

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**KKTC'DEKİ YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA
ÇALIŞAN HEMŞİRE VE HEKİMLERİN HASTA
HAKLARINA DUYARLILIĞININ BELİRLENMESİ**

FATMA SAVAŞKAN

**DANIŞMAN
YARD.DOÇ. DR. RENGİN ACAROĞLU**

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

İSTANBUL-2006

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

"Ad Soyadı" (İmza)

Fatma Savaskan


TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğini anlamamı sağlayarak mesleğime bakışımı değiştiren ve geliştiren hocam Sn.Prof.Dr. Kamerya Babadağ'a,

Tezimi hazırlamamda benden sabır ve desteğini esirgemeyen Yard.Doç.Rengin Acaroğlu'na, ve başta Prof.Dr. Türkinaz Aştı olmak üzere Hemşirelik Esasları Anabilim dalının tüm öğretim elemanlarına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	V
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	45
6. KAYNAKLAR.....	52
FORMLAR.....	55
ÖZGEÇMİŞ.....	64

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 3. 1. Hasta Haklarına İnanç Formunun Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı.....	25
Tablo 3 2. Hasta Haklarına İnanç Formunun Alt Boyutları ve Ait Oldukları Maddeler	26
Tablo 3.3. ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımı	27
Tablo 3. 4. ADA'nın Alt Boyutları ve Ait Oldukları Maddeler.....	28
Tablo 4.1. Hemşire ve Hekimlerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 4.1.1. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Durumlarını Değerlendirmelerine Ait Bulguların Dağılımı	32
Tablo 4.1.2. Hemşire ve Hekimlerin. Çalışılan Kurumda Hasta Haklarını Koruyan Kurulun Varlığını Bilme Durumlarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.1.3. Hemşire ve Hekimlerin Hastanede Hasta Haklarını Koruyan Bir Kurulun Gerekirliğine Ait Görüşlerinin Dağılımı.....	33
Tablo 4.2. Hemşire ve Hekimlerin. Hasta Haklarına İnançlarına Ait Bulguların Dağılımı	34
Tablo 4.2.1. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına İnançlarının Yaş Karşılaştırmasına Ait Bulguların Dağılımı	35
Tablo 4. 2. 2. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına İnançlarının Cinsiyetle Karşılaştırmasına Ait Bulguların Dağılımı	36
Tablo 4. 2. 3. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına İnançlarının Çalışma Yılı ile Karşılaştırılması sına Ait Bulguların Dağılımı.....	38
Tablo 4.3. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılığına Ait Bulguların Dağılımı	39
Tablo 4. 3.1. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılıklarının Yaşları ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Dağılımı	40
Tablo 4.3.2. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılıklarının Cinsiyet ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Dağılımı	42
Tablo 4.4.3. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılıklarının Çalışma Yılı ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Dağılımı.....	43
Tablo 4.5. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına İnanç Puanları ile Ahlaki Duyarlılık Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular	44

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ADA : Ahlaki Duyarlılık Anketi

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

ICN : Internatinoal Council of Nursing (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)

MSQ : Moral Sensitivity Questionnaire (Ahlaki Duyarlılık Anketi)

ANA : Amerikan Nursing Assosiation(Amerikan Hemşireler Birliği)

UKCC: İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi

ÖZET

Savaşkan F. KKTC'deki Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılıklarının İncelenmesi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Yüksek Lisans. İstanbul. 2006

Araştırma, KKTC'de yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hekimlerin hasta hakları konusundaki inançlarını ve etik duyarlılıklarını incelemek amacı ile planlandı.

Araştırmanın evrenini; KKTC'de yataklı tedavi kurumlarında çalışan tüm hemşire ve hekimlerden oluştu. Araştırmanın örneklemini ise tabakalı örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmaya istekli 72 hemşire ve 42 hekim oluşturdu.

Araştırma verileri; Bireysel bilgi formu, hasta haklarıyla ilgili literatür çalışması yapılarak hazırlanmış Hasta Haklarına İnanç formu ve Ahlaki Duyarlılık Anketi kullanılarak elde edildi.

Araştırmanın İstatistik analizinde; Frekans ve yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki-kare, Pearson korelasyon, ANOVA, t Testi kullanıldı.

Araştırma bulguları: Çalışmaya katılan hemşire ve hekimlerin %54'ünün hasta hakları konusunda bilgili olduğu, %42 si kısmen bilgili, %3.5'inin ise hasta hakları konusunda bilgiye sahip olmadığı gözlemlendi. Hemşire (sd 32.63, x 10.46) ve hekimlerin (30.45 art ort 10.64) hasta haklarına inançlarının beklenen düzeyde olmadığı görüldü. Hasta haklarına inanç konusunda hemşire ve hekimler arasında, anlamlı farklılık yoktu. ($t = p > 0.05$) Hemşire (80.53 +_ 28.87) ve hekimlerin (73.26, +_ 27.34) ahlaki duyarlılık düzeylerinin ise ortalamanın altında, hafifçe yüksek olduğu belirlendi. Ahlaki duyarlılık açısından hemşire ve hekimler arasında, anlamlı farklılık yoktu. ($t = p > 0.05$) Hasta haklarına inanç ile ahlaki duyarlılık arasında pozitif bir ilişki olduğu, hemşire ve hekimlerde hasta haklarına inanç arttıkça ahlaki duyarlılığın da arttığı belirlendi. ($r = 0.95$)

Anahtar Kelimeler: Hasta hakları, Etik, Ahlaki Duyarlılık, Hemşirelik, Hasta hakları Savunuculuğu

ABSTRACT

Savaşkan.F Determination of Sensitivity on Patient Rights of Nurses and Physicians Working at Public Hospitals in TRNC. İstanbul University , Institute of Health Sciences, Nursing Basics. Master Program. İstanbul 2006

The research is planned as a descriptive study; Determination of Sensitivity on Patient Rights of Nurses and Physicians Working at Public Hospitals in TRNC and bringing on agenda the necessity of discussing the topic on a scientific level

The survey includes nurses and physicians who work in hospitals in TRNC.The sample group is made up of random 72 nurses and 42 physicians who were willing to participate in the survey.

The datum of the survey is gathered through individual knowledge forms, survey sheets prepared after literature work on belief of patient rights form, and MSQ (Moral Sensitivity Questionnaire).

Statistical Analysis of Survey: Frequency and percentage, average, standard deviation, Chi-square, Pearson correlation, ANOVA t test was used for the Statistical Analysis of the research.

Research findings: While 54% of the participants of the study were well-informed on patients' rights, 42% were partly informed and 3.5% has no information on patients' rights. It was observed that the belief of nurses (32.63, 10.46) and physicians in patients' rights was not at the expected level. There is no significant difference between the nurses and physicians ($p>0.05$). Moral sensitivities of nurses (80.53 28.87) and physicians (73.26 27.34) were designated as below the average and slightly high. There is no significant difference between nurses and physicians on the point of view of moral sensitivity ($p> 0.05$). When looked into the relation of the belief on patients' right and the moral sensitivity, it was determined that there was a positive relation and that in parallel of the increase in the belief on patients' rights of nurses and physicians, the moral sensitivity has increased. ($r= 0.95$)

Key words: Patient rights, ethics, moral sensitivity, patient advocacy, nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan hakları, insanın tüm yönleriyle kişiliğini korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan evrensel ilke ve kurallar bütünü olarak tanımlanmaktadır. İnsan hakları, insan onurunu güvence altına alan haklardır.

İnsan hakları tarihi, uzun ve özverili bir geçmişe sahiptir. Adım adım gerçekleşen gelişmelerin ürünüdür. İnsan haklarındaki gelişme, “olması gereken” hakların “olanlara” dönüşmeye, yani yazılı ulusal ve uluslararası hukuka girerek güvenceye alınmasıyla, devam etmektedir.

Herkesin yeterli sağlık bakımı ile sağlığının korunması ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması, temel insan hakları arasında bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olması ise, hasta haklarının en önemli amacını oluşturmaktadır.

Hasta haklarına dayalı bir sağlık hizmeti anlayışı çağdaş yaklaşımlardan en önemlisidir. Son yıllarda bilim ve teknolojideki gelişmeler, tedavi ve bakım girişimleri konusunda hastaların bilgilendirilmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle, insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. KKTC’de ise hasta hakları ile ilgili yasal bir döküman bulunmamakta, sağlık bakım çalışanları hizmet verdikleri bireye deontoloji kuralları çerçevesinde davranmaktadır. Oysa hekim, hemşire ve diğer sağlık bakımı disiplinlerinin hasta hakları ilkelerini göz önünde bulundurması ve bunu davranışları ile sergilemesi optimal sağlık ortamının oluşturulmasında en önemli unsurlardan biridir. (Basson, 1995;, Leenen & Gevers, 1993). Bu bağlamda tez, KKTC’de yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hekimlerin hasta hakları konusundaki duyarlılıklarını belirleyerek, konunun yasal bir temelde-bilimsel olarak ele alınması gerekliliğini gündeme getirmek amacı ile planlanmıştır.

Bu amaçla çalışmanın soruları aşağıda gösterildiği şekilde düzenlenmiştir.

- Hemşire ve hekimlerin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyleri nedir?

- Hemşire ve hekimlerin hasta haklarına inançları nasıldır?
- Hemşire ve hekimlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin hasta haklarına inançları arasında ilişki var mıdır?
- Hemşire ve hekimlerin ahlaki duyarlılık düzeyleri nedir?
- Hemşire ve hekimlerin bireysel ve mesleki özellikleri ile ahlaki duyarlılık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Hemşire ve hekimlerin hasta haklarına inançları ile ahlaki duyarlılık düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HASTA HAKLARI KAVRAMI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

İnsan hakları ile ilgili bilinen ilk belgenin Hammurabi Kanunları olduğu kabul edilir (M.Ö.2500) Babil kralı Hammurabi'nin adıyla anılan bu kanunlar bir yönetici tarafından halka ilan edilen en eski kanun olarak bilinmektedir Hammurabi kanunlarında yer alan pek çok ilke insan haklarına önem vermesi açısından önem taşımaktadır.289 madde içeren bu kanunda hekimlerle ilgili kurallar da yazılıdır.(Aktan, 2006)

Günümüzde tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat (Hippocrates) (M.Ö 4.yy) Öğretisi genelde etik (ahlaki değerler) ağırlıklıdır. Hipokrat yemini tıbbi etik ile ilgili bilinen en eski metindir ve prensipleri değişikliğe uğramış olsa bile zaman, yer, sosyal düzen ve dinlerden bağımsızdır.

Hipokrat'ın ilk kuralı; hekimin gerek düşünceleri gerekse seçtiği tedavi ile “hastaya zarar vermemesi” dir. Hipokrat yemini hekimlik san'atının önemli sembollerinden birisidir. Hippokrat andı herhangi bir bağlayıcılığı ve yasal yaptırımı olmamasına rağmen metin hekimlik tarihi ve yasaları açısından önem taşımaktadır.

Magna Charta;1215'te çıkarılan büyük ferman İnsanların, yalnızca insan oldukları için doğuştan bazı hakları olduğunu belirtmekte ve devletin insanın doğal haklarına saygı duyması gerektiğini vurgulamaktadır. Halkın şahsi masumiyetini ve şahsi haklarını tanıyan ilk siyasi vesikadır, Magna Charta ile "insan haklarının temelini" kazandırıldığına inanılır.(Aktan, 2006)

1.Kuşak İnsan Hakları: Kişisel ve siyasal haklardır. Özelliği koruyucu haklar olmasıdır. Devleti sınırlandırır, devlet kişinin özel alanına girmez. Siyasal haklar, yönetime katılma ve mülkiyet hakkı, yurttaşlık ve vergi yükümlülüğü bu kuşak haklardandır.

2. Kuşak İnsan Hakları: Ekonomik, sosyal ve kültürel haklardır. Temelinde sosyal eşitlik olan bu haklar sanayi devrimi sonrası ortaya çıkmıştır. Sosyal eşitsizlikler ve işçi sınıfının bu eşitsizliklere gösterdiği tepkiler sonucu oluşmuştur. Bu tür hakların oluşmasıyla “Sosyal Devlet” anlayışı belirlenmiştir. Temel insan hakları, bu kategoride yer almaktadır.

3 . Kuşak İnsan Hakları: Teknolojinin ve bilimsel ilerlemenin yarattığı sorunlar sonucu gelişmiştir. Bu kuşak haklara örnek olarak, eğitim, çocuk, kadın ve hasta hakları sayılabilir.

4. Kuşak İnsan Haklarının da gelişmeye başladığı varsayılmaktadır. Dördüncü kuşak insan haklarına örnek olarak, bilimin kullanılmasını önleme amacıyla insan kopyalamayı önleme verilebilir. (Annas 1992; Babadağ, 1990; Mchale &Gallahner 2003,)

İkinci kuşak insan hakları, ABD Bağımsızlık Bildirgesi(1776), "Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannamesi". ve Amerikan Haklar Bildirgesi (1791) olarak adlandırılır. (Aktan, 2006)

Etik kodlara Nurnberg kodu olarak eklenen kod, 1947 yılında Nazi kamplarında esirlere yapılan işkencelerden dolayı mahkum edilen hekimlerden yola çıkılarak hazırlanmıştır.Bu hekimler bilimsel tecrübelerini insanlara işkence etmek için kullanmışlardı (Kapp 1999; Ulusoy 2004)

İnsan haklarının evrensel bir boyut kazanması ise Birleşmiş Milletler 10 Aralık 1948'de yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile gerçekleşmiştir. Bütün insanlara tanınan temel hakları belirten bu bildiri her iki dünya savaşının yarattığı dehşet ve meydana getirdiği yıkımdan ürkmenin bir sonucu olarak ortaya konulabilmiştir. 1948'de Birleşmiş Milletler uluslararası düzeyde genel insan hakları ile ilgili bir anlaşma yapmış ve birçok ülke tarafından imza edilmiştir. Bu anlaşmada temel haklar (yaşama hakkı, mülkiyet hakkı, seçme ve seçilme hakkı) belirtilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi Madde 3; (Yaşama Hakkı) Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır. Madde 25.(Güvenlik Hakkı) 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.Bu haklar geliştikçe ayrıntılara girilmiştir. Sağlık hakkı ve ona ilişkin olarak hasta hakları, insan haklarının bu aşamasında devreye girmiştir.(Aktan, 2006)

Dünya Hekimler Birliği'nin 1949'da Londra-İngiltere'de kabul ettiği “ Uluslararası Tıbbi Etik Yasası”yla, Hipokrat Andı'nda yer alan, özellikle hizmeti alana “zarar vermeme” ilkesine kapsamlı olarak yer verilmiştir (Hatun 1999, Engelhardt 2001) .

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1900'lü yılların başından bu yana hastaların hastanelere karşı açtığı seri davalardan sonra 1973'de Amerika Hastane Birliği, “Hasta Hakları Bildirgesi”ni yayınlamıştır.(Annas,1992; Babadağ, 1990)

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1900'lü yılların başından bu yana hastaların hastanelere karşı açtığı seri davalardan sonra 1973'de Amerika Hastane Birliği, “Hasta Hakları Bildirgesi”ni yayınlamıştır. Bu bildirmede “hastanın hastalığının tanısına, tedavisine ve prognozuna ilişkin doğru, eksiksiz ve anlayabileceği dilde bilgi almaya ve akla uygun bir karar verebilmesine olanak sağlanmasını beklemeye hakkı vardır” anlatımı yer almaktadır (Annas, 1997).

Dünya Hekimler Birliği'nin 1981'de Lizbon-Portekiz'de kabul ettiği Lizbon Bildirgesi (Hasta Hakları Bildirgesi) izlemiştir.(Hatun, 1999) Bu bildirmeye göre; hastanın hekimini özgürce seçme, hiçbir baskı altında kalmadan karar verebilen hekim tarafından bakılabilme, kendisine önerilen tedaviyi kabul veya reddetmeye, kendisi ili ilgili tıbbi veya özel bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını beklemeye, onurlu bir şekilde ölmeye, ruhi ve ahlaki teselli kabul veya reddetmeye hakkı vardır. Lizbon Bildirgesi esas olarak uzun yıllardır bilinen ve uygulamaya çalışılan temel hekimlik kurallarını hasta hakları başlığı altında düzenlemiştir. Fakat sağlık hizmetleri ile ilgili birçok ayrıntılı sorun bu bildirmede yer almamıştır.(Hatun.1999; Hasta Hakları Birimi www.gov.tr (13.3.2006)

2.2. ULUSLARARASI LİZBON BİLDİRGESİ

1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlamıştır. Bu bildirme 6 maddeden oluşmaktadır.

1.Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir, 2.Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir. 3.Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir. 4.Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir. 5.Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir. 6.Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir.

Lizbon Bildirgesi'nin eksiklikleri daha sonra hazırlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (Amsterdam1994) ve Dünya Tabipleri Birliği Hasta Bildirgesi (Bali 1995) ile eksiklikler önemli ölçüde giderilmiştir.

28-30 Mart 1994'te Amsterdam'da yapılan ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nca düzenlenen toplantıda "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" hazırlanmıştır. Bu bildirgenin temel amacı, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli olmasıdır. Bu bildirmede hasta hakları altı ana başlıkta toplanarak ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır .Bu bildirmede hasta hakları sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirilme, onay, mahremiyet ve özel hayat,bakım ve tedavi olarak tanımlanmıştır Aynı bildirmede hasta haklarının geliştirilmesine yönelik stratejiler belirlenmiştir:(Leenen & Gevers, 1993)

2.3. Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (Amsterdam, 1994) :(Babadağ 2004; Hatun 1999; Leenen.and Gevers 1993)

2.3.1.Sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri.

2.3.1.1.Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.

2.3.1.2.Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.

2.3.1.3.Herkes fiziksel ve mental bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.

2.3.1.4.Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.

2.3.1.5.Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir.

2.3.1.6.Herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma fırsatı hakkına sahiptir.

2.3.2.Bilgilendirme

2.3.2.1.Sağlık servisleri ve bu servislerin en iyi nasıl kullanacağı konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.

2.3.2.2.Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonucunu, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir.

2.3.2.3.Bilgilendirme, yalnızca bilgi vermemenin hasta üzerine açık ve olumlu bir etkisinin olacağına inanmak gibi geçerli bir nedenin olduğu zamanlarda kısıtlanabilir.

2.3.2.4.Bilgi, hastanın anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı teknik terminoloji kullanımını en aza indirerek iletilmelidir. Hasta ortak dil konuşmıyorsa çeviri yapılabilir.

2.3.2.5.Hastalar kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler.

2.3.2.6.Hastalar kendi yerlerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

2.3.2.7.Hastalar ikinci bir görüş alma imkanına sahip olmalıdır.

2.3.2.8.Sağlık kurumuna kabul edilen hastalar, kendilerine bakan sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu, o kurumda kaldığı ve bakıldığı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler konularında bilgilendirilmelidir.

2.3.2.9.Hastalar, sağlık kurumundan taburcu edildiklerinde tanıları, tedavileri ve bakımlarını içeren bir yazılı özet alma ve isteme imkanına sahiptir.

2.3.3.Onay

2.3.3.1.Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur.

2.3.3.2.Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen veya durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya dikkatli bir şekilde açıklanmalıdır.

2.3.3.3.Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilir.

2.3.3.4.Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir.

2.3.3.5.Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.

2.3.3.6.Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü girişimin hastayı ilgilendirdiği yolunda ise, karar mahkemeye veya hakem heyeti benzeri merciye bırakılmalıdır.

2.3.3.7.Hastanın onay vermesinin mümkün olmadığı ve yasal temsilcisinin bulunmadığı veya bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri tahmin edilerek ve hesaba katılarak alternatif karar alma biçimi için uygun önlemler alınmalıdır.

2.3.3.8.İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için hasta onayı gereklidir. Tanı, tedavi ve hasta bakımı için madde kullanımı gereken durumlarda onay varsayılarak davranılabilir.

2.3.3.9.Klinik çalışmalara katılım için hastanın bilgilendirilmiş onayına ihtiyaç vardır.

2.3.3.10.Hastanın bilgilendirilmiş onayı) bilimsel araştırmalarda dahil edilme için önkoşuldur.

Bütün araştırma protokolleri uygun etik kurul onayı işlemlerinden geçirilmelidir. Bu tıbbi araştırmalar, yasal temsilcisinin onayı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedikçe kendi iradesini beyan edemeyen hastalarda yapılmamalıdır. Bu konuyla ilgili bir istisna, önemli bir değeri olan, alternatif yöntemleri olmayan ve başka araştırma öznesi bulunmayan araştırmalardır. Böyle bir durumda risk ve/veya yük çok azsa, kişinin itirazı yoksa, hastanın sağlığına doğrudan bir yararı olmasa da kapasite eksikliği olan bireyler gözleme dayalı araştırmalara dahil edilebilir.

2.3.4.Mahremiyet ve özel hayat

2.3.1.Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.

2.3.4.2.Hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili diğer sağlık personeline ihtiyaç söz konusu olduğunda hastanın onayı olduğu varsayılarak davranılır.

2.3.4.3.Hastanın kimliğine dair bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır.

2.3.4.4.Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğer dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir. Bu hak üçüncü kişilerin bilgilerine bakabilmeyi içermez.

2.3.4.5.Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.

2.3.4.6.Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına girilemez.

2.3.4.7.Tıbbi girişimler ancak kişinin özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. Bunun anlamı önerilen girişimin hastanın onayı veya isteğine göre ve kişinin ihtiyacı durumunda yapılabileceğidir

2.3.4.8.Sağlık kurumlarına başvuran hastalar, özellikle sağlık personelinin kişisel bakımlarını veya muayene ve tedavilerini yapacağı durumda kurumların özel hayatlarının korunmasını sağlayan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptirler.

2.3.5.Bakım ve Tedavi

2.3.5.1.Herkes, kadın ve erkek olarak koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarının karşılamaya yönelik yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalı; ayırimsız ve maddi,insani, finansman kaynaklarından bağımsız olarak hizmet verilen toplum için mevcut olmalıdır.

2.3.5.2.Hastaların, sağlanan hizmetlerinin düzeni, kalitesi ve amaçlarını içerecek şekilde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasını ilgilendiren konularda sağlık sisteminin her düzeyinde temsilci biçiminde katılmaya hakkı vardır.

2.3.5.3.Hastalar, hem yüksek teknik standartlar hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki insani ilişkiler bakımından kaliteli sağlık hizmeti hakkın sahiptir.

2.3.5.4.Hastalar, tanı, bakım ve tedavi bakımından tüm sağlık personeli ve/veya sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde bakım devamlılığı hakkına sahiptir.

2.3.5.5.Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda sağlık personelinin hasta seçimi yapması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkı dikkate alınarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır.

2.3.5.6.Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

2.3.5.7.Tıbbi nedenlerle sağlık kurumlarında daha fazla kalması gerekmeyen hastalara başka bir sağlık kurumuna veya eve gönderilmeden önce durumları tam olarak açıklanmalıdır. Başka bir sağlık kurumuna nakil ancak o sağlık kurumunun hastayı kabul etmesi durumunda yapılabilir. Durumları evine gönderilmesine uygun olan hastalar için ayaktan ve ev bakım servisleri olmalıdır.

2.3.5.8.Hastalar tanı,tedavi ve bakımları sırasında saygı görme; kültür ve değerlerine uygun şekilde davranılma hakkına sahiptir.

2.3.5.9.Hastalar bakım ve tedavileri süresince arkadaşları, akrabaları ve aileleri tarafından desteklenme ve her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakkına sahiptir.

2.3.5.10.Hastalar son bilgilerin ışığında çektikleri ızdırapların iyileştirilmesi hakkına sahiptirler.

2.3.5.11.Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, itibar içinde ölme hakkına sahiptir.

2.3. 6. Başvuru

2.3.6.1. Bu dökümanda belirtilen hakların uygulanması, yalnızca bu amaca uygun anlamları çerçevesinde mümkündür.

2.3.6.2.Bu hakların kullanılması ayırım olmaksızın sağlanmalıdır.

2.3.6.3.Bu hakların uygulanmasında, hastalar yalnızca insan hakları belgeleri ile uyumlu sınırlılıkların ve yasa ile belirlenen prosedürlerin hükmü altındadır.

2.3.6.4.Hastaların bu dökümanda belirtilen hakları kendilerinin kullanmasının mümkün olmadığı durumda, resmi temsilcileri veya bu amaçla belirleyecekleri kişiler hastalar adına sorumlu olabilirler; resmi temsilci veya hastaca atanan kişinin olmadığı durumda ise hastaların temsili için gerekli diğer önlemler alınmalıdır.

2.3.6.5.Hastalar, bu dökümanda belirtilen hakların uygulanması ile ilgili bilgi ve önerilere ulaşabilmelidirler. 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 bilgilendirmeye hakkı vardır

2.4. Bali Bildirgesi

Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi gözden geçirilerek Bali Bildirgesi yayımlanmıştır 1. Kaliteli tıbbi bakım hakkı, 2. Seçim yapma özgürlüğü, 3. Kendi kaderini belirleme hakkı, 4. Bilinci kapalı hasta, 5. Yasal ehliyeti olmayan hasta, 6. Hastanın isteğine karşın yapılan girişimler,7. Bilgilendirme hakkı , 8.Gizlilik hakkı, 9. Sağlık eğitimi hakkı , 10. Onur hakkı, 11. Dini destek hakkı olarak maddelenmiştir.

Diğer Uluslararası Referanslar DSÖ açısından en önemli dokümanlar şunlardır; (Hatun 1999; Hasta Hakları Birimi www.tyih.gov.tr (13.3.2006)

2.5. Sağlık Reformu üzerine Ljubljana Statüsü; 1996

-1997 yılında uygun bulunan 21. yüzyılda Sağlığın geliştirilmesi konusunda Jakarta Tebliği Avrupa Konseyi açısından ise, özellikle 1997 yılında gerçekleşen İnsan Hakları ve Biomedicine Toplantısı yanı sıra, sağlık tedavisi şartlarını (sistemini)

etkileyen karar verme sürecine vatandaş ve hasta katılımına yönelik kurumların geliştirilmesi ile ilgili

Tüm bu dokümanlar vatandaşların sağlık tedavisi haklarının temel haklardan geldiğini (kaynaklandığını) kabul etmekte onun için mevcut Statü ile aynı sürecin bir parçasını oluşturmaktadırlar.

2.6.Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, Roma, Kasım 2002 Temel Haklar ve Hastalara ait Haklar olarak tanımlanmış ve Hasta hakları 14 ana maddede incelenmiştir.Bu haklar;1.Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı, 2.Yararlanma Hakkı, 3. Bilgi Hakkı, 4-Rıza (onay) Hakkı, 5-Özgür Seçim Hakkı, 6-Özel Hayat ve Gizlilik Hakkı, 7-Hastaların Vaktine Saygı, 8-Kalite Standartları Hakkı, 9-Güvenlik Hakkı, 10-Yenilik Hakkı, 11-Gereksiz ağrı/acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı, 12-Kişisel Tedavi Hakkı, 13-Şikayet Hakkı, 14-Tazminat Hakkı'dır.

2.7. Özel Hasta Gruplarının Hakları

Çocuklar, “yetersiz” erişkinler, mental özürülüler ve araştırma gruplarına kişilerle ilgili bir çok Avrupa ülkesinde özel düzenlemeler bulunmaktadır.

2.7. 1.Çocuklar

Bütün ülkelerde çocuklar yasal olarak anne/çocuk, veya vasi gibi diğer kişiler tarafından temsil edilmektedirler. Bununla birlikte çocukların kendi durumları veya tedavileri konusunda fikir beyan etmesi karar süreçlerine katılmasının sağlanması konusunda ortak bir ilgi vardır. Fillandiya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Norveç gibi ülkelerde yasalar çocukların görüşlerinin alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bunun ötesinde çocukların da kendi kaderlerini belirleme hakkı olduğu üzerinde durulmaktadır.

Ailenin temsil yaşının ne zaman sona ereceği konusunda farklı uygulamalar vardır. Bununla birlikte bir çok ülkede 16 yaşından sonra çocukların kendi kendilerini temsil edebilecekleri kabul edilmektedir. Değişik yaşlarda (12,13,14,veya 15) çocukların sağlıkla ilgili konularda kısmen karar verebilme kapasitesine eriştiği kabul edilmektedir.

Çocukların aileleri tarafından temsil edilmesi her durumu kapsamamaktadır. Acil durumlarda ailenin onayı alınmıyorsa sağlık personeli gereken tıbbi girişimleri yapma hakkına sahiptir. Ailenin tedaviyi reddettiği durumlarda hekimler tedavinin

çocuğunun hayati için elzem olduğu durumlarda hekimler “çocuğun korunması” ilkesine göre gerekli tedaviyi yapabilirler. (Hatun, 1999)

2.7. 2. Yetersiz (incompetent) erişkinler

Avrupa ülkelerinin çoğunda hukuk sistemleri kendi durumları konusunda karar verme kapasitesinden yoksun kişiler için hukuki bir temsilcinin atanmasını güvence altına almaktadır. Bazı ülkelerde bu atama mahkemeler tarafından yapılmakta, hastanın kendisi de vekaletname düzenleyebilmektedir. (Hatun 1999; Kapp1999; Leenen & Gevers, 1993)

2.7. 3. Psikiyatrik Hastalar

Çocukların ve “yetersiz” erişkinlerin durumları medeni hukuk tarafından düzenlenmiş olmasına rağmen psikiyatrik hastalar için özel yasalar yoktur. Genel olarak psikiyatrik hastaların organik rahatsızlığı olan hastaların haklarına sahip olduğu kabul edilmektedir. Bununla birlikte bir kaç psikiyatri hastanesindeki gönüllü komiteler bu tür hastalarla ilgili özel düzenlemeler geliştirmektedirler. İlginç olarak bu komitelerce geliştirilen düzenlemeler Avusturya, Fransa, İngiltere, Danimarka, Hollanda gibi ülkelerde yeni yasalara klavuzluk etmektedir. Bu yasalara hastanede yaşayan hastalar konusunda aşağıdaki sorunlar konusunda görüş getirmektedir.

* Tedavi hastanın onayı olmaksızın uygulanıp uygulanmayacağını veya diğer zorunlu önlemlerin alınacağı durumlar,

* Hastaların şikayette bulunma hakkı veya mahkemelerden dışarı çıkmak için yardım istemesi.

* Bilgi edinme hakkı ve hukuksal konularda tavsiye alma hakkı

* Tıbbi tedavinin hastanın durumuna uygun olma hakkı. (Hatun 1999; Leenen& Gevers, 1993)

2.8. Bazı Ülkelerde Hasta Haklarının Durumu

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1900'lü yılların başından bu yana hastaların hastanelere karşı açtığı seri davalardan sonra 1972'de Amerika Hastane Birliği, “Hasta Hakları Bildirgesi”ni yayınlamıştır. Bu bildirmede “hastanın hastalığının tanısına, tedavisine ve prognozuna ilişkin doğru, eksiksiz ve anlayabileceği dilde bilgi almaya ve akla uygun bir karar verebilmesine olanak sağlanmasını beklemeye hakkı vardır”

anlatımı yer almaktadır. (Annas 1992, Babadağ, 1990),Yakın zamanda ABD de hasta haklarının tekrar popülerleştiği ülkeler arasına katılmış ve Eski Başkan Clinton'nun başkanlığı döneminde “Hasta Hakları Yasası” hazırlanarak kongreye sunulmuştur. Sağlık hizmetleri tartışmalarında hasta haklarının merkezi bir role kavuşması son 30-40 yılda sağlık hizmetleri ve tıbbi girişimlerin boyutlarındaki büyük değişime bağlıdır. (Hatun 1999)

2.9.Kanada

Kanada’da sağlık sistemini düzenleyen yasalar eyaletlere göre değişmektedir. Bununla birlikte herkesin tedavi hakkı yasalarca garanti altına alınmıştır. Hastanın hekim seçme özgürlüğü ve hekim değiştirme hakkı vardır. Hastaların bilgilendirilme hakkı hem yasal hem de etik standartlar ile güvence altına alınmıştır. Hastaların aydınlatılmış onayının her türlü tıbbi girişimin ön koşulu olduğu bütün eyaletlerce benimsenmiştir.(Hatun, 1999)

2.10.Avrupa’da Hasta Hakları

Yakın zamanda Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu Avrupa kıtasında yer alan Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çekoslavakya, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İsrail, İtalya, Lüksemburg, Malta, Monako, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, San Marino, İsveç, İsviçre, İngiltere hasta haklarını inceleyen bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda onay, bilgilendirme, tıbbi kayıtlara ulaşma, özel hayat ve tıbbi kayıtların saklanması, gizlilik, özel hasta grupları, hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi, resmi işlemlerin hızlandırılması başlıkları altında hasta haklarının durumu incelenmiştir. (Hatun, 1999)

2.10.1. İngiltere

İngiltere’de son beş yılda ulusal sağlık hizmeti standartlarının yükseltilmesi için Hasta Hakları Bildirgesi hazırlanmış ve bu bildirgenin temel ilkesi “Klinik gereksinim temelinde ve ödeme imkanına bağlı olmadan herkes için mevcut bulunan kapsamlı bir hizmet” olmuştur. Bu bildirge ile herkesin tıbbi tedavi görme hakkı garanti altına alınmış, bunun yanında bilgilendirilme, kişiye itibar ve saygı gibi konular ayrıntılandırılmıştır.(Hatun, 1999; Mchale & Gallangler 2003)

2.10.2.Hollanda

Hollanda Avrupa'da hasta hakları konusunda önderlik eden ülkelerdendir. Son yıllarda geliştirilen “ Model Doctor Patient Regulation” isimli metin çerçevesinde toplum çapında tartışmalar yapılmış ve sonunda hasta hakları ulusal hukuk sistemi içine alınmıştır. Bu ülkede de tıbbi tedavi hakkı, bilgilendirilme hakkı, onay hakkı, mahrumiyet ve özel hayata saygı hakkı ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Hollanda da her tedavi için onay alınması gereklidir ve major tedavilerde bu onayın yazılı olması zorunludur. Onay öncesi hastanın sorduğu tüm soruları cevaplamayı da içeren bilgilendirilme yapılması gereklidir. (Hatun, 1999; Leenen and Gevers, 1993)

2.11.TÜRKİYE'DEKİ GELİŞMELER

Türkiye'de hasta-hekim ilişkilerini düzenleyen ilk yazılı metin, Türk Tabipleri Birliği tarafından 1960'da hazırlanan “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi”dir. Bu nizamname “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipler Birliği'nin Ekim 1998'de Ankara'da yaptığı 47. Büyük Kongresi'nde kabul edilmiştir Hatun Ş.(1999)

Türkiye'de hasta hakları konusu son beş yıl içinde sağlık hizmeti tartışmalarında sözü edilen bir konu haline gelmiştir. Bu süreçte sağlık hizmetleriyle ilgili reform tartışmaları Dünya Sağlık Örgütü'nün çabaları ve Türk Tabipleri Birliği'nin hasta haklarını kamuya maletme yönündeki aktiviteleri önemli bir rol oynamıştır.

Son iki yıl içinde birisi Türk Tabipleri Birliği diğer Friedrich Ebert Vakfı tarafından olmak üzere iki kez hasta hakları konusunda toplantı düzenlenmiştir. Gerek Türk Tabipleri Birliği, gerekse ona bağlı Tabip Odaları (İstanbul ve Tekirdağ Tabip Odaları gibi) hasta hakları konusunda halkı aydınlatmayı dönük çabalar göstermiştir. Bu aktivitelerin bir sonucu olarak önce Türk Standartları Enstitüsü, sonra da Sağlık Bakanlığı “Hasta Hakları Tüzüğü” hazırlayarak tartışmaya açmıştır. Ülkemizde hasta haklarının düzenleyen bir bütün olarak düzenleyen hukuksal metin olmamakla birlikte daha önce bahsedilen hasta hakları başlıkları değişik hukuk metinlerinde dağınık bir şekilde yer almaktadır. Aşağıda temel hasta haklarının Türkiye'deki durumu özetlenmiştir.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği” 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu yönetmelik Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi'nin hemen hemen aynısıdır. Son maddesiyle farklılaşmaktadır. Bu maddeye göre Hasta Hakları Bildirgesi hastaların görüp okuyabileceği yerlere asılması zorunluluğu getirilmiştir. (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998)

Yine Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan “ Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” ile sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesi amaçlanmış ve konuya dair esas ve usuller belirlenmiştir. “Her insanın ayrımcılık yapılmaksızın tıbbi bakım görme hakkı vardır” şeklinde özetlenebilecek tıbbi bakım hakkı ülkemizde anayasa güvencesi altına alınmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 17.maddesinde “herkes, yaşama, maddi ve manevi değerlerini koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” denilmektedir. Yine anayasanın sosyal ve ekonomik haklar ve ödevler başlıkları 3.bölümü 56.maddesi sağlık hakkıyla ilgili ayrıntılı bir tutum ortaya koymaktadır. (Değer,1999)

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir, çevreyi geliştirme, çevre sağlığını korumak ve çevre kirliliğini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir

Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak insan ve madde şeklinde tasarrufla verimi arttırarak, işbirliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Sağlık hizmetlerinin en yaygın şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (Değer, 1999)

Sağlık hakkının anayasal güvence altına alınması olumlu olmakla birlikte konuyu “sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalı, ayrımsız ve maddi, insani, finansman kaynaklarından bağımsız ayrımsız olarak verilen ve toplumsal nitelikte olmalıdır” görüşü açısından bakıldığında en önemli hasta hakkı olan “Bakım ve tedavi hakkı konusunda Türkiye’de önemli sorunlar olduğu görülmektedir. (Hatun, 1999)

2.12.KKTC’de Hasta Hakları

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Hasta haklarını devlet eli ile koruyan bir düzenleme yoktur.Son yıllarda hasta hakları ile ilgili kurulmuş sivil toplum örgütleri mevcuttur.

2004 yılında hasta hakları Yasa taslakları oluşmuş, ancak henüz bir yasa çıkarılamamıştır.

Hastalar ve hasta yakınları şikayetlerini hastanelerin idari bölümlerine, Sağlık Bakanlığına veya mahkemelere, hekimler için, Kıbrıs Türk Tabipler Birliğine yapabilmektedir

Anayasanın 45.maddesinde Sağlık Hakkı şu şekilde tanımlanmıştır.

. “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. (Resmi Gazete, 1985)

2.13.Sağlık hakkı;

Uzun yıllardan bu yana Sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp her bir birey için bir ‘hak’ olduğu inancı geniş kitlelerce benimsenmiş bir görüştür.Birçok ülkede toplumdaki tüm bireylere eşit paylar düşmesini sağlamayı amaçlayan yasalar öngörülmüştür.Bu amaç doğrultusunda 1966 yılında İnsan Hakları Komisyonu, bireyin temel haklarından olan ‘Sağlık Hakkı ‘na ilişkin hedefler geliştirmiştir.Bu hedefler daha sonra uluslararası platforma taşınmış ve 1977’de Dünya Sağlık Örgütü ‘2000 Yılında Herkese Sağlık ‘sloganı olarak bilinen hareketi başlatmıştır. (Babadağ 1990, Mchale and Gallahner 2003)

Yaşamak ve sağlıklı yaşamak, temel hak ve hürriyetlerden faydalanmanın ön şartıdır ve bu yönüyle sağlık hakkı veya sağlıklı yaşama hakkı, diğer hak ve hürriyetlerden daha önemli ve önceliklidir.(Mchale and Gallahner 2003)

Sağlık hakkı; sağlıklı bir hayat sürme, bireysel sağlığı koruma ve geliştirme konusunda bütün bilgi ve becerileri kazanma, tedavi ve rehabilite edilme hizmetlerini almak üzere herkesin bütün sağlık kuruluşlarına hiçbir engel olmaksızın ulaşabilmesi demektir.((Mchale & Gallahner 2003).

2.14.Hasta Hakları ve Hasta Haklarının Korunması

İnsan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade eder. Son yıllarda başta Avrupa ülkeleri olmak üzere bir çok ülkede sağlık hizmeti tartışmalarında “Hasta Hakları” kavramı önem kazanmaktadır. Bu önem giderek hasta haklarına dayanan bir sağlık hizmeti anlayışına doğru yönelmektedir. hasta haklarının tıbbi etikten çok, yasal düzenleme ile korunması yönünde bir eğilim görülmektedir. (Babadağ 1990, Birol 1997)

Hasta hakları değişik yollarla korunmaktadır. Hasta haklarının korunması veya geliştirilmesi ile ilgili olarak şikayet mekanizmaları, hastaların katılımını ve etik komiteleri artırmaktadır. Hasta hakları konusunda son yıllarda artan bu çabalar sağlık hizmetleri ile ilgili bazı ortak kaygılardan kaynaklanmaktadır. Bu kaygıların başında da sağlık hizmetlerinin sürekli kar etmeyi amaçlayan serbest piyasa dinamiklerinin insafına bırakılması gelmektedir. Bu dinamikler sağlık hizmetlerinin insancılığını sağlayan, hastalara kişi olarak saygı gösterilmesini isteyen değerleri demode ettiği gibi, tüm kontrol mekanizmalarını (bu arada yasaları) da işlemez hale getirmektedir. Bu süreç sonunda hastalar veya sağlık hizmeti ihtiyacı olan insanlar sağlık kurumları ve hekimler karşısında yalnızlaşmakta, güçsüzleşmekte ve en önemlisi değersizleşmektedir.İlgi ve güler yüzü 3-5 milyona (bazen 300-500 milyona) satın alan kişiler önce kendilerine (insanlıklarına), sonra hekimlere ve sağlık kurumlarına yabancılaşmaktadır. Bu yabancılaşma çoğu zaman denetimsiz öfke patlamalarına, dolayısıyla şiddete yol açmaktadır. Bunların dışında sağlık sistemlerinin giderek karmaşıklaşması, yeni teknolojiler nedeniyle hasta üzerinde yapılan işlemlerin artması, organ nakli gibi konuların giderek önem kazanması hasta hakları konusunda yeni formülasyonları gerektirmektedir. İşte bu ortak kaygılar nedeniyle hastaların sağlık kurumları ve başta hekimler olmak üzere sağlık personeli karşısında güçlendirilmesi ve korunması; sağlık hizmetlerine hastaların daha aktif katılımının sağlanması, sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda hastaların bilgilendirilmesi çabalarına daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır Bu ihtiyacın ötesinde ve daha önemlisi hasta haklarının eskisi gibi yalnızca “etik” düzenlemelerle korunamayacağı, bunun yerine hukuksal düzenlemeler yapılması gereği üzerinde durulmaktadır.(Hatun, 1999)

Tüm hekimlik geleneği kendisi için “en iyi”ve “en yararlı” yı bilen hekimlere hastaların güven ve bağlılık duyması üzerine kuruludur. Bu ilişki tarzına kısaca

“paternalizm” denilmektedir. Tıp teknolojisi ve biyolojik bilimlerdeki gelişmeler hekimlere ve diğer sağlık personelinin insanlar üzerinde yaptığı işlemlerin hem sayısını artırmış ve hem de niteliğini değiştirmiş olmasına rağmen son yıllara kadar hekim hasta ilişkisindeki “paternalist” yaklaşım egemenliğini sürdürmüştür. (Hatun, 1999)

2.15. Hemşirelik, Etik, İnsan ve Hasta Hakları

‘Etik ‘ sözcüğü, temeli insan davranışlarını ilgilendiren ilkelerle ilişkili birkaç anlama sahiptir. Etik ‘ne olması gerekir’dir. Belirli bir grubun düşünceleri, alışkanlıkları, gelenekleri söz konusu olduğunda da dinsel etik, tıbbi etik, hemşirelik etiği örneğinde olduğu gibi etik sözcüğünden yararlanır.(Fry, 2005)

Etik Kavramı , bir grubun üyelerinden beklenen meslek ilkelerine uygunluk davranış biçimleri ve ölçütleri ile bağlantılı olarak da kullanılır.Örneğin hemşireden, mesleğini icra ederken etik davranışın belirli standartlarını göz önünde tutması beklenir (Fry, 2005)

Etik İlkeler ahlaka uygun karar vermede belirli bir rehberdir ve bu yönü ile iş yaşantısında ahlaki değerlendirmeleri oluşturur. Belirli bir davranışın neden yapılması veya neden yapılmaması gerektiği mantıksal olarak gerekçelendirir. Verilen tüm sağlık bakımı etkinliklerini ilgilendirir.

Davies, ‘Etik İkilemler ve Hemşirelik’ kitabında hemşirelikte etiğin hiçbir zaman gelip geçici bir heves olarak görülmediğini, aksine Amerika ve İngiltere’de Modern hemşireliğin başlangıcı sayılan 1870’lerin sonundan beri hemşirelik pratiğinde çok önemli bir yer tuttuğunu söyler. Geleneksel olarak hemşirelikte etiğe yoğunlaşma hemşireliğin moral karakteristiğidir. Sonraki yıllarda profesyonel kodlarla bunlar belirlenmiştir.(Tosun, 2005)

1950 yılında ANA (Amerikan Hemşireler Birliği), 1953 yılında ICN, ve UKCC (İngiliz Hemşireler Merkez Konseyi) varolan etik kodları gözden geçirerek çağa uygun hemşirelik kodlarını belirlemiş ve mesleğin yeni değerlerini belirlemişlerdir.(Babadağ 1990; Babadağ 2004; Mchale &Gallagher 2002),

ICN, sağlık bakımının tüm bireyler için bir hak olduğunu söylemektedir.

ICN hemşirelerin çalıştıkları ülkenin hemşirelik yasasına göre çalışma ve hemşireler için ICN kodlarını kendi ülkesinin etik koduna uygulama hakları olduğunu söyler.(Babadağ, 2004; Mchale &Gallagher 2002)

Aynı zamanda hemşirelerin insan haklarını koruma görevi ile birlikte ülkelerindeki hasta hakları yasalarının geliştirilmesinde hemşirelik örgütlerinin sorumluluk hissetmeleri gerektiğini söyler (Mchale&Gallagher 2003)

Bakım eylemlerinde insan onuruna , eşitlik, zarar vermeme, yarar sağlama gibi etik ilkelerin hasta haklarına yansması sonucu hemşireler hasta haklarını savunma rolünü benimsemiştir.Felsefesinin içeriğinde insanın üstünlük, bireysellik ve onuruna dayalı ilkelere yer verilmiştir. (Acaroğlu, 2004), Amerika’da 1970 yılında Amerikan Hekimler Birliği’nin “Hasta Hakları”nı kabul etmesinden birkaç yıl sonra konuyu hasta bakımı açısından ele alan hemşireler Amerikan Hemşireler Birliği’nin desteği ile araştırmalar yapmışlardır. Quinn ve Sommers’in bu çalışması bireyin sağlık kurumlarında uygulanan bakım girişimlerinden korunmasına ilişkin ilk dökümanı oluşturmuştur.Bu araştırmalar yıllar içinde artırılmış ve sonunda 1972 yılında ortak bir ‘Hasta Hakları’ çizelgesi oluşmuş, bu çizelgeden her eyaletin yasa koyucuları tarafından etkin bir şekilde yararlanmışlardır.(Babadağ 1990)

Bu durumda özellikle ABD’de hemşirelik;hasta haklarını savunma rolünü üstlenen , bakım ve tedavinin güvenliğini sağlayan, onun için doğru olanı savunan ve uygulayan bir disiplin olmaya yönelmiştir. (Mchale & Gallahner, 2003)

Aynı tarihlerde Avrupa Konseyi ICN ’Hasta haklarına ilişkin bir Avrupa Deklerasyonu için yardım isteğinde bulunmuş ve giderek girişimler, Avrupa ülkelerinin çoğunda kabul görmüş ve benimsenmiştir. (Babadağ, 1990) günümüzde hemşirelik uygulama alanı genişlemiş ve yeni boyutlar kazanmıştır. Bu değişim ve gelişim hemşirenin bakım işlevi ağırlıklı olarak yeni rollere yönelmesine yol açmıştır. Hemşirenin gelişen çağdaş rollerinden biri de hasta haklarını savunucu rolüdür. Hemşirelerin savunuculuk rolü kapsamında birçok görev ve sorumluluk yer alır.Hemşire bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurur. (Mchale and Gallahner, 2003)

Savunuculuğun önemi, hasta haklarını koruma konusunda yatar. Savunuculuk olmadan, hakların etkin korunduğu söylenemez.(Ardahan, 2003) Yapılan çalışmalar, hasta haklarının önemli oranda korunmadığını ortaya koymaktadır. Hasta haklarını savunmak hekim ve hemşirenin sorumluluğudur.Hemşirelik hasta haklarını savunma rolünü üstlenmiştir(Babadağ, 2004) Bu nedenle hemşirelerin kendi uygulamaları sırasında hasta haklarını korumaları, bir savunucu olarak hasta haklarını savunmaları,

ekibin diğer üyelerini de bu konularda uyarmaları önemlidir . (Ardahan, 2003; Ekici,1999;Hatun, 1999)

Savunuculuğun ilk amacı, bireyi/hastayı bağımsızlaştırmaktır. Bağımsızlığı sağlamak için bireyi/hastayı içinde bulunduğu durumla ilgili hakları konusunda bilgilendirmek, aldığı kararlarda desteklemek, bireyin/hastanın çıkarını korumak ve güvenlik altına almak önemlidir. Savunuculuğun ikinci amacı; sistemi hasta hakları konusunda daha duyarlı, denetimli, haksızlıkların üzerine giden ve ilgili hale getirmektir (Ekici 1999;Vural, 1997). Bu rol, temelini insan haklarından ve hasta haklarından alır. Birey/hastanın sağlık sistemi içinde haklarını nasıl kullanacağını öğretir, hakkını aramada yetersiz kaldığı durumlarda hakkını savunur.(Hatun 1999) Hemşirelerin savunucu rolü kapsamında; bakım verdiği birey ya da grup için fiziksel ve psikososyal olarak güvenli bir çevre sağlama, bakıma ilişkin karar verme süreçlerinde etik ilkeleri göz önünde bulundurma, hastanın yasal haklarını koruma ve gerektiğinde hakkını aramasına yardım etme gibi görev ve sorumlulukları vardır (Ardahan, 2003; Birol, 1997; Ekici1999) Duygusal yönden en çok incinebilecek durumda olan kişilerle birlikteken insanların olağanüstü duyarlılık sergilemeleri gerekir (James, 1997)

2.16. Sağlık Disiplinlerinde Etik Duyarlılık

Hemşire ve Hekim olmak uygulama alanındaki bilimsel yeterlilik kadar birçok yeti ve yeterliliği gerektirmektedir. İş yaşamındaki deneyimler ile gelişme sergilenir.Hemşirenin duyarlılığı hastanın hastalığı ile ilgili deneyimlerini anlamının temelinde yatmaktadır.Duygular bir değeri ortaya çıkaran en önemli öğelerdir. Hemşirelik bu nedenle salt bir ontoloji olarak algılanmanın ötesinde ‘bir başkası için varolma’ sorumluluğunu hissetmeyi gerektirmektedir.Bununla birlikte ‘onun yanında olma’ yaklaşımı ile ‘onun için var olma’ yaklaşımları birbiri ile ilişkilidir.Böyle bir yaklaşım manevi gerçekliliğin var olmasının yanında hemşirenin sahip olduğu duyarlılık ile de oldukça ilintilidir.(Ersoy ve Göz, 1999)

Hemşirelik mesleki ve bilimsel gerçekçi bir etik yapı üzerinde temellendirilmelidir.Hasta bireye olan ilgi ve duyarlılık değerlerin ve mesleki performansın doğasında olmalıdır.Bu noktada hemşirenin objektif gözlemleri ve empatik yaklaşımı büyük önem kazanmaktadır.Bir bireyin insana özgü deneyimlerine karşı duyarlı olma moral bir sorumluluktur.(Ersoy ve Göz, 1999; Fry, 2005)

Duyarlılık manevi tepkinin ayrılmaz bir parçası olmakla birlikte, hasta veya sağlıklı bireyin asıl durumunun yorumlanması /hissedilmesi olarak da algılanmalıdır, çünkü hasta bireye acı veren durumun o insan için yaşanan bir gerçek olduğu olgusu unutulmamalıdır. Ayrıca etik duyarlılık önem verme ile de yakından ilişkilidir. Etik sorunu saptama yeteneği olan etik duyarlılık etik açıdan savunulabilir. bir yargıyı sağlamalıdır. Etik duyarlılık, etik sorunları çözme, açıklık getirme ya da eylemi haklı çıkartma olarak düşünülmekte birlikte mutlak bir etik ikilemi ya da çatışmayı önleyebilmektedir. (Kenneth & Kath & İan 1996)

Florence Nigtingale, hasta bireyi anlama yaklaşımını Hemşirelik Üzerine Notlar kitabında belirtmiştir. Buna göre hasta /sağlıklı bireyin ruhsal ve ahlaki yönden de anlaşılması hemşirelikteki etik performansın başlıca ögesi olarak görülmektedir. (Douglas, 1996),

Etik karar verme etik duyarlılığın gelişimine ve ahlaki kategorilerde düşünme yetisine bağlıdır. Bu süreçlerin gelişimi bilgi ve deneyim getirir. Etik duyarlılık ise bir insanın sağlığını ilgilendiren durumdaki etik değerleri bilmeyi içerir. Bu, kişinin sözlü ve sözlü olmayan davranışlarını, yorumlama, istek ve gereksinimlerini tanıma ve bunlara uygun şekilde yanıt verebilme yaklaşımı ile olmasıdır. Etik duyarlılık kültür, din, eğitim ve yaşam deneyimlerinden etkilenir. Her hemşirenin hasta bakımındaki kararlarını belirleyen bilimsel yaklaşımın yanısıra kendine özgün bir değerlendirmesi vardır. Etik düşünce belirli bir durumda karar verme yetisi olmakla birlikte bir değer çatışmasını çözümlenmede etik davranışın düşünüldüğü bilişsel bir süreci de gerektirmektedir. Etik duyarlılık ilgi duyma ile yakından ilişkili bir kavramdır. (Tosun, 2005)

Geniş kapsamlı iki büyük sistemden biri olan Kant'ın "ödev etiği ve yararcılık" insanın akılcılığına gönderme yapmaktadır. (Engelhardt, 2001).

Gilligan ise, Ahlaki Gelişim kuramında kadının sorumluluk duygusunu önemle vurgulayarak hemşirelik ile arasında ilişki kurmuş, bu duygu ile kişilerarası ilişkilerin daha kolay kurulabilirliğini savunmuştur. Kadınların bir duruma tepki verirken, aile ya da bilinen çevre gibi yakın ilişkiler ağı içerisindeki herkese en az zarar verecek eylemi belirlemeye çalıştıklarını öne sürmüştür. Kadınlar çevrelerindeki insanların gereksinimlerine cevap verirken, erkekler kendilerini kadınlardan farklı tutarak kendi hakları bakımından tartışma eğilimine sahiptirler. (Tosun, 2005)

Ahlaksal bir girişim olarak kabul edilen sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında hekim ve hemşireler hem hastalarını hem de kendilerini korumak adına almak durumunda oldukları kararlarda sağlam dayanaklara gereksinim duyarlar.

Uygulama sırasında etik ikilemlerle karşı karşıya kalan hekim ve hemşirelerin evrensel etik ilkeler rehberliğinde çözümleri üretmek sorumluluğu bulunmaktadır. (Tosun, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Betimleyici Araştırma

Araştırma Ocak – Şubat 2006 tarihinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini KKTC'de yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşire ve hekimler oluşturdu. Evrende 500 hemşire ve 200 hekim bulunmaktadır. A Hastanesinde 350 hemşire ve 150 hekim çalışmakta, B Hastanesinde 100 hemşire 20 hekim, C Hastanesinde 30 hemşire 15 hekim, D Hastanesinde 15 hekim, 30 hemşire çalışmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme: Tabakalı örnekleme yöntemi ile her bir hastaneden evreni temsil edecek hemşire ve hekim sayısı belirlendi. (Minimum 50 hemşire, hekim Minimum 20 hekim), buna 80 hemşire ve 60 hekime çalışma dağıtıldı. 65 hemşire ve 25 hekimden geri alındı. 72 hemşire ve 42 hekim ile çalışma yapıldı. Toplam örneklem sayısı 114 oldu.

Katılımcıların tümü devlet hastanelerinde çalışmakta idi.

Veri toplama araçları: Bireysel bilgi formu, Hasta hakları ile ilgili literatür doğrultusunda hazırlanmış form ve ADA (Ahlaki Duyarlılık anketi)

Araştırmanın istatistik analizinde ;Elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS programı kullanılarak ki-kare, frekans ve yüzde, Pearson r korelasyon tekniği, ANOVA (2'den fazla grup ortalamalarının karşılaştırılması için tek yönlü Varyans analizi), İki grup ortalaması için t Testi kullanılarak değerlendirildi.

3.1. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması aşamasında araştırmacı tarafından literatür bilgisi ışığında hazırlanan bireysel bilgi ve Hasta haklarına İnanç formu ve ADA (Ahlaki Duyarlılık Anketi) kullanıldı. (Ek:2) Anket formları, hemşire ve hekimlerin kendisi tarafından dolduruldu.

3.1.1. Bireysel Bilgi Formu

Bireysel bilgi formunda; hemşire ve hekimlerin yaş, cinsiyet, çalışma yılı, eğitimi, hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyleri, ve çalıştığı kurumda hasta hakları ile ilgili birimin varlığına ait görüşleri gibi bireysel özelliklerine ait bilgilere yer verildi.

3.1.2. Hasta Haklarına İnanç Formu

Hasta haklarına inanç formu, hemşire ve hekimlerin hasta haklarına inançlarına ilişkin görüşlerini belirleyici sorulardan oluştu. Bu bölümün oluşturulmasında 1994 yılında Amsterdam'da belirlenen ve 6 başlık altında toplanan hasta hakları bildirgesinden yararlanıldı. Bu bildirge Sağlık bakım hizmetlerinde İnsan Hakları ve Değerleri, Bilgilendirme, Onay, Mahremiyet ve Özel Hayat ve Başvuru başlıklarından oluşuyordu. Başlıkların her birinden başlığı doğrudan yansıtan ifadeleri içeren üçer hak maddesi alındı. Böylece 18 madde ve 6 alt boyut içeren bir form oluşturuldu. 5'li Likert tipte bir ölçüm aracıdır.

Bu çalışmada katılımcılardan hasta haklarına ilişkin görüşlerini yansıtan Kesinlikle Katılıyorum', 'Katılıyorum', 'Az Katılıyorum', 'Katılmıyorum', 'Kesinlikle Katılmıyorum' ifadelerinden birini işaretlemeleri istendi. Formun değerlendirilmesinde 'Kesinlikle Katılıyorum' yanıtına 1 puan, 'Katılıyorum' yanıtına 2 puan, 'Az Katılıyorum' yanıtına 3 puan, 'Katılmıyorum' yanıtına 4 puan, 'Kesinlikle Katılmıyorum' yanıtına 5 puan verildi. Elde edilen puanlar tolanarak 6 alt boyut ile formun tamamından alınabilecek puanlar belirlendi. Bu formdan alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek ise 90 puandır. Düşük puan hasta haklarına yüksek katılımı, yüksek puan ise hasta haklarına düşük katılımı göstermektedir.

Tablo 3.1. Hasta Haklarına İnanç Formunun Alt Boyutları ve Toplam Puanları

	Minimum	Maximum
Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3	15
Bilgilendirme	3	15
Onay	3	15
Mahremiyet ve özel hayat	3	15
Bakım ve Tedavi	3	15
Başvuru	3	15
Toplam	18	90

Tablo 3.2. Hasta Haklarına İnanç Formunun Alt Boyutları ve Ait Oldukları Maddeler

	1.Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri
1	Hastaların kendilerini en yüksek sağlık düzeyine ulaştıracak bakım ve tedavinin uygulamasını isteme hakkı vardır
2	Hastaların ahlaki-kültürel değer yargılarına ve dini-felsefi inançlarına saygı duyulmasını isteme hakkı vardır.
3	Hastaların, bakım ve tedavisi sürdürülürken cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum v.b. özelliklerine bakmaksızın eşit davranılmasını isteme hakkı vardır.
	2.Bilgilendirme
4.	Hastalarımızın, yapacağımız bakım ve tedavi ile ilgili potansiyel riskleri hakkında tarafınızdan bilgilendirilme hakkı vardır
5.	Hastalarımızın taburcu edilirken yazılı ve/veya sözlü bilgilendirilme hakkı vardır
6	Hastalarımıza bilgi verirken gerekli değilse tıbbi terimler kullanılmamasını isteme hakkı vardır.
	3.Onay
7	Hastanızın, bakım ve tedavi girişimleri uygulamalarında kişisel kararlarını ve isteklerini dikkate alınmasını isteme hakkı vardır.
8.	Hastalarımızın uygulayacağımız bakım ve tedavi girişimlerinden önce yazılı ve/veya sözlü izin verme/vermeme hakkı vardır
9.	Hastalarınız bilimsel araştırmalara dahil edilirken kendisinin/yasal vasisinin yazılı izin verme/vermeme hakkı vardır
	4.Mahremiyet ve özel hayat
10	Hastalarımızın, bakım ve tedavi girişimlerini uygularken, mahremiyetinin korunmasını isteme hakkı vardır
11	Hastalarımızın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgilerinin gizli olarak korunmasını isteme hakkı vardır
12.	Hastanın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin gizli olarak korunmasına dikkat edilmesini isteme hakkı vardır.
	5. Bakım ve Tedavi
13	Hastanın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin gizli olarak korunmasına dikkat edilmesini isteme hakkı vardır.
14	Hastanın hekimini ve hemşiresini seçme hakkı vardır
15	Hastalarımızın, bakım ve tedavileri süresince yakınları tarafından desteklenme hakkına özen gösterilmesini isteme hakkı vardır
	6.Başvuru
16	Hastane yönetiminin prosedür gereği Hasta Hakları'nı kısıtlama hakkı vardır
17	Hastalarımızın bakım ve tedavilerinin yeterince karşılanmadığını düşündüğünde yetkili mercilere (dernek, hastane yönetimi v.s.) başvurma hakkı vardır.
18	Hastalarımızın istediğinde bakım ve tedavi ile ilişkili hastane kayıtlarını incelemesini ve kopyalamayı isteme hakkı vardır

3.1.3. Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA (Moral Sensitivity Questionnaire-MSQ)

ADA, Kim Lutzen tarafından 1994 yılında (İsveç-Stokholm) oluşturulmuş olup, Karolinska Hemşirelik Enstitüsünde hekim ve hemşirelerde etik karar verme sürecinde gösterilen etik duyarlılığı belirlemek amacı ile kullanılmıştır.

ADA toplam 30 madde ve 6 alt boyuttan (Otonomi, Yarar Sağlama, Bütüncül Yaklaşım, Çatışma, Uygulama, Oryantasyon) oluşan likert tipte bir ölçüm aracıdır.

Likert tipte bir kağıt olan ADA'nın alt boyut ve toplam potansiyel puan dağılımı: ADA'da İfadelerin, 1 puan (Tamamen katılıyorum) ile 7 puan (Hiç katılmıyorum) arasında derecelendirilmesi istenmiştir. 1 puan tamamen katılma yönünde yüksek duyarlılığı ifade etmektedir. ADA'dan alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 210 puandır. Düşük puan etik açıdan, yüksek duyarlılığı, yüksek puan ise, düşük duyarlılığı göstermektedir.

Tablo 3.3. ADA'nın Alt Boyut ve Toplam Potansiyel Puan Dağılımı

Otonomi	7	49
Yarar Sağlama	4	28
Bütüncü Yaklaşım	5	35
Çatışma	3	21
Uygulama	4	28
Oryantasyon	4	28
Toplam	30	210

Düşük puan yüksek etik duyarlılığı, yüksek puan düşük etik duyarlılığa işaret eder.

Tablo 3. 4.ADA'nın Alt Boyutları ve Ait Oldukları Maddeler

	Ahlaki Duyarlılık Anketi-ADA Moral Sensivity Questionnaire-MSQ
10	Hastaların bakım/tehdavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.
12	Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/ prosedürlere güvenirim.
15	Hasta karşı çıksa bile her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
16	Hasta karşı çıksa bile her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.
21	Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tehdaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.
24	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir
27 Otonomi	Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.
2	Hastalarımnda bir iyileşme göremezsem, işimin bir anlamı olmadığını hissederim.
5	Hastanın güvenini kaybedersem, hekim/hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.
8	Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim birşeyler vardır.
25 Yarar Sağlama	Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir
1	Hekim/hemşire olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.
6	Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.
18	Doğru karar verip vermediğimi herşeyden çok hastanın yanıtı belirler.
29	Bir hekim/hemşire olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tehdavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir
30 Bütüncü Yaklaşım	Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.
9	Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım
11	Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarda sık sık karşılaşıyorum.
14 Çatışma	Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarda sık sık karşılaşıyorum
4	Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım
17	Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim
20	Etik açıdan doğru yada yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.
28 Uygulama	Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.
7	İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.
13	Bakım/tehdavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım
19	Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.
22 Oryantasyon	İyi bir bakım/tehdavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.
3	Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.
23	Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarda sık sık karşılaşıyorum
26 Sınıflandırıl mayan Maddeler	Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen haklı nedenleri vardır.

ADA'nın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Hale Tosun tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır.

3.1.4.Araştırmanın Etik Yönleri

ADA'nın araştırmada kullanılabilmesi için Hale Tosun'dan sözlü izin alındı.

Araştırmalar için Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Daire Müdürlüğünden , Hemşirelik Hizmetleri Uzmanından ve kurumların Başhekimliği ile Başhemşireliklerden izin alındı.(Ek 3)

Katılımcıların araştırmaya katılmaya istekli olmalarına özen gösterildi.

Katılımcılar araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildi.

Gönüllülük ilkesine özen gösterilerek katılımcıların onamı/onayları alındı.

Katılımcıların verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı güvencesi verildi.

Çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bilgilendirme yazılı olarak yapıldı.

4. BULGULAR

Bu araştırma sağlık bakımı uygulamalarında hasta hakları konusunda hemşire ve hekimlerin duyarlılıklarının belirlenmesi ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacı ile tanımlayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak gerçekleştirildi

Çalışmanın bulguları;

4.1. Hemşire ve hekimlerin bireysel ve mesleki özellikleri ile ilgili bulgular

4.2. Hemşire ve hekimlerin hasta haklarına inançları ile ilgili bulgular.

4.3. Hemşire ve hekimlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin hasta haklarına inançları ile karşılaştırılması ile ilgili bulgular

4.4. Hemşire ve hekimlerin Ahlaki Duyarlılıkları ile ilgili bulgular

4.5. Hemşirelerin ve hekimlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin ahlaki duyarlılıkları ile karşılaştırılması ile ilgili bulgular

4.6. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına İnanç Puanları ile Ahlaki Duyarlılık Puanları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Tablo 4.1. Hemşire ve Hekimlerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı

		Hekim		Hemşire		Toplam
		n	%	n	%	n
Cinsiyet	Erkek	29	69,0	6	8,3	35
	Kadın	13	31,0	66	91,7	79
Toplam		42	100,0	72	100,0	114
Kaç yıldır hastanede çalışıyorsunuz ?	0-1 yıl	8	19,5	10	13,9	18
	1-5 yıl	7	17,1	20	27,8	27
	6-10 yıl	7	17,1	10	13,9	17
	11-15 yıl	4	9,8	14	19,4	18
	16 ve üzeri yıl	15	36,6	18	25,0	33
	Toplam		41	100,0	72	100,0
Yaş grupları	23-28	3	9,4	27	46,6	30
	29-34	5	15,6	14	24,1	19
	35-41	10	31,3	14	24,1	24
	42-47	3	9,4	2	3,4	5
	48-53	3	9,4	1	1,7	4
	54-59	8	25,0	0	0,0	8
	Toplam		32	100,0	58	100,0

Tablo 4.1. incelendiğinde, çalışmaya katılanların cinsiyetlerine göre dağılımı; %30,7'si kadınlardan ve % 69,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Yaşlar 23-59 yaşları arasında dağılmaktadır. Yaş ortalaması 34,97'dir.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre dağılımı; % 4,4'ü ortaokul mezunu, %15,8'i lise mezunu, % 44,7'si üniversite mezunu ve % 19,3'ü lisans üstü mezunudur. % 15,8'i bu soruyu cevaplandırmamıştır. Üniversite mezunlarının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılanların %3,5'inin asistan hekim, % 28,1'i uzman hekim ve %3,5'i üst ihtisas yaptığı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların % 36,8'i hekim, % 63,2'si hemşirelerden oluşmaktadır. % 15,8'i 0-1 yıl, % 23,7'si 1-5 yıl arası, % 14,9'u 6-10 yıl arası ve % 15,8'i 11-15 yıl arası hastanede görev yapmaktadır.

Çalışmaya katılanların % 74,6'sı A Hastanesinde, % 17,5'i B Hastanesinde, % 1,8'i C Hastanesinde ve % 6,1'i D Hastanesinde görev yapmaktadır.

Tablo 4.1.1. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Durumlarını Değerlendirmelerine Ait Bulguların Dağılımı

	Hemşire		Hekim	
	n	%	N	%
Bilgim var	35	48.7	30	71.4
Kısmen bilgim var	36	50	10	23.8
Bilgim yok	1	1.3	2	4.8
Toplam	72	100	42	100

Tablo 4.1.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %48.7'i hasta hakları konusunda bilgili olduğunu, %50'si kısmen bilgili olduğunu, %1.3'sü ise bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir.

Hekimlerin ise %71.4'ü hasta hakları konusunda bilgili olduğunu, %23.8si kısmen bilgili olduğunu, %4.8'i ise bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir

Tablo 4.1.2. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarını Koruyan Kurulun Varlığını Bilme Durumlarının Dağılımı

	Hemşire		Hekim	
	N	%	N	%
Var	5	6.94	6	14.3
Yok	47	65.2	22	52.4
Bilgim Yok	19	26.6	9	21.4
Yanıtsız	1	1.3	5	11.9
Toplam	72	100	42	100

Tablo 4.1.2 incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %65.2'i çalıştıkları kurumda hasta haklarını koruyan bir kurulun varolmadığı bilmekte, %6.94'si varolduğunu sanmakta, %26.6'sı ise bilgilerinin olmadığını söylemektedir

Hekimlerin ise %52.4'ü çalıştıkları kurumda hasta haklarını koruyan bir kurulun varolmadığı bilmekte, %14.3'ü varolduğunu sanmakta, %21.4'ü ise bilgilerinin olmadığını söylemektedir

Tablo 4.1.3. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarını Koruyan Bir Kurulun Varlığına ve Gerekliliğine Ait Görüşlerinin Dağılımı

	Hemşire		Hekim	
	N	%	n	%
Gereklidir	41	56.9	22	52.4
Gereksizdir	8	11.1	2	4.8
Yanıtsız	23	31.9	18	42.8
Toplam	72	100	42	100

Tablo 4.1.3. incelendiğinde çalışmaya katılanların hemşirelerin % 56.9'u hasta haklarını koruyan bir kurulun olması gerektiğini %11'i gerekli olmadığını ifade etmiş, %31.9'u ise bu soruyu cevaplandırmamıştır..

Çalışmaya katılanların hekimlerin % 52.4'ü' hasta haklarını koruyan bir kurulun olması gerektiğini %4.8 gerekli olmadığını ifade etmiş, %42.8'i ise bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tablo 4.2. Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına ilişkin İnançlarının Dağılımı

HASTA HAKLARINA İNANÇ	Hemşire		Hekim		Sınırlar	P
	X	SD	X	SD		
İNSAN HAKLARI VE DEĞERLERİ	4.47	1.60	4.45	1,46	3- 15	0.77
BİLGİLENDİRME	4.94	1.41	4.57	1.56	3-15	0.22
ONAY	5.61	1.95	5.08	1,80	3-15	0.88
MAHREMIYET VE ÖZEL HAYAT	4.50	1.51	4.41	1.67	3-15	0.34
BAKIM VE TEDAVİ	6.47	1.94	5.30	2.17	3- 15	0.30
BAŞVURU	6.61	2.04	6.64	2.05	3- 15	0.32
Toplam	32.63	10.46	30.45	10.64	15-90	0.70

Tablo 4.2. incelendiğinde çalışmaya katılanların mesleklerine göre hasta haklarına inanç formunun genelinde ve alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) görüldü. Hemşire ve hekimlerin bakım ve tedavi ile başvuru hakkı alt boyutunda inançlarının daha düşük olmasına rağmen, hemşirelerin ve hekimlerin hasta haklarına inançlarının yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4.2.1 Hemşire ve Hekimlerin yaşlarına göre Hasta Haklarına ilişkin İnançlarının Dağılımı

	Alt Boyutlar	23-28 yaş		29-33 yaş		34-40		41-46		46-51		F	P		
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS				
H E M Ş İ R E Yaş Grup	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3 - 7	4.61± 1.44	3 - 7	3.86± 1.40	3 - 11	5.18 ±2.07	3 - 6	4.40 ±1.14	3 - 3	3.00± 0.00	1.56	0.19		
	Bilgi lendirme	3 - 8	5.11± 1.47	3 - 8	4.53± 1.64	4 - 6	6.14 ±2.21	3 - 6	4.80 ±1.30	3 - 3	3.00± 0.00	1.22	0.30		
	Onay	3 - 11	5.84± 1.97	3 - 9	5.33± 1.79	4 - 13	6.14 ±2.21	4 - 7	5.40 ±1.14	3 - 3	3.00± 0.00	0.86	0.49		
	Mahremiyet ve özel hayat	3 - 6	4.56± 1.38	3 - 8	4.38± 1.70	3 - 9	5.26 ±1.62	3 - 5	4.00 ±1.00	3 - 3	3.00± 0.00	1.28	0.28		
	Bakım ve Tedavi	5 - 11	7.07± 1.44	3 - 11	5.86± 2.55	3 - 11	6.60 ±1.95	5 - 8	6.80 ±1.09	3 - 3	3.00± 0.00	1.91	0.21		
	Başvuru	5 - 11	7.88± 1.83	4 - 10	7.60± 1.63	5 - 11	7.53 ±1.64	6 - 8	7.25 ±0.95	7 - 7	7.00± 0.00	0.22	0.92		
	TOPLAM	22-54	35.60± 9.47	19 - 53	30.60± 10.54	22 - 61	36.65±10.7 4	24-40	39.20 ±6.54	22 - 22	22.00± 0.00	7.25	2.39		
H E K İ M Yaş Grup	Alt Boyutlar	23-28 yaş		29-33 yaş		34-40		41-46		46-51		52 ve üstü			
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	F	P
	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3 - 7	4.66± 2.08	3 - 5	3.83± 0.98	3 - 6	4.18± 1.40	3 - 6	5.20± 1.30	3 - 6	4.80± 1.64	3 - 7	4.10± 1.52	0.70	0.62
	Bilgi lendirme	3 - 4	3.33± 0.57	3 - 6	3.83± 1.32	3 - 6	4.54± 1.43	3 - 7	5.20± 1.64	3 - 9	5.80± 2.38	3 - 7	4.50± 1.26	1.51	0.21
	Onay	3 - 6	4.00± 1.73	3 - 8	5.25± 2.06	3 - 9	4.90± 2.07	3 - 7	5.40± 1.51	3 - 10	5.40± 2.88	3 - 7	5.12± 1.24	0.25	0.93
	Mahremiyet ve özel hayat	3 - 3	3.00± 0.00	3 - 8	5.25± 2.06	3 - 8	4.81± 1.77	3 - 6	4.60± 1.51	3 - 8	5.00± 2.44	3 - 6	5.12± 1.24	0.71	0.61
	Bakım ve Tedavi	3 - 9	5.66± 3.05	3 - 8	4.33± 1.96	3 - 9	4.70± 2.05	6 - 7	6.40± 0.54	3 - 12	6.40± 3.78	3 - 8	5.00± 1.69	0.89	0.49
	Başvuru	5 - 11	8.66± 3.21	6 - 9	7.16± 1.16	4 - 9	6.09± 1.64	6 - 0	7.80± 1.48	3 - 10	6.40± 2.88	3 - 10	6.00± 2.10	1.41	0.24
TOPLAM	20-40	29.65 ±11.57	24-44	30.76± 12.05	19 - 47	28.06± 11.98	24 - 33	20.80± 7.84	18-55	33.80± 16.10	18 - 45	29.84± 7.94	5.47	3.10	

Tablo 4.2.1. incelendiğinde hemşirelerin Hasta Haklarına İnançları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemektedir.(F = 7.25 P >0.05).

Hekimlerin Hasta Haklarına İnançları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemektedir.(F = 5.45 P >0.05).

Hemşirelerin ve hekimlerin Hasta Haklarına İnançları, yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmemektedir.(P >0.05)

Ortalama puanlar değerlendirildiğinde hemşire ve hekimlerin tüm alt boyutlarda hasta haklarına inançlarının yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4.2.2.Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına ilişkin İnançlarının Cinsiyetle Karşılaştırmasına Ait Bulguların Dağılımı

	Alt Boyutlar	Kadın		Erkek		t	P
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
HEMŞİRE	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3-7	3.92±1.38	3-7	4.68±1.46	1.59	0.35
	Bilgilendirme	3-7	3.61±1.12	3-9	5.0±1.55	2.87	0.04
	Onay	3-8	4.40±1.77	3-10	5.33±1.77	0.71	1.42
	Mahremiyet ve özel hayat	3-8	4.41±1.67	3-8	4.85±1.75	2.66	0.003
	Bakım ve Tedavi	3-12	5.30±2.17	3-12	5.42±2.01	0.54	0.82
	Başvuru	3-11	6.64±2.05	3-10	6.44±1.88	-0.91	0.29
	TOPLAM	18-54	28.28±10.16	18-48	31.73±10.42	7.46	2.90
	HEKİM	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3-11	4.53±1.61	3-6	3.60±1.34	-1.48
Bilgilendirme		3-8	5.03±1.41	3-5	3.80±0.83	1.31	1.31
Onay		3-13	5.69±1.97	3-5	4.25±0.95	0.32	0.32
Mahremiyet ve özel hayat		3-9	4.60±1.50	3-3	3.00±0.0	-2.11	0.00
Bakım ve Tedavi		3-11	6.57±1.94	3-7	5.00±1.63	-1.58	0.42
Başvuru		3-11	7.57±1.82	5-8	6.50±1.29	-1.51	0.41
TOPLAM		18-63	33.99±10.25	20-34	26.15±6.04	-5.05	2.69

Tablo 4.2.2. incelendiğinde hemşirelerin hasta haklarına ilişkin inançları cinsiyetleri karşılaştırıldığında bilgilendirme ve mahremiyet ve özel hayat boyutunda

anlamalı farklılık görülmektedir. Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere oranla inançları daha yüksektir.($P<0.05$)

Hekimlerin hasta haklarına inançları cinsiyetle karşılaştırıldığında anlamalı bir farklılık görülmemektedir ($P>0.05$)

Alt boyutlar incelendiğinde kadın hemşirelerin hasta haklarına inançlarının(başvuru alt boyutu dışında), erkeklere oranla belirgin olarak yüksek bulundu

Hekimlerde ise tam tersine erkek hekimlerin hasta haklarına inançlarının, kadınlara oranla yüksek idi.

Tablo 4.2.3 Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına İlişkin İnançlarının Çalışma Yılı ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Dağılımı

	Alt Boyutlar	0-1 yıl		1-5 yıl		6-10 yıl		11-15 yıl		16 yıl üzeri		F	P
		Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS		
H E M Ş İ R E	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3 - 6	4.00± 0.94	3 - 7	4.84± 1.53	3 - 7	3.80± 1.47	3 - 6	4.07± 1.38	3 - 11	5.00± 1.97	1.70	0.16
	Bilgi lendirme	3 - 8	4.90± 1.52	3 - 7	5.05± 1.26	3 - 8	4.70± 2.05	3 - 7	4.61± 1.44	3 - 8	5.33± 1.23	0.57	0.68
	Onay	4 - 11	6.40± 2.27	3 - 9	5.36± 1.70	3 - 9	5.00± 1.94	3 - 8	5.66±2. 19	3 - 13	5.22± 1.94	1.76	0.55
	Mahremiyet ve özel hayat	3 - 6	4.20± 1.39	3 - 6	4.42± 1.38	2 - 8	3.90± 1.85	2 - 6	4.46± 1.45	3 - 9	4.77± 1.62	0.58	0.67
	Bakım ve Tedavi	4 - 8	6.60± 1.50	1 - 11	6.36± 2.65	3 - 10	6.30± 2.35	3 - 11	5.84± 2.15	3 - 11	6.55± 1.94	0.27	0.89
	Başvuru	3 - 10	6.80± 2.25	1 - 11	6.95± 2.64	6 - 11	8.10± 1.66	3 - 10	7.23± 2.08	2 - 11	6.83± 2.00	0.65	0.62
	TOPLAM	20-49	10.95± 3.29	14-51	11.52± 2.65	21 -53	10.65± 3.80	17- 49	10.60± 3.37	17 -63	11.56 ± 3.41	2.64	3.41
H E K İ M	Alt Boyutlar	0-1 yıl		1-5		6-10		11-15		16 yıl üzeri		F	P
		Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS		
	Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri	3 - 7	4.00± 1.41	3 - 5	3.57± 0.97	3 - 7	5.42± 1.27	3 - 6	5.25± 1.50	3 - 7	4.33± 1.54	2.12	0.97
	Bilgi lendirme	3 - 7	4.41± 1.46	3 - 6	4.12± 1.35	3 - 6	3.57± 1.13	3 - 7	5.00± 1.63	3 - 6	4.93± 1.50	1.24	0.31
	Onay	2 - 7	4.37± 1.84	3 - 8	4.71± 1.89	3 - 9	5.42± 2.07	3 - 7	5.50± 1.91	3 - 10	5.06± 1.86	0.79	0.41
	Mahremiyet ve özel hayat	3 - 8	3.74± 1.75	3 - 7	4.14± 1.67	3 - 8	5.14± 1.77	3 - 6	4.50± 1.73	3 - 8	4.50± 1.69	0.66	0.62
	Bakım ve Tedavi	3 - 9	4.37± 2.06	3 - 9	5.28± 1.60	3 - 7	5.28± 1.60	3 - 7	5.50± 1.73	1 - 12	5.40± 2.69	0.30	0.87
	Başvuru	5 - 11	7.5± 2.00	4 - 9	6.42± 1.90	4 - 10	6.25± 2.05	5 - 9	7.50± 1.73	3 - 10	6.33± 2.31	0.64	0.63
TOPLAM	19 - 49	28.39± 10.52	19 - 54	28.24± 9.98	22-57	29.01± 8.65	23 -52	33.08± 11.04	16- 47	28.33± 12.05	5.82	3.87	

Tablo 4.2.2 incelendiğinde Hemşirelerin ve hekimlerin hasta haklarına inançları, çalışma yılı ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmemektedir. (P> 0.05)

Tablo 4.3. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılığına Ait Bulguların Dağılımı

AHLAKİ DUYARLILIK (ADA)	Hemşire		Hekim		Alt Boyutlar	P
	X	SD	X	SD		
OTONOMİ	18,09	6,35	15,97	6,29	7-49	0,62
YARAR SAĞLAMA	13,50	4,85	12,15	4,95	4-28	0,97
BÜTÜNCÜ YAKLAŞIM	12,78	5,19	10,97	4,35	5-35	0,22
ÇATIŞMA	12,93	3,55	14,82	3,37	3-21	0,45
UYGULAMA	12,42	4,77	11,71	4,82	4-28	0,81
ORYANTASYON	9,17	4,16	7,56	3,56	4-28	0,85
TOPLAM	89,53	28,87	73,29	27,34	30-210	0,86

Tablo 4.3. incelendiğinde çalışmaya katılanların mesleklerine göre ADA genelinde ve alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) görüldü. Hemşirelerin hekimlere kıyasla çatışma alt boyutu dışında ahlaki duyarlılığının daha düşük olduğu olmasına rağmen, hemşirelerin ve hekimlerin hasta haklarına inançlarının yüksek olduğu görüldü

Çalışmaya katılanların mesleklerine göre ahlaki duyarlılıkları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmedi ($P > 0.05$)

Tablo 4.3.1. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılıklarının Yaş ile Karşılaştırmasına Ait Bulgular

	Alt Boyutlar	23-28 yaş		29-34 yaş		35-40 yaş		41-46 yaş		47-52 yaş		52 yaş ve üstü		F	P
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
HEMŞİRE	Otonomi	6-29	17.65± 5.81	7-33	17.53± 6.85	9-35	19.00± 8.51	9-35	19.00± 8.51	14-32	21.00± 6.57	4-17	9.44± 4.69	0.34	0.88
	Yarar Sağlama	6-24	14.58± 3.99	6-22	14.92± 4.74	5-23	11.16± 4.56	5-23	11.16± 4.56	5-16	10.66± 4.80	4-22	9.37± 4.58	0.71	0.14
	Bütüncü Yaklaşım	8-18	12.92± 3.37	5-27	11.64± 6.19	8-31	15.33± 7.21	8-31	15.33± 7.21	8-18	10.66± 4.80	4-24	8.93± 4.94	0.88	0.49
	Çatışma	5-18	12.83± 3.19	5-18	12.50± 3.69	6-16	12.83± 3.40	6-16	12.83± 3.40	7-16	12.00± 3.03	13-13	13.00± 13.00	0.80	0.55
	Uygulama	6-23	13.53± 4.51	4-21	12.38± 5.23	6-20	12.72± 5.10	6-20	12.72± 5.10	8-16	11.33± 2.87	12-4	8.00± 3.22	1.11	0.36
	Oryantasyon	4-17	9.44± 3.97	4-22	9.78± 4.69	4-24	8.41± 5.38	4-24	8.41± 5.38	4-12	8.00± 3.22	6-6	6.00± 6.00	0.39	0.84
	TOPLAM	35-129	80.95± 24.84	31-143	78.51± 31.39	38-149	79.45± 34.16	38-149	79.45± 34.16	46-110	73.05± 25.28	43-66	54.74± 10.43	4.23	3.26
	HEKİM	Otonomi	13-13	13.00-	8-28	16.60± 7.36	9-28	20.77± 5.82	7-16	10.00± 2.64	7-21	14.00± 7.00	9-18	13.42± 3.55	2.63
Yarar Sağlama		5-11	8.00± 4.24	6-18	11.80± 4.71	5-25	13.11± 5.94	10-16	12.33± 3.21	4-14	10.33± 5.50	4-21	12.83± 6.24	0.48	0.78
Bütüncü Yaklaşım		12-13	12.50± 0.70	7-14	10.40± 3.28	8-24	12.77± 5.23	6-11	8.66± 2.51	5-12	9.33± 3.78	5-15	8.83± 4.45	1.14	0.36
Çatışma		13	13.00± 0.0	15-18	16.00± 1.22	11-17	14.40± 2.50	15-17	15.66± 1.15	3-17	12.00± 7.81	8-17	14.85± 4.29	0.56	0.72
Uygulama		14-21	17.50± 4.94	8-12	10.00± 1.58	8-21	14.33± 4.89	7-11	9.00± 2.00	5-15	8.66± 5.68	6-19	11.00± 4.47	1.99	0.10
Oryantasyon		5-6	5.50± 0.70	5-12	8.80± 3.49	4-11	6.70± 2.40	5-11	8.66± 3.21	4-17	10.33± 6.50	4-15	6.14± 3.97	0.37	0.85
TOPLAM		62-64	69.5± 10.58	49-102	73.6± 21.64	45-126	82.08± 26.78	50-82	64.31± 14.72	28-96	64.65± 36.27	36-105	67.07± 6.97	7.17	2.85

Tablo 4.3.1 incelendiğinde hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık ($P > 0.05$) görülmemektedir.

Hemşirelerde otonomi alt boyutu yaş gruplarında ortalama puanlar değerlendirildiğinde fark bulunmadı.

($P > 0.05$).Hekimlerin ahlaki duyarlılıklarında yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında Otonomi boyutunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($P < 0.05$ $F = 2.63$) bulunmuş yapılan ileri analizinde 34 -40 yaş grubunda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür.

Yarar sağlama alt boyutunda hemşirelerde anlamlı bir farklılık ($P > 0.05$) görülmemekle birlikte yaşın ilerlemesi ile yarar sağlama alt düzeyinin arttığı görüldü

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda hemşirelerde anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ortalama puanlar incelendiğinde 35-46 yaş arasında duyarlılık düzeyinin nötr olduğu bu yaş üstünde ise duyarlılığın arttığı gözlemlendi

Oryantasyon alt boyutunda hemşirelerde anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ortalama puanlar incelendiğinde Hemşirelerde 23-28 yaş grubunda diğer gruplara oranla duyarlılık düzeyinin yüksek olduğu görüldü.Hekimlerde ise tam tersine 52 yaş ve üstünde duyarlılık düzeyi yüksek bulundu.

Tablo 4.3.2. Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılıklarının Cinsiyet ile Karşılaştırılmasına Ait Bulguların Dağılımı

	Alt Boyutlar	Kadın (n=66)		Erkek (n=6)		t	P
		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS		
H E M Ş İ R E	Otonomi	7-35	18.61± 6.44	10- 16	12.40±2.30	2.12	0.79
	Yarar Sağlama	2-24	13.25±4.98	9-17	12.20 ± 2.94	0.46	0.87
	Bütüncü Yaklaşım	5-31	12.93 ± 5.30	8-14	9.80 ± 2.49	1.29	0.11
	Çatışma	5-21	12.89±3.71	10-15	12.80± 2.16	0.55	0.22
	Uygulama	4-23	12.52±4.95	8-19	11.60±4.39	0.40	0.36
	Oryantasyon	4-24	9.24± 4.32	5-10	7.40± 2.30	0.94	0.28
	TOPLAM	27-158	79.44±29.7	50-91	66.2±16.58	5.76	2.63
	Alt Boyutlar		Kadın (n= 13)		Erkek(n=29)		
H E K İ M		Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	t	P
	Otonomi	7-28	18.61±6.44	7-28	15,93±6,25	0.19	0.60
	Yarar Sağlama	4-22	11.40±5.71	4-25	13,20±4,83	-0.97	0.58
	Bütüncü Yaklaşım	5-16	9.40±3.43	5-24	11.82± 4.65	-1.50	0.45
	Çatışma	3-18	13.81±4.53	8-20	15.16± 2.70	-0.92	0.45
	Uygulama	4-21	12.72±5.08	4-21	11.28± 4.47	0.87	0.62
	Oryantasyon	4-12	6.81±3.21	4-17	8.03± 3.63	-0.97	0.81
	TOPLAM	27-117	72.75±28.40	32-135	75.42 ±29.53	-3.3	3.51

Tablo 4.3.2 incelendiğinde hemşirelerin ahlaki duyarlılıklarının cinsiyet ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmedi.($P>0.05$ $t = 5.76$)

Hekimlerin ahlaki duyarlılıklarının cinsiyet ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmedi.($P>0.05$ $t = -3.3$)

Hemşirelerin ve hekimlerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin cinsiyet ile karşılaştırılmasında anlamlı farklılık görülmemesine rağmen alt boyutların ortalamasına bakıldığında tüm alt gruplarda erkeklerin ahlaki duyarlılık düzeyinin kadınlara oranla daha düşük olduğu görüldü.

Tablo 4.3.3.Hemşire ve Hekimlerin Ahlaki Duyarlılıklarının Çalışma Yılı ile Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

H E M Ş İ R E	Alt Boyutlar	0-1 yıl		1-5		6.-10		11-15		16 yıl üzeri		F	P
		Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS		
	Otonomi	13-26	20.70± 3.97	9-29	16.27± 4.86	8-29	17,12± 6.92	7-34	20.15± 8.74	9-35	17.26± 6.22	1.26	0.29
	Yarar Sağlama	6-24	15.00± 4.80	6-22	13.36± 4.59	10-22	16.63± 4.21	4-23	12.92± 5.51	5-24	11.46± 4.43	1.79	.014
	Bütüncü Yaklaşım	8-18	14.40± 3.59	8-18	12.41± 3.46	6-17	11.11± 3.88	5-27	12.30± 7.26	8-31	13.53± 6.41	0.58	0.67
	Çatışma	9-16	12.60± 2.91	5-21	13.17± 3.74	8-18	13.12± 3.75	5-21	12.23± 4.36	6-17	13.40± 3.18	0.22	0.92
	Uygulama	9-23	14.20± 4.49	6-19	13.52± 4.44	7-19	12.44± 3.84	4-21	11.33± 5.59	4-20	10.86± 4.93	1.14	0.34
	Oryantasyon	5-15	10.80± 2.82	4-16	8.76± 3.21	4-17	9.11± 3.82	4-24	9.76± 6.85	4-13	8.06± 2.96	0.74	0.56
	TOPLAM	50-122	87.70± 22.58	38- 125	77.49± 24.3	43-122	79.53± 26.42	29 - 150	78.69± 38.31	36 - 140	74.57± 23.13	5.73	2.92
H E K İ M	Alt Boyutlar	0-1 yıl		1-5		6.-10		11-15		16 yıl üzeri		F	P
		Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS	Min- Max	X±SS		
	Otonomi	8-28	17.16± 7.19	10-23	18.00± 4.54	9-28	17,6± 6-71	11-28	22.00± 8.04	7-21	12.50± 4.36	2.80	0.42
	Yarar Sağlama	5-18	10.71± 4.46	8-25	14.28± 5.99	4-18	11,16± 5.70	9-15	12.25± 3.20	4-21	12.15± 5.20	0.48	0.74
	Bütüncü Yaklaşım	4-24	13.57± 5.12	5-16	10.28± 4.30	6-14	10.00± 3.16	8-22	12.25± 6.55	5-24	9.58± 3.47	1.14	0.35
	Çatışma	13-18	15.33± 1.75	11-18	16.00± 2.44	11-17	15.28± 2.21	12-17	15.00± 2.16	3-20	13.85± 4.86	0.53	0.71
	Uygulama	8-21	13.28± 5.58	7-21	13.42± 5.19	8-16	10.66± 3.77	11-20	14.75± 4.50	4-19	9.53± 4.44	1.59	0.20
	Oryantasyon	5-11	6.57± 2.22	4-12	7.42± 3.30	4-12	8.57± 3.20	5-15	9.25± 4.34	4-17	7.30± 4.42	0.48	0.74
	TOPLAM	43-120	76.62± 26.32	45 -115	79.4± 25.76	42-105	62.61± 24.73	56-117	85.5± 28.79	27-122	64.91± 26.75	7.02	3.16

Tablo 4.3.3 incelendiğinde hemşire ve hekimlerin ahlaki duyarlılıklarının çalışma yılı ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık görülmemektedir.(P >0.05)

Hemşire ve hekimlerin ahlaki duyarlılıklarının çalışma yılı ile karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık görülmemesine rağmen, ortalama puanlar değerlendirildiğinde her iki grubun da yüksek duyarlılık düzeyinde olmadığı görüldü.

Tablo 4.4. Hemşire ve Hekimlerin hasta haklarına inanç ve ahlaki duyarlılığa toplam katılım puanları arasındaki ilişkiyi Gösteren Bulgular

PEARSON KORELASYON	AHLAKİ DUYARLILIK DÜZEYİ	
	P Değeri	r Değeri
HASTA HAKLARINA İNANÇ TOPLAM	0.18	0.95

Tablo 4.4 incelendiğinde hasta haklarına inanç ile ahlaki duyarlılık anketine yanıtlar arasındaki ilişkiye bakıldığında $r = 0.95$ pozitif bir ilişki görülmüştür. $r^2 = 90.25$ değeri bize hasta haklarına duyarlılığın yüzde 90.25 gibi yüksek bir yüzdede ahlaki duyarlılıkla açıklanabileceğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Sağlık bakım uygulamalarında hemşire ve hekimlerin hasta haklarına duyarlılıklarının belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen araştırmada elde edilen bulgular;

5.1. Hemşire ve hekimlerin bireysel ve mesleki özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

5.2. Hemşire ve hekimlerin Hasta haklarına inançları ile ilgili bulguların tartışılması.

5.3. Hemşire ve hekimlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin hasta haklarına inançları ile karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

5.4. Hemşire ve hekimlerin Ahlaki Duyarlılıkları ile ilgili bulguların tartışılması

5.5. Hemşirelerin ve hekimlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin ahlaki duyarlılıkları ile karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

5.6. Hemşire ve hekimlerin hasta haklarına inanç puanları ile ahlaki duyarlılık puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması

5.1. Hemşire ve Hekimlerin Bireysel ve Mesleki Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine göre dağılımı; %30,7'si kadınlardan ve % 69,3'ü erkeklerden oluşmaktadır. Yaşlar 23-59 yaşları arasında dağılmaktadır.Yaş ortalaması 34,97'dir.Hekimler 35-41 yaş ortalamasında %32 ile yoğunlaşmakta, hemşireler ise % 47'lik oranla 23-28 yaş ortlamasında yoğunlaşmaktadır.Emeklilik yaşının 55 olduğu KKTC'de genç sayılabilecek bu grup hasta hakları ve ahlaki duyarlılıkla ilişkili hizmet içi eğitim pogramlarının daha yoğun verilmesinin bu konudaki davranış gelişimine ve değişiminde yararlı olacaktır kanısındayız.

Çalışmaya katılanların eğitim düzeyine göre dağılımı; % 4,4'ü ortaokul mezunu, %15,8'i lise mezunu, % 44,7'si üniversite mezunu ve % 19,3'ü önlisans mezunudur.% 15.8'I bu soruyu cevaplandırmamıştır.Üniversite mezunlarının çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılanların %3,5'inin asistan hekim, % 28,1'i uzman hekim ve %3,5'i üst ihtisas yaptığı görülmektedir.

Çalışmaya katılanların % 36,8'i hekim, % 63,2'si hemşirelerden oluşmaktadır.

(Vural, 1993)'ın yaptığı çalışmaya katılanların % 42'sinin hekim, % 58'sinin hemşirelerden oluştuğunu saptamıştı. Hemşirelerin bu çalışmaya katılmak için daha gönüllü olduğu belirtilmişti.

Bu çalışmada araştırmacı tarafından belirlenmiş hemşire ve hekimlerin oranlarının evreni temsil edecek sayıda olmasının bu sonuca neden olduğu bilinmekle birlikte, hemşirelerin çalışmaya katılımında daha istekli olduğunun gözlenmesi (Vural,1993) çalışması ile benzerlik gösterdi.

Çalışmamıza katılanların çalışma sürelerine bakıldığında. hemşire grubunun % 55.5'i 1-10 yıl arası süreden beri hastanede görev yapmaktadır Hekim grubunun % 57'sinin-10 yıl arası süreden beri hastanede görev yaptığı görüldü.

(Vural 1993)'ın çalışmasında çalışma sürelerine bakıldığında; hekim grubunun %61.7'sinin 1-5 yıl arası, % 35.3'ünün 6-10 yıl arası, Hemşire grubunun %80'inin 1-10yıl arası süreden beri çalıştıkları görüldü.

(Tosun 2005)'un çalışmasında ise çalışma sürelerine bakıldığında; hekim grubunun %88.5'inin 1-10 yıl arası, süredir çalıştıkları, Hemşire grubunun %72.4'ünün 1-10 yıl arası, süredir çalıştıkları görüldü.

Bu çalışmada da, 1-10 yıl arasında çalışma yılına ilişkin bulgular Vural ve Tosun'un bulguları ile paraleldi.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %48.7'i hasta hakları konusunda bilgili olduğunu, %50'si kısmen bilgili olduğunu, %1.3'si ise bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir.

Hekimlerin ise %71.4'ü hasta hakları konusunda bilgili olduğunu, %23.8si kısmen bilgili olduğunu, %4.8'i ise bilgilerinin olmadığını ifade etmiştir

Ocaktan ve ark (2004) yaptıkları çalışmada, katılımcıların hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyini %60 bulmuştu.

Çalışmamız Ocaktan ve ark (2004) yaptıkları çalışma ile benzerlik gösterdi

Bilgi düzeyinin artırılması için hemşirelik okulunda ve mezuniyet sonrasında hasta hakları konusunda bilgi verme programlarının hazırlanması önerilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %65.2'i çalıştıkları kurumda hasta haklarını koruyan bir kurulun varolmadığı bilmekte, %6.94'si var olduğunu sanmakta, %26.6'sı ise bilgilerinin olmadığını söylemektedir

Hekimlerin ise %52.4'ü çalıştıkları kurumda hasta haklarını koruyan bir kurulun varolmadığı bilmekte, %14.3'ü var olduğunu sanmakta, %21.4'ü ise bilgilerinin olmadığını söylemektedir

Çalışmaya katılanların hemşirelerin % 56.9'u hasta haklarını koruyan bir kurulun olması gerektiğini %11'i gerekli olmadığını ifade etmiş, %31.9'u ise bu soruyu cevaplandırmamıştır.

Tosun H.(2005) Yaptığı çalışmada etik komite varlığını sorgulamış ve çalıştığı kurumda etik komite varlığını ifade edenlerin; %26.1, olmadığını ifade edenlerin % 34 ve bilgisi olmayanları da %39.9 olarak saptamıştır.

Çalışmaya katılanların hekimlerin % 52.4'ü' hasta haklarını koruyan bir kurulun olması gerektiğini %4.8 gerekli olmadığını ifade etmiş, %42.8'i ise bu soruyu cevaplandırmamıştır.

5.2. Hemşire ve hekimlerin Hasta haklarına inançları ile ilgili bulguların tartışılması

Çalışmaya katılanların mesleklerine göre hasta haklarına inanç formunun genelinde ve alt boyutlarda anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0.05$) görüldü. Hekim ve hemşirelerin bakım ve tedavi ile başvuru hakkı alt boyutunda inançlarının daha düşük olmasına rağmen, hemşirelerin ve hekimlerin hasta haklarına inançlarının yüksek olduğu görüldü

5.3.1. Hemşirelerin ve hekimlerin bireysel ve mesleki özelliklerinin hasta haklarına inançları ile karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması

Hemşirelerin hasta haklarına inançları cinsiyetle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri boyutunda Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere oranla inançlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Cinsiyetle ilgili alt boyutlar incelendiğinde kadın hemşirelerin hasta haklarına inançlarının(başvuru alt boyutu dışında), erkeklere oranla belirgin olarak yüksek bulundu

Hekimlerde ise tam tersine erkek hekimlerin hasta haklarına inançlarının, kadınlara oranla yüksek idi.

(Vural,1993) yaptığı çalışmada hastaların hekim ve hemşirelerden aldıkları ilgili ve saygılı bakımı %91 olarak saptamıştır.Heenan ve Kosik'in hemşirelerin, hastayla en yakın iletişimde olan sağlık personeli olduğunu ve bu nedenle hastanın hakkını araması için desteklemede ve uyardırma önemli rolü olduğunu ifade ettiğini söylemektedir.(Vural, 1993)

Çalışmamızda mahremiyet ve özel hayat boyutunda anlamlı farklılık görülmektedir. Kadın hemşirelerin erkek hemşirelere oranla inançlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Vural G (1993) yaptığı çalışmaya katılan hastalar %63 oranında mahremiyetinin korunmadığını ifade etmiştir Hekimlerin %75, hemşirelerin ise %20 oranında mahremiyeti korumadığını saptamıştır.

5.4. Hemşire ve hekimlerin Ahlaki Duyarlılıkları ile ilgili bulguların tartışılması

Çalışmaya katılan hemşire ve hekimlerin mesleklerine göre ahlaki duyarlılık düzeylerinin birbirine benzer olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü.($P>0.05$).

5.5. Hemşire ve hekimlerin Ahlaki duyarlılıkları, bireysel ve mesleki özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması

Hemşirelerin ahlaki duyarlılıkları yaş gruplarına göre farklılık görülmedi. ($P>0.05$)

Tosun (2005)'un ADA'nın hemşirelerdeki yaş grupları ile karşılaştırılmasının otonomi boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($P >0.05$) bulunmamasına rağmen yaşın ilerlemesi ile otonomi kullanma düzeyinin arttığını görmüştür.

Tosun (2005) yaptığı araştırmada hemşirelerde, otonomi alt boyutunda duyarlılığının hekimlere oranla daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

Lutzen ve ark (2000)'da yaptığı çalışmada hemşirelerde otonomi düzeyinin hekimlere oranla daha fazla olduğunu belirlemiştir.

Seren (1998)' de yaptığı çalışmada hemşirelerde yaşın ilerlemesi ile otonomi kullanma düzeyinin arttığını fakat sonucun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını tespit etmiştir.

Bizim çalışmamız bu konuda Tosun ve Seren ile paralellik göstermemekte yaşın ilerlemesi ile otonomi alt boyutunda artış olmamaktadır.

Babadağ ve ark (1999) yaptıkları çalışmada Deontoloji dersinin hemşireliğin klinik uygulamalarında, 'otonomi' kullanma düzeyinde etkili olduğu sonucunu elde etmişlerdir.

Bu sonuca göre KKTC hemşirelerinin otonomi geliştirilmesi ile ilgili eksiklerinin olduğu ve bu konuda yardıma ihtiyaçları olduğu söylenebilir. Eğitim müfredatlarında deontoloji dersinin daha fazla yer alması ve otonomi konusunun daha fazla tartışılması gerekecektir. KKTC'deki hemşirelik okulunun önlians eğitiminin lisans düzeyine çekilmesi yardımcı olacaktır.

Hekimlerin ahlaki duyarlılıkları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında Otonomi boyutunda en az bir grubun diğerlerinden farklı olduğu görülmektedir. Hekimlerin ahlaki duyarlılıkları yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında Otonomi boyutunda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($P < 0.05$ $F = 2.63$) bulunmuş yapılan ileri analizinde 34 -40 yaş grubunda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür

Tosun (2005) ve Lutzen ve ark (2000)'ın yaptıkları çalışmalarda çalışmalarda hekimlerin ilerleyen yaş ile otonomi düzeyinin arttığı görüşü paylaşılmaktadır.

Tosun (2005) çalışmasında Yarar Sağlama boyutunun hekimlerdeki yaş grupları arasında anlamlı fark bulmuş ($P < 0.05$), yaşın ilerlemesi ile yarar sağlama düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşmıştır.

Lutzen ve ark (2000) ise bu sonuçtan farklı olarak; yaşın ilerlemesi ile yarar sağlamanın arttığı sonucuna ulaşmıştır.

Çalışmamızda Yarar sağlama alt boyutunda hemşirelerde anlamlı bir farklılık ($P > 0.05$) görülmemekle birlikte yaşın ilerlemesi ile yarar sağlama alt düzeyinin arttığı görüldü

Tosun (2005) çalışmasında hemşirelerde yaş grupları ile yarar sağlama boyutunda gruplar arasında ileri anlamlı farklılık ($p < 0.01$) bulmuş ileri istatistik analizinde ilerleyen yaş gruplarında (41 yaş ve üzeri) yarar sağlamanın arttığı tespitini yapmıştır.

Kenneth & ark (1996) ve Gastrmans (1999) bu bulguyu desteklemekte, hemşirelerde ilerleyen yaş, meslek deneyimi ile birlikte yarar sağlamayı artıran bir faktör olarak görülmektedir.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda hemşirelerde anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ortalama puanlar incelediğinde 35-46 yaş arasında duyarlılık düzeyinin nötr olduğu bu yaş üstünde ise duyarlılığın arttığı gözlemlendi.

Hekimlerde ise duyarlılık düzeyinin daha yüksek olduğu görüldü..

Tosun(2005)'in çalışmasında tam tersine 41 yaş ve üzeri grupta bütüncü yaklaşım düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Lutzen ve ark (2000) yaşın bütüncül yaklaşımı etkileyen faktörlerden biri olduğunu vurgulamıştır.

Çatışma alt boyutunda hemşirelerde ve hekimlerde anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ortalama puanlar incelediğinde duyarlılık düzeyinin tüm yaş gruplarında düşük olduğu görüldü

Uygulama alt boyutunda hemşirelerde ve hekimlerde anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ortalama puanlar incelediğinde duyarlılık düzeyinin tüm yaş gruplarında düşük olduğu görüldü.

Tosun (2005)un çalışmasında ise hemşirelerin puan ortalamasının hekimlere oranla daha iyi düzeyde olduğu görüldü.

Zencir ve ark(1999) yaptıkları çalışmada hemşirelerin bu boyuta katılımlarını %80 civarında saptamış hekimlerin ise %60 oranında katıldıklarını saptamıştır.

Oryantasyon alt boyutunda hemşirelerde anlamlı bir farklılık görülmemekle birlikte ortalama puanlar incelendiğinde Hemşirelerde 23-28 yaş grubunda diğer gruplara oranla duyarlılık düzeyinin yüksek olduğu görüldü. Hekimlerde ise tam tersine 52 yaş ve üstünde duyarlılık düzeyi yüksek bulundu.

Tosun (2005) ise hekimlerin oryantasyon boyutunda daha iyi düzeyde olduğunu saptadı.

5.6. Hemşire ve hekimlerin hasta haklarına inanç puanları ile ahlaki duyarlılık puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulguların tartışılması

Hasta haklarına inanç ile ahlaki duyarlılık testlerine yanıtlar arasındaki ilişkiye bakıldığında $r = 0.95$ gibi çok yüksek bir ilişki görülmüştür. Bu da pozitif anlamda aralarında yüksek bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Hasta haklarına inanç arttıkça ahlaki duyarlılığında arttığı veya ahlaki duyarlılığın yüksek olmasının hasta haklarına inancı artıracağı söylenebilir

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde hasta haklarına inanç konusunda hemşire hekim, erkek-kadın ve yaş ve hizmet yılları açısından çoğu maddede fark çıkmazken duyarlılıkları da yüksek çıkmıştır.

Bu sonuç doğrultusunda hemşire ve hekimlere gerek temel eğitimde mezuniyet sonrası hizmet öncesi gerek hizmet içi eğitimlerde insan ve hasta hakları, ahlaki duyarlılık konularına daha fazla ağırlık verilmesi önerilebilir..Hastanelerde kurulacak etik kurul ve hasta hakları kurullarında bu konuların tartışılması da yardımcı olacaktır. Bunun yanı sıra iletişim- empati gibi kavramlarının eğitime ağırlık verimelidir.

6.KAYNAKLAR

- Acaroğlu,R.(2004)Bakımda Etik.2 uluslararası,9.Ulusal Hemşirelik kongresi Kitabı.İ.Ü. Basım Yayınevi Müdürlüğü.İstanbul
- Annas,G.J.(1992)The Rights of Patients. Paperback. 2.Edition .Humana Press.Inc.Totowa. New-Jersey.USA
- Ardahan, M.2003 Hemşirelerin Savunuculuk Rolü. C.Ü.Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.7 (2)
- Avcı.E.1990 Hemşire ve Doktorların Hasta haklarına İlişkin Görüşleri.II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, Ege Üniversitesi Basımevi,İzmir. 757-20
- Babadağ, K. (1990) Yardım etme bilim sanatında hasta ve tüketici hakları. Hemşirelik Bülteni, 16:69-74
- Babadağ, K, Acaroğlu R, Kaya N, Kaya H.(1999) Hemşirelik Tarihi ve Deontoloji Dersinin Değerlendirilmesine İlişkin Bir Çalışma. IV Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kongre Kitabı. Çevik Matbaacılık, İstanbul,
- Babadağ, K.(2004) Eğitimde Etik. 2.Uluslararası, 9.ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı.Ü.Basım Yayınevi Müdürlüğü.İstanbul
- Basson, M.D.(1995) Rights and Responsibilites in Modern Medicine. Mosby Company.USA
- Biröl, L.(1997) Hemşirelik Süreci. Etki Matbaacılık. İzmir,
- Değer, Ç.(1999) Hasta Hakları, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara
- Demirhan, A.E., Oguz,Y., Elçiođlu,Ö., Doğan,H. (2001) Klinik Etik.Nobel kitabevi. 1. Basım, İstanbul
- Douglas, L.M.(1992) The Effective Nurse (Leader and Manager). Mosby Company .NewYork
- Ekici B (1999) Hemşirelerin Hasta haklarını savunucu rolü. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı. Erzurum. 362-365
- Engelhardt, D.V.(2001) Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik.Birkhauser Yayınevi-Nobel Kitabevi. İstanbul

- Ersoy N, Göz F.(1999) Hemşirenin Etik Duyarlılığı.1.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı. Kocaeli ;96-100.
- Fry S. T.(2005) Hemşirelik Uygulamalarında Etik. Çeviren: Bağ Beyhan 2.Basım, Bakanlar Media. Erzurum
- Gastmans C. (1999) Care as a moral attitude in nursing.Nursing Ethics 6 (3):214-223
- Hasta Hakları Birimi www.tyih.gov.tr (13.3.2006)
- Hatun Ş.(1999) Hasta Hakları: Temel Belgeler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara
- James, Z.T.(1997) Patients Rights and Professional Practice. Hardcover Company USA
- Kapp, M.B(1999)Geriatrics and Law. Understanding Patient Rights and Professional Responsibilities. Spiringer Publishing Company. 3.Edition.Newyork. USA
- Kenneth, M.B, Kath, M. M.,Jan, E.T.(1996) Nursing Ethics. Churchill Livingstone.Singapore
- KKTC Resmi Gazete (1985) ‘KKTC Anayasası’ No1 Lefkoşa
- Leenen, H., Gevers, S.P.(1993) The Rights of Patients in Europe.Mospy Company.London
- Lutzen K, Johanson A, Nardüstrom G. Moral sensitivity: Some diferrences between nurses and pycsicians.Nursing Ethics 2000;7 (6):520-529
- Mchale,J.,Gallanger,A.(2003) Nursing and Human Rights.Butterworth. Heinmann Company.London
- Ocaktan, E ve ark.(2004) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 7(3) 127-137
- Pek, H, Bahçecik, N.1995 Çocuk Hemşirelerinin Hasta hakları ile İlgili Düşünceleri.IV. ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitapçığı. 15-17 Kasım.Ankara
- TC Resmi Gazete.(1998) “Hasta Hakları Yönetmeliği” Sayı: 23420. Ankara
- Tosun, H.(2005) Sağlık Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi. Doktora Tezi.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.İstanbul
- Tyberg, T.,Rothaus,K. (1997) Hospital Smarts.Prentice Hall.Paramus.New-Jersey.USA

Ulusoy,F.(2004) Araştırmada Etik.2.Uluslararası, 9.ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı.İ.Ü.Basım Yayınevi Müdürlüğü.İstanbul

Veliođlu, P. Babadağ, K.(1990) Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi. Eskiřehir Üniversitesi A.Ö.F. Yayınları No: 462. Eskiřehir

Vural G.(1993) Hasta Hakları Doktora Tezi.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Zülfikar, F;Ulusoy,M.F.(2001) Are Patient Aware Their Rights? A Turkish Study.Nursing Ethics 11(8): 487-498

Aktan,CC(2006)<http://www.canaktan.org> (10.08.2006) Haklar ve Özgürlükler Antolojisi

FORMLAR

Açıklama:

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım. Tez konum olan "KKTC'de Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" için aşağıdaki anket formları hazırlanmıştır. 1. form demografik özellikler, 2. form 1994 Amsterdam Bildirgesi'nin belirlediği hasta hakları, 3. form ise etik karar vermekle ilgilidir. Ankete katılmanız tamamen gönüllük ilkesine bağlıdır. Yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederim. Lütfen aşağıdaki sorulara en uygun yanıtı işaretleyiniz.

Fatma SAVAŞKAN
Hemşire
Ocak-2006

ANKET FORMU-1

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () 1. Erkek
() 2. Kadın

3. Eğitim Düzeyiniz: () 1. Ortaokul
() 2. Lise
() 3. Üniversite
() 4. Lisansüstü
() 5. Asistan hekim
() 6. Uzman hekim
() 7. Üst ihtisas

4. Mesleğiniz: () 1. Hekim
() 2. Hemşire

5. Kaç yıldır hastanede çalışıyorsunuz?
() 0-1 yıl
() 1-5 yıl
() 6-10 yıl
() 11-15 yıl
() 16 ve üzeri yıl

6. Hangi hastanede çalışıyorsunuz?
() 1. Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi
() 2. Mağusa Devlet Hastanesi
() 3. Girne Akçiçek Devlet Hastanesi
() 4. Cengiz Topel Devlet Hastanesi

7. Hasta Hakları konusunda bilginiz var mı?
() 1. Evet
() 2. Kısmen
() 3. Hayır

8. Hastanede Hasta Hakları'mı koruyan herhangi bir kurul var mı?
() 1. Evet
() 2. Hayır. Olması gerekir mi? () Evet () Hayır
() 3. Bilgim yok

ANKET FORMU -2

1. Hastaların onları en yüksek sağlık düzeyine ulaştıracak bakım ve tedavinin uygulamasını isteme hakkı vardır.

K. katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K. katılmıyorum
() () () () ()

2. Hastaların ahlaki-kültürel değer yargılarına ve dini-felsefi inançlarına saygı duyulmasını isteme hakkı vardır.

K. katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.katılmıyorum
() () () () ()

3. Hastaların, bakım ve tedavisi sürdürülürken cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum v.b. özelliklerine bakmaksızın eşit davranılmasını isteme hakkı vardır.

K. katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

4. Hastalarınızın, yapacağınız bakım ve tedavi ile ilgili potansiyel riskleri hakkında tarafınızdan bilgilendirilme hakkı vardır.

K. katılıyorum Katılıyorum kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

5. Hastalarınızın taburcu edilirken yazılı ve/veya sözlü bilgilendirilme hakkı vardır.

K.katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

6. Hastalarınıza bilgi verirken gerekli değilse tıbbi terimler kullanılmamasını isteme hakkı vardır.

K. Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

7. Hastanızın, bakım ve tedavi girişimleri uygulamalarında kişisel kararlarını ve isteklerini dikkate alınmasını isteme hakkı vardır.

K.Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K. Katılmıyorum
() () () () ()

8. Hastalarınızın uygulayacağınız bakım ve tedavi girişimlerinden önce yazılı ve/veya sözlü izin verme/vermeme hakkı vardır.

K.Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

9. Hastalarınız bilimsel araştırmalara dahil edilirken kendisinin/yasal vasisinin yazılı izin verme/vermeme hakkı vardır.

K.Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

10. Hastalarınızın, bakım ve tedavi girişimlerini uygularken mahremiyetini korunmasını isteme hakkı vardır.

K.Katılıyorum Katılıyorum Kararsızım Katılmıyorum K.Katılmıyorum
() () () () ()

11. Hastalarınızın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgilerinin gizli olarak korunmasını isteme hakkı vardır.

K. Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K.Katılmıyorum**
 () () () () ()

12. Hastanın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin gizli olarak korunmasına dikkat edilmesini isteme hakkı vardır.

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K Katılmıyorum**
 () () () () ()

13. Bakım ve tedavi girişimlerini uygularken hizmet ve araç-gereçlerin hastalar arasında dağılımında gereksinimi ölçüsünde adil davranmaya özen gösterilmesini isteme hakkı vardır.

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K.Katılmıyorum**
 () () () () ()

14. Hastanın hekimini ve hemşiresini seçme hakkı vardır.

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K Katılmıyorum**
 () () () () ()

15. Hastalarınızın, bakım ve tedavileri süresince yakınları tarafından desteklenme hakkına özen gösterilmesini isteme hakkı vardır.

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K Katılmıyorum**
 () () () () ()

16. Hastane yönetiminin prosedür gereği Hasta Hakları'nı kısıtlama hakkı vardır

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K.Katılmıyorum**
 () () () () ()

17. Hastalarınızın bakım ve tedavilerinin yeterince karşılanmadığını düşündüğünde yetkili mercilere (dernek, hastane yönetimi v.s.) başvurma hakkı vardır.

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K.Katılmıyorum**
 () () () () ()

18. Hastalarınızın istediğinde bakım ve tedavi ile ilişkili hastane kayıtlarını incelemesini ve kopyalamayı isteme hakkı vardır.

K.Katılıyorum **Katılıyorum** **Kararsızım** **Katılmıyorum** **K.Katılmıyorum**
 () () () () ()

ANKET FORMU -3**AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (ADA)****(MORAL SENSİTİVİTY OUESTİONNAİRE (MSQ))**

Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakım sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1-7 puan arasında verilerek değerlendirilecektir.

Lütfen bu ifadelere uygun gördüğünüz değerlendirmeyi daire içine alarak belirtiniz.

1. Hekim/hemşire olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum Hiç katılmıyorum

2. Hastalarımnda bir iyileşme göremezsem, işimin bir anlamı olmadığını hissederim.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

3. Yaptığım her işimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

4. Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

5. Hastanın güvenini kaybedersem, hekim/hemşire olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

6. Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

7. İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

8. Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim birşeyler vardır.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

9. Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

10. Hastaların bakım/tedavisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

11. Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sık sık karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

12. Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

13. Bakım/tedavi uygulamalarında hemşire-hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

14. Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sık sık karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

15. Hasta karşı çıksa bile her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

16. Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

17. Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hemşire/hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

18. Doğru karar verip vermediğimi herşeyden çok hastanın yanıtı belirler.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

19. Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

20. Etik açıdan doğru yada yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

21. Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi reddettiğinde izleyeceğim bir takım kuralların olması önemlidir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

22. İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

23. Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

24. Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzusuna karşın hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

26. Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

25. Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/tedavi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

27. Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

28. Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

29. Bir hekim/hemşire olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/tedavi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum

30. Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.

1 2 3 4 5 6 7
tamamen katılıyorum hiç katılmıyorum



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI

Sayı: S.S.Y.B.

Lefkoşa: 08/12/2005

**Sayın Fatma Savaşkan,
Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi,
LEFKOŞA.**

Konu: Tez çalışmaları için izin hk.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yataklı Tedavi Kurumlarında çalışan hemşire ve hekimlerin "Hasta Haklarına Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi" konu başlıklı teziniz için yapacağınız tüm çalışmalarınızı onayladığımı bildiririm.

Msc. İsmet Çoban
Hemşirelik Hizmetleri Uzmanı

İS/ZK.

KUZey KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ

SAĞLIK VE SOSYAL
YARDIM BAKANLIĞI

Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi



TURKISH REPUBLIC OF NORTHERN CYPRUS

MINISTRY OF HEALTH AND
SOCIAL WELFARESecondary and Tertiary Care
DepartmentTel: +0392 228 3173 Faks: +0392 228 84 07
Adres: Bedreddin Demirel Caddesi No:142 Lefkoşa

Y.T.K.D. 3593

Lefkoşa : 09.12.2005

Sn. Fatma Savaşkan,
II. Derece Mesul Hemşire,
(Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastahanesi Başhekimi eliyle),
LEFKOŞA.

7 Aralık 2005 tarihli dilekçenize istinaden, Tez çalışmalarınızla ilgili anket vs.
uygulamaları, Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yürütmeniz uygun görülmüştür.


Dr. Alper BAYDAR
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi Müdürü (a)

Dağıtım: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (bilgi).

NG.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı	Savaşkan
Doğ.Yeri	M/sa Kıbrıs	Doğ.Tar.	08.07.1968
Uyruğu	KKTC	TC Kim No	
Email	hemsire@kktc.net	Tel	03922233679

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Ege Üniversitesi	1991
Lise	Namık Kemal Lisesi	1986

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	İnfeksiyon Kontrol Hemşiresi	LDH Kıbrıs	2005-(...)
2.	KKB-Göz Sorumlu Hemşiresi	LDH Kıbrıs	1994-2005
3.	Acil Servis Hemşiresi	LDH Kıbrıs	1992-1994

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	İyi		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi