinde www.mevzuat.gov.tr:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.2709&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>.

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Y. T. (1961, 01 01). *224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. 12 05, 2013 tarihinde www.saglik.gov.tr: <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>.



EKLER

1. Ek-A: Araştırma Anketi	206
2. Ek-B: Araştırma İzin Yazısı	210



Ek-A: Araştırma Anketi

AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE
HASTA HAKLARININ UYGULANMASINA YÖNELİK (HEMŞİRELERE)
ANKET UYGULAMASI

Aşağıdaki anket uygulaması Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde yapılmakta olan “Türkiye’deki Hasta Haklarının Geçmişten Günümüze Gelişimi ve Amasya Devlet Hastanesinde Bir Uygulama” adlı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili olup buradan elde edilecek bulgular tamamen bu araştırma için kullanılacak; başka hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Anket sorularını cevaplarken ad-soyad yazmanız gerekmemektedir. Katıldığınız düşünceye ait kutucuğa ya da seçeneğin önüne (X) işareti koymanız yeterlidir. Değerli vaktinizi ayırarak bu çalışmaya katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Rauf ALTUN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme (Sağlık Kurumları İşletmeciliği)
Yüksek Lisans Öğrencisi
raufaltun@mynet.com

ANKET FORMU

Lütfen kendinizin katıldığını düşündüğünüz yargıya karşılık gelen yeri işaretleyiniz ya da kutucuğa (X) işareti koyunuz:

1. Cinsiyetiniz?

- a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız?

- a) 25 ve altı b) 26 -35 c) 36 – 45 d) 46 ve üstü

3. Medeni durumunuz?

- a) Bekar b) Evli c) Dul

4. Eğitim Durumunuz?

- a) Lise ve Dengi b) Yüksek Okul c) Lisans d) Yüksek Lisans ve Üstü

5. Kaç yıldır görev yapmaktasınız?

- a) 1-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d) 16-20 yıl e) 20 yıl ve üzeri

6. Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır görev yapmaktasınız?

- a) 1-3 yıl b) 4-6 yıl c) 7-9 yıl d) 10 yıl ve üzeri

7. Bugüne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

- a) Hiç almadım b) 1 kez c) 2 kez d) 3 + kez

8. 7.soruya cevabınız evet ise Hasta Hakları ile ilgili eğitimi nereden aldınız? Çoklu seçenek işaretleyebilirsiniz.

- a) Ortaöğrenimim sırasında
b) Yükseköğrenimim sırasında
c) Şu anki kurumum bünyesinde düzenlenen hizmet içi eğitimim sırasında
d) Şu anki kurumum bünyesi dışında düzenlenen hizmet içi eğitimim sırasında
e) Şu anki kurumum bünyesinde düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı ile
f) Şu anki kurumum bünyesi dışında düzenlenen kongre sempozyum sertifika programı ile

Tablo A.1: Anket formu.

Sıra	Yargılar	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
9	Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.					
10	Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.					
11	Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.					
12	Hasta hakları yükselen bir değerdir.					
13	Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.					
14	Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.					
15	Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.					
16	Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.					
17	Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.					
18	Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.					
19	Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.					
20	Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.					
21	Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.					
22	Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.					
23	Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir.					
24	Hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmelidir.					

Tablo A.1 (Devam): Anket formu.

Sıra	Yargılar	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
25	Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır.					
26	Hasta ve yakınları dilek ve şikayetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.					
27	Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.					
28	Hastanın herhangi bir personelden şikayetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.					
29	Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.					
30	Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.					
31	Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesin de bir ölçüt olmalıdır.					
32	Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir.					
33	Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.					
34	Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir.					
35	Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb. araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.					
36	Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir.					
37	Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.					
38	Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır.					

Ek-B: Araştırma İzin Yazısı



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Amasya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**


Sayı :14071929/774 **3318**
Konu :Anket Uygulaması

11/10/2013

**Sayın Rauf ALTUN
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Sıhhiye/ANKARA**

İLGİ:13/08/2013 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçeniz incelenmiş olup; Genel Sekreterliğimize bağlı Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesinde “**Türkiye’deki Hasta haklarının Geçmişten Günümüze Gelişimi ve Amasya Devlet Hastanesinde Bir Uygulama**” adlı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili anket uygulaması uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.


**Dr. Fatma ZİYAGİL
Genel Sekreter. a
İdari Hizmetler Başkanı**

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Rauf ALTUN
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum Yeri ve Tarihi : Göynücek/1982
Medeni Hali : Evli
Adres : Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yenişehir/ANKARA
E-Posta Adresi : raufaltun@gmail.com
İletişim : 03125655331-05052125246

EĞİTİM

Lise : 70. Yıl Göynücek Sağlık Meslek Lisesi, 1999
Ön Lisans : Gazi Osman Paşa Üniversitesi Turhal Sağlık Hizmetleri Yüksek Okulu Hastane Yönetimi ve Organizasyonu Bölümü, 2003
Lisans : Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, 2006
Lisans : Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü, 2008

MESLEKİ DENEYİM

2005-2008 Amasya İl Sağlık Müdürlüğü Taşova Sağlık Grup Başkanlığı Tekke Sağlık Ocağında Sağlık Memuru(Toplum Sağlığı Teknisyeni),
2008-2009 Amasya İl Sağlık Müdürlüğü Göynücek Sağlık Grup Başkanlığı Merkez Sağlık Ocağında Sağlık Memuru(Toplum Sağlığı Teknisyeni),
2009/2010 Türk Silahlı Kuvvetleri Samsun Sahra Sıhhiye Okul Komutanlığı Emrinde Subay Kurs Taburu ve Gökberk Taburlarında Asteğmen ve Teğmen Rütbelerinde Takım Komutanlıkları,
2010-2012 Göynücek İlçe Hastanesi'nde Acil Servis ve 112 Acil Ambulans hizmetlerinde görevli Sağlık Memuru(Toplum Sağlığı Teknisyeni), Acil Servis, 112 İstasyonu, Kurum Personel ve Özlük Birim Sorumlulukları

2012-... Halen S.B. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı Başkan Yardımcısı Danışmanı (Sağlık Memuru)

YABANCI DİL

İngilizce

