

T.C.
M. S. G. S. Ü.
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI
GENEL SOSYOLOJİ VE METODOLOJİ PROGRAMI

**KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE HASTA HAKLARI
UYGULAMALARININ SOSYOLOJİK AÇIDAN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Hazırlayan
Songül MANGAN
20036104

Danışman
Prof. Dr. Güliz ERGİNSOY

İstanbul, 2006

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ.....	IV
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VII
1. GİRİŞ.....	1
2. MODERN TIP.....	6
2.1. Modern Tıbbın Doğuşu.....	6
2.1.1. Modern Tıbbın Hasta ve Hastalık Algısı.....	8
3. HASTA HEKİM İLİŞKİSİNDE BAZI TEMEL KAVRAMLAR.....	11
3.1. Sağlık Sosyolojisinde Hekim Hasta İlişkisi ile İlgili Kuramlar.....	12
3.1.1. Parsons'ın Rol Modeli (<i>Consensus Models</i>).....	13
3.1.2. Çatışma Modeli (<i>Conflict Models</i>).....	16
3.1.3. Uzlaşma Modeli (<i>Negotiative Models</i>).....	17
3.2. Hekim Hasta İlişkisi Modelleri	18
3.2.1. Babacıl Model (<i>Paternalistik Model</i>)	20
3.2.2. Bilgilendirici Model(<i>The Informative Model</i>).....	21
3.2.3. Yorumlayıcı Model (<i>The Interpretive Model</i>).....	23
3.2.4. Müzakereci Model (<i>The Deliberative Model</i>).....	25
3.3. Dört Modelin Karşılaştırılması.....	26
3.4. Ülkemizde Hekim Hasta İlişkisi.....	32
3.5. Hasta- Hastane İlişkileri.....	33
4. HAK KAVRAMI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	36

4.1. Hak Kavramı ile ilgili Teoriler.....	36
4.1.1 İrade Teorisi ve Eleştirisi.....	37
4.1.2. Menfaat Teorisi ve Eleştirisi.....	37
4.1.3. Karma Teorisi.....	37
4.2. İnsan Haklarının Tarihsel Gelişimi.....	38
4.3. Hasta Hakları Nedir?.....	39
4.3.1 Hasta Hakları Tarihsel Gelişimi.....	40
4.3.2. Uluslararası Hasta Hakları Bildirgeleri.....	42
4.4. Ülkemizde Hasta Hakları Uygulamalar.....	43
4.4.1. Ülkemizde Hasta Hakları ile İlgili Mevzuatlar.....	45
4.4.2. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	45
4.4.3. Hasta Hakları Birimleri.....	46
4.5. Hasta Hakları İle İlgili İnternet Siteleri.....	48
5. OTORİTE-İKTİDAR VE GÜÇ KAVRAMLARININ TANIMLARI.....	49
5.1. Otorite Nedir?.....	49
5.1.1. Max Weber’de Otorite Kavramı.....	50
5.2. İktidar Nedir?.....	53
5.2.1. Michel Foucault’da İktidar Kavramı	54
5.3 Sağlık Organizasyonunda Bir Unsur Olarak “İktidar/Otorite”.....	56
5.4. Güç Nedir?.....	58
5.4.1. Güç Çeşitleri.....	58
5.4.1.1. Zorlayıcı Güç.....	59
5.4.1.2. Ödüllendirici Güç.....	59
5.4.1.3. Uzmanlık Gücü.....	60

5.4.1.4. Sevgi ve Özdeşim Gücü.....	60
5.4.1.5. Meşru Güç.....	61
5.3.1.6. Bilgi Gücü.....	61
6. SAHA ÇALIŞMASI.....	63
6.1. İstanbul İlinin Sağlık Hizmetleri İle İlgili Demografik Özellikleri.....	63
6.2. Anketlerin Hazırlanması.....	65
6.3. Evren ve Örneklem.....	66
6.4. Değerlendirme.....	67
6.5. Bulgular ve Tartışma.....	67
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	97
8. EKLER.....	104
8.1. Ek-1... Hasta Hakları Yönetmeliği.....	104
8.2. Ek-2... Doktor Anketi.....	118
8.3. Ek-3... Hasta Anketi.....	122
8.4. Ek-4... Hasta Hakları ile İlgili Bildirgeler.....	125
8.5. Ek-5... İstanbul ilindeki Kamu Hastanelerinin Yatak, Hekim ve Poliklinik Sayıları	132
9. KAYNAKLAR.....	134
10. ÖZGEÇMİŞ.....	138

Songül MANGAN tarafından hazırlanan Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Uygulamalarının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi adlı bu çalışma jürimizce Y.Lisans Tezi olarak Kabul Edilmiştir.

Kabul (Sınav) Tarihi : 12 / 10 / 2006

(Jüri Üyesinin Ünvanı , Adı , Soyadı ve Kurumu) :

İmzası :

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Güliz ERGİNSOY
(Danışman)

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Esin KÜNTAY

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Haydar SUR
(M.Ü.Öğr.Üy.)



The image shows three handwritten signatures in black ink, each written over a horizontal dotted line. The first signature is the most stylized, the second is a simple geometric shape, and the third is a cursive signature.

ÖNSÖZ

Günümüz insanının modern mabetler diyebileceğimiz “hastanelerde” adeta bir din adamı gibi davranan “hekim” karşısında, sağlığını ve özerkliğini yitirdiğinde, kurumsal ve bireysel otorite karşısında, kendi beden ve gelecekleri ile ilgili karar alma sürecinde nasıl bir tavır aldıkları irdelenecektir. Günümüzde hekim aynı zamanda “ bir devlet görevlisi, bir hastane sahibi, bir laboratuvar ya da görüntüleme merkezinin ortağı, bir ilaç çalışmasının yürütücüsü” olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin niteliğini yedi ana bölümde irdelemeye çalışacağım. Giriş bölümünde çalışmaya ilişkin genel bilgiler, ikinci bölümde modern tıbbın doğuşu, sağlık ve hastalığın geleneksel ve modern çağda algılanışı, üçüncü bölümde hasta ve hekim arasındaki ilişki rol ve modelleri, dördüncü bölümde hasta hakları tarihsel gelişimi ve ülkemizde ki durum, beşinci bölümde hasta ile hekim arasındaki ilişki Bilgi-İktidar, Otorite ve Güç ekseninde ele alınacaktır. Altıncı bölümde saha çalışması ve bulgular ve tartışma yedinci bölümde ise sonuçlar ve öneriler şeklinde olacaktır. 1991 yılından beri çeşitli sağlık kuruluşlarında görev yapıyor olmam, sağlık alanındaki deneyimim saha çalışmamdaki anketlerin hazırlanmasında ve yürütülmesinde yol gösterici olmuştur.

Prof. Dr. Esin Küntay’a ve danışman hocam Prof. Dr. Güliz Erginsoy’a sadece tez çalışmam da yaptıkları rehberlik nedeniyle değil, her zaman cesaretlendiren sözleri için, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Haydar Sur’a ve asistanlarından Emre ve Özgür’e çalışmanın istatistikî analizi sırasındaki yardımlarından dolayı, kızıma “hadi ders çalış anne” diye yaptığı uyarılardan dolayı, eşime, oğluma ve kardeşime bu çalışmanın yazım aşamasında gösterdikleri sabır ve destekten dolayı, teşekkür ediyorum.

Haziran 2006

Songül MANGAN

ÖZET

Bu tezde hasta ile hekim arasındaki geleneksel otoriter ilişkinin, toplumsal değişimlerden ne derece etkilendiği incelenmiştir. Toplumsal roller ve kurumsal yapılar bireylerin demokratik talepleri doğrultusunda değişmektedir. Bu değişim hasta ile hekim arasında ilk çağlardan beri var olan bilgiye sahip hekim ve onun otoritesi karşısında daha güçsüz bir konumda olan hasta birey ilişkisinde de görülmektedir.

İleri teknoloji ülkelerin de yaşamış olan bir dönüşümün eşiğinde olduğumuz söylenebilir. Bilgi tekeli zayıfladıkça bilgiye ulaşım herkes için mümkün oldukça hasta ile hekim arasında ki otoriter ilişki, eşitler arası iletişime dönüşecektir.

Bu çalışmada bir kamu hastanesinde çalışan hekimlerin ve muayene olan hastaların bakış açısından tedavi konusunda “karar alma mekanizması” ve “katılımcı karar alma” irdelenmiştir. Hasta ile hekim arasında ki ilişkinin niteliğini her şeyden daha çok karar alma mekanizmasının belirlediği düşünülmektedir. Bu amaçla 55 doktor ve 126 hasta üzerinde anket uygulanmıştır.

Bu çalışma hasta ile hekim arasında ki ilişkide henüz yaşanmamış dönüşümü tespit etmek için oldukça isabetli olmuşsa da, var olduğunu düşündüğüm dönüşümün henüz çok başında olduğumuzu görmek biraz hayal kırıklığı yaratmıştır. Anket uygulanan hastalardan %85,5’i “tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederim” derken % 57,9’u tedaviyi seçme, reddetme ve durdurma hakları olduğunu düşünmektedirler. Fakat bu sorularla yapılacak 10 yıl sonraki bir çalışmaya değişimin yansıtacağı kanaatimdir.

ANAHTAR KELİMELER: Hasta-Hekim İlişkileri, Otorite, Hasta Hakları, Karar Alma Mekanizmaları, Bilgi.

1.GİRİŞ

Bu tezde ele alınan sorunsal; hekimle hasta arasındaki yüzyıllardır süregelen geleneksel otoriter ilişkinin çağımızda bu ikili insan ilişkisinin dışındaki etkenlerle beslenmesidir. Bu mekanizmalar; hekim destekli ilaç firmalarının yaptığı araştırmalar, sağlık teknolojisindeki gelişmeler, tıp biliminin dolayısıyla hekimlerin insanlar üzerindeki girişimlerindeki devasa artış ve büyük ölçüde piyasa dinamiklerine teslim olan sağlık sistemi karşısında, hastaların korunması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Hekimin hasta üzerindeki egemenliğini destekleyen sistemler bir yanda yer alırken, bunun karşısında bugün insan haklarının bir alt dalı olarak hasta hakları kavramı yer almaktadır.¹ Hasta birey; onun bedeni ve bunlar üzerindeki sanal tasarılar, varsayımlar ve gerçek müdahaleler yetkesine sahip hekim ile hasta arasındaki toplumsal ilişki Beden Sosyolojisi alanında pek çok güncel tartışma ve sorunsal ile de yakından ilgilidir. Küreselleşmeyle bedenin merkezi bir konuma gelmesinin nedeni “tüketim toplumunun hazcı yapısındaki temel nesnesinin beden olmasıdır. Bedenin daha güzel görünmesi, sağlığı ve kontrolü, modern tüketim toplumunun temel hedefi olarak ortaya çıkar”² Artık küreselleşen dünyada beden ve onunla ilgili durumlar (sağlık, hastalık, güzellik vb.) birer meta konumundadır. Turner’ın deyişiyle, “kapitalizmde sağlık, piyasada diğer metalar gibi bir meta haline gelmektedir.”³ Günümüz de yeme bozuklukları artık bilinmeyen hastalık biçimleri değildirler. İngiltere’de kadınların yaklaşık %20’sinin, yaşamlarının bir döneminde yeme bozuklukları sonucunda ortaya çıkan ciddi sorunları olmuştur. 13 yaşındaki kızların % 60’ı diyetle başlamış; bu oran 18 yaşındaki genç kadınlarda % 80’i geçmektedir. Yeme bozukluklarının yaygınlaşması toplumsal etmenlerin yaşamlarımız üzerindeki etkisini açıkça ortaya koymaktadır⁴

Hasta hakları kavramının 1970’li yıllarda, ilk kez ABD’de başladığı kabul edilir ve görece yeni bir kavramdır. Temel insan haklarının bir alt başlığı olarak

- hasta - insanın tıbbi müdahale ve tedavi gibi hayati bir alanda haklarını tanımlamakla birlikte aslında geleneksel hasta-hekim ilişkisini değiştirmek gibi bir

¹Şükrü HATUN, **Hasta Hakları**, 15.

²Emre IŞIK, **Beden ve Toplum Kuramı**, 15.

³Bryan S. TURNER, **Kapitalizm, Sınıf ve Hastalık**, Çev. Aylin Dikmen,109.

⁴Anthony GIDDENS, **Sosyoloji**, 126.

amaçta taşımaktadır. Hastalığı iyileştirme gücünün aziz krallara ait olduğu klasik çağdan günümüze taşınan pek çok şey olmuştur. Daha 18.yy. da Kral Dokunuşu olarak bilinen ve dokunma ile hastalığı tedavi etme gücüne sahip olduğuna inanılan İngiliz ve Fransız kraliyet aileleri vardı.⁵ Elbette bu iki yönlü okunabilir. Meşruiyet sağlamak için sağaltıcı güçleri olduğunu iddia eden krallardan sonra sağaltıcı güçleri olduğu için hükmetmeye hakları olduğuna inanılan hekimler. Tarih boyunca hekim krallar şamanlar olmuştur. Belki de bu sıkı bağlar sonucu hasta ile hekim arasında ki ilişki günümüzde hala sorgulanmak ve araya sınırlar çizilmek zorunda kalınmaktadır.

Yardım bekleyen, acı ve ızdırap çeken, yaşam mücadelesi içerisinde; kişisel kontrolünü kaybetmiş, en azından azalmış olan hastanın, bu çerçevede hekime karşı geliştirdiği saygı ve güven de, ileri noktada ilişkinin tek yanlılığını güçlendirmekte, hekim hastası üzerinde belli bir "otorite" konumuna gelmektedir. Hasta, tıbbi ve bilimsel gerekçelerle kendi bedeni üzerinde yapılan müdahaleler hakkında hiçbir bilgi ve karar noktasında bulunamamakta, büyük bir inanç ve güvenle kendini hekimine teslim etmektedir.

Günümüzde kadının bazı dönemlerinde yaşadığı tabi süreçler bile hastalık olarak görülüyor. Mesela hamileliklerin çoğu riskli kabul edildiğinden sezaryen ile doğumlarda önemli artış yaşanmaktadır. Almanya'da ki araştırmalara göre uzmanlar en azından 60.000 ameliyatın gereksiz olduğunu söylemelerine rağmen her yıl 160.000 rahim alınmaktadır. Son on yılda 30.000 yeni hastalık keşfedildi ve yeni hastalıkların keşfedilmesiyle ilaç firmaları en parlak dönemlerini yaşamaya başladı.⁶ Sağlık alanında ki bu yeni gelişmeler ve değişimler, hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi daha karmaşık bir hale getirdi.

Dünyada ve ülkemizde bu karmaşık ilişkiyi düzenlemek adına çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Hipokrat Yemini'nin kendisi aslında tamamen hasta hakları ile ilgili kavramları içermektedir.

“Hekim Apollo, Aesculapius, Hygia, Panacea adına and içerim ve tüm tanrı ile tanrıçaları tanık tutarım ki, bu yemini kendi yetenek ve hükmümle yerine getireceğim.Bana bu sanatı öğreteni babam gibi tutacağım. Onun

⁵ Theda SKOCPOL, **Tarihsel Sosyoloji**, Çev.Ahmet Fethi, 36,37.

⁶ Nilgün ÖZBAŞARAN DEDE, **Genç Beyin**, 55.

dostu olacağım ve maddiyatımı onunla paylaşacağım. Onun çocuklarını kardeşim bileceğim. İstedikleri takdirde bu sanatı onlara karşılıksız öğreteceğim. Tıbbi bilgilerimi yalnızca çocuklarım, hocamın çocukları ve bu mesleğe girip kurallarını kabul etmiş olanlarla paylaşacağım. Yetenek ve hükmüm doğrultusunda hastalarımın iyiliği ve yararı için diyet uygulayacağım ve kimseye zarar vermeyeceğim. Ne ölümcül ilaç isteyene böyle bir amaçlı ilaç vereceğim ne de ölümüne neden olacak bir tavsiyede bulunacağım. Bir kadının çocuk düşürmesine yardım etmeyeceğim “Sanat ve hayatımın temizliğini ve kutsiyetini koruyacağım” Mesaneden taş alma müdahalesi yapmayacağım bunu uzmanına bırakacağım. Girdiğim her ev, hastamın iyiliği içindir. Özgür ya da köle olsun hiçbir insana tacizde bulunmayacağım. Hastama ait bilgileri kimseye açıklamayacağım ve onları sır olarak saklayacağım. Eğer bu yeminimi tutarsam insanlar arasında her zaman hürmet göreyim, eğer tutmazsam aksine uğrayayım.”⁷

Bugünkü Hekimlik felsefesi ve tıp etiğinin temellerini atan Hipokrat’tan beri hasta-hekim ilişkisi güven esasına dayanmış ve belli ölçülerde “kutsallık” taşıyan bir ilişki olarak yaşanmıştır.⁸ Yüzyılımızın ortalarına kadar hakim olan değerler, II. Dünya Savaşı’nın sona ermesiyle önemli bir irdelenme noktasına gelmiştir. Savaş zamanında Almanya’da Nazi hekimlerinin tıbbi araştırma amacıyla insanlar üzerinde kıyım ve işkence uygulamaları, bir uç örnek olarak insanlık üzerinde çok derin ve kötü izler bırakmıştır. Bu olay hasta-hekim ilişkisinde yeni bir dönemin habercisidir. Savaş ertesinde oluşturulan tıbbi kural ve bildirgeler, yaşanmış olanların tekrar yaşanmamasını temin etmek kaygısı içerisinde. Savaş ertesinin Nuremberg Kodları, Dünya Tıp Birliğinin bildirgeleri gibi örnekler, sanki her an karşılaşılabilecek "potansiyel" bir tehlikeye karşı hastaları korumaya çalışmaktadırlar. 1948 tarihli Cenevre Bildirgesi hasta karşısında, hekimlerden "hayatlarını insanlık hizmetine adanmaları" konusunda yemin etmelerini istemektedir ki, neredeyse en yüce erdemli bir tutum ve davranış örneği olabilecek böyle bir istem, Hipokrat Andı’nda bile yer almamıştır. Söz konusu Cenevre Bildirgesinin metni şöyledir:

“Tıp mesleğine bir üye olarak kabul edildiğim şu anda; Kendi yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma bütün varlığımla yemin ederim,

⁷ Erdem AYDIN, **Tıp Etiğine Giriş**, 30.

⁸ Bkz. (1), HATUN,11-12.

Öğretmenlerime layık oldukları saygı ve şükranı göstereceğim. Mesleğimi vicdan ve ağırbaşlılıkla yürüteceğim. Benim için hastalarımın sağlığı en önde gelecek. Bana verilmiş olan sırlara, hastanın ölümünden sonra bile saygı göstereceğim. Meslektaşlarım, kardeşim olacak. Din, ulus, ırk parti politikaları ya da toplumsal durumla ilgili değerlendirmelerin görevimle hastamın arasına girmesine izin vermeyeceğim. Tehdit altında olsam bile insan yaşamına başlangıcından itibaren göstereceğim saygıyı sürdüreceğim ve tıbbi bilgimi insanlık yasalarına karşı gelecek şekilde kullanmayacağım. Bunlara bütün varlığımla, özgür olarak onurum üzerine and içiyorum.”⁹

Günümüzde hasta-hekim ilişkisi, bir yandan hekimlerin Tıbbi Deontoloji kuralları ile bir yandan ise çeşitli uluslar arası ve ulusal bildirgeler-sözleşmeler ve yönetmeliklerle sağlanmaya çalışılıyor.

Özünde güven esasına dayanan bir ilişki için tıbbi etik ilkelerin yeterli olmaması; bunun için uluslar arası bildirgelerin hazırlanması, hasta kişinin özerkliğini yitirdiğinde “karar verme mekanizması” içerisinde, “eşit” ve “katılımcı karar verme” hakkını hekime devretmeye gönüllü olması da etkenlerden bir tanesidir. Cassell, hekimin bir görevinin de hastasının kendi özgün kararını verecek duruma gelmesini sağlamak olduğunu ifade eder.¹⁰ Hastalık nedeniyle özerkliğini yitirmiş ve karmaşık bir kurum ve uzmanlık otoritesi karşısında kalmış hastanın ve onun karşısında ki hekimin, karar verme sürecinde ki tutumları ve hasta ile hekim arasındaki paternalistik¹¹ ilişkinin günümüzde ne denli değişmiş olduğunu irdelenecektir. Buna ek olarak hekimlerin sahip olduğu otoriteyi paylaşmaya gönüllü olup olmadıkları irdelenecektir.

Hasta-hekim ilişkisinin anlaşılması, sadece tıp alanında bir açıklığın kazanılması anlamına gelmemekte, aynı zamanda toplumda hâkim güç-otorite ilişkileri ve bunları doğuran siyasetin yapısına ilişkin de açıklık kazanılmasına yardımcı olacaktır. Sağlık ile ilgili örgütlenmenin modern iktidar, bürokrasi ve rasyonelleşmeyle direkt bağlantılı olduğunu kavramak gerekmektedir. Örneğin Cartwright ve O’Brein, hastaların geldiklerin sınıfın hekimlerle ilişkilerinde önemli bir rol oynadığını ileri sürmüşlerdir. Yapılan araştırmalarda hekimler işçi sınıfından gelen hastalara orta sınıftan gelen hastalardan daha az zaman ayırmışlardır. Başka bir araştırmada hekimler, kendilerine gelen hastalar arasında açıkça ayırım yapmakta,

⁹ <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3370.doc>

¹⁰ Eric J. CASSELL, *New England Journal of Medicine*, 330.

¹¹ Bkz. (7), AYDIN, 43-45.

örneğin, kadınların, çocuklu annelerin ve psikolojik sorunlu hastaların zor hastalar olduklarını söylemektedirler.¹²

Bu araştırmada Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimlere ve muayene olmuş ya da yatan hastalara uygulanan anketlerin değerlendirilmesi ile elde edilen veriler kullanılmıştır.

¹² Zafer CİRİNLIÖĞLU, **Sağlık Sosyolojisi**, 65-66.

2. MODERN TIP

Bu bölümde modern tıbbın doğuşu hastalık ve sağlığın algılanışında oluşan farklılıklar incelenecektir.

17. ve 18. yüzyıllarda tıbbi düşünce ve uygulama bugün onlara tanınan birliğe veya tutarlılığa sahip değildi. Lyon’lu bir hekim 1772’de Tıbbi Anarşi adlı makalesinde “Uygulamalı tıbbın en büyük dalı bu sanatın bağrının dışında doğmuş kişilerin elindedir; kocakarılar, kırıkçı çıkıkçılar, şarlatanlar, büyücüler, aktarlar, cerrahlar, rahibeler...., hastalıklara hekimlerden daha çok bakmakta, onlardan çok daha fazla ilaç vermektedir”¹³ diye yazar.

2.1. Modern Tıbbın Doğuşu

Descartes’in felsefeye, Galileo’nun fiziğe yaptığı katkılar ve Bacon’ın deneyleri gibi Vesalius’un disseksiyonu (eğitim amaçlı insan kadavrasının kesilmesi)* insan anatomisi araştırmaların da bir yöntem olarak kullanması, insanlar ve bedenleri arasındaki düalizmi kabul ettirmiş, bedeni, insanoğlunun dünyada var olma aracı olarak kabul etmiştir. Dolayısıyla iki bin yıldır süregelen ve antik Yunan saygınlığını taşıyan bir gelenek yerini başka bir geleneğe bırakmıştır. Hıristiyan doktrinine göre, ruh bedenden daha önemliydi. Cerrahi mühadale ve genelde bedenle ilgilenmek berber cerrahların göreviydi, eğitilmiş hekimler de onları küçümserdi. Amaç her zaman için, beden bütünüyle çökmeden önce ruhu tedavi etmektir. Tıp bir dizi tören, öğretisi ve alıştırmadan oluşmaktaydı; tedavi etme ya da arındırma tiyatrosuydu; sahnede hekim de herkes gibi rolünü oynuyordu. Pascal bu oyundaki görüşünü şöyle dile getirmişti: ”Eğer eğitilmiş hekimler kare biçiminde başlıklar takıp kendilerine dört beden büyük cüppeler giymeselerdi, böyle olağandışı gösterileri karşı konulmaz bulan dünyayı asla kandıramazlardı. Eğer hakikaten güvenilir olsalar ve hakikaten insanları iyileştirme becerisine sahip olsalardı, zaten o kare biçimindeki başlıklara ihtiyaç duymazlardı; böyle kutsal bir ilmin görkemi, hak ettiği saygıyı kendiliğinden elde ederdi.”¹⁴ Tıp bir kandırmaca dan ibaretti; hatta Moliere, bu görüşün en mükemmel örneğini, tıbbın tiyatrosunun ve inancın etkileyici bir

¹³ Michel FOUCAULT, *Deliliğin Tarihi*, Çev. Mehmet Ali Kılıçbay, 447.

¹⁴ Iain BAMFORTH, *Kütüphanedeki Bedeni*, Çev. Begüm Kovulmaz, 10,11.

incelemesini *Hayali Hasta* adlı eseriyle vermişti. Bu dönemde sıradan insanlardan oluşan kitlelere gelince; onlar, geleneksel tedavi yöntemlerinden ve şifalı otlardan başka tedavi yöntemi bilmezlerdi. Asıl bilgi sözlü gelenekten gelmekteydi ve hemen her zaman tedavi evde yapılırdı. Bu bilginin büyük çoğunluğu kadınların elindeydi; matbaalar yaygınlaştıktan sonra yazılan ve bu tür bilgileri içeren kitaplar, mesela İngiliz Ev Hanımı (1615) binlerce kişi tarafından satın alınıyordu.¹⁵

1789 Paris Devrimi, tıpta yeni bir şok etkisi yarattı. Devrim avukatları, hayır kurumlarını kilisenin elinden söküp aldı. Bütün büyük Fransız şehirlerinde sağlık komisyonları kuruldu, fakültelerdeki eğitim, tıbbi hizmetler bütünüyle gözden geçirildi. Devrim sayesinde yapılan düzenlemeler, tıp mesleğine saygın bir statü kazandırdı ve ‘bon docteur’ figürü ortaya çıktı; sabahları yerel hastanelerde fakir hastaları tedavi ediyor, akşamüstleri de, şık muayenehanelerinde zengin burjuva müşterilerine hizmet ediyorlardı. Hekimler ve bedenler hakkındaki müstehcen şakalar Viktorya döneminde kabul edilemez hale geldi. Tıp giderek daha erdemli ve kutsal hale geldikçe, merhametsiz ve şehvet düşkün hekim tiplmesi yok oldu. Tıp, silkelenip kendine gelmek zorundaydı ve bunu başardı da.¹⁶

1895’de, Wilhem Röntgen’in ilk röntgeni çekmesi, Justus Liebig’i modern farmakolojinin temellerini atması, Rudolf Virchow’un kanserli hücreyi teşhis etmesi, 1910’da Ehrlich’in frengi tedavisini bulması, 1922’de diyabet tedavisinde insülinin, 1935’te ilk supla ilaçların, 1942’de penisilin bulunmasıyla hekimlerin çeşitli hastalıkları tedavi etmesi mümkün oldu. DNA’nın kodunun çözülmesi ve bağışıklık sisteminin daha iyi anlaşılması, hekimlere 19.yy’da kazandıkları sosyal statüyü teknik beceriyle destekleyerek sağlamlaştırma şansını vermektedir.

19.yy’ın sonu ve 20.yy’ın başından itibaren ekonomik gelişme, kentleşme, kamusal taşımacılıkta oluşan dönümler ve diğer birçok değişimle bağlantılı olarak, tıp hizmetlerine olan ihtiyaçlarda dönüşüme uğramaya başlamıştır. Burada ortaya çıkan önemli bir husus ise bilimsel tıp olgusunun gelişimiyle ilişkilendirilmektedir. Bilimsel ideolojideki dönüşümler, teknik imkânlardaki gelişimler tıbbi müdahalenin çehresini dönüştürmeye başlamış, daha etkin ameliyat ve iyi hastane koşulları ortaya çıkmıştır. Toplumsal tıp toplumsallaştırılmak istenen bir sağlık anlayışını öncelerken,

¹⁵ A.g.k., 11-12.

¹⁶ A.g.k.,13-15.

bilimsel tıp, karmaşık bir iş bölümü ve bilgisel uzmanlaşmaya yönelmektedir. Tüm bir birey yerine parçalar öne çıkmaya başlamıştır.¹⁷

Teknoloji, tıbbı sadece daha insani bir hale getirerek – ameliyatları ve genel olarak tıp hizmetini daha az acı verici hale sokarak - değil, insan bedenini şeffaf ve okunabilir bir hale dönüştürdü. Bilgi çağında beden kapalı bir kutu olmaktan çıktı. Teknik tıbbın başarısı ve analitik bilgisayar teknolojisi, digital görüntüleri ve analiz yapma yetisiyle, hekimleri - en azından teşhis alanında uzmanlaşmış hekimleri - gereksiz kılabilir. Hastaya neresinin ağrıdığını, ağrısı olup olmadığını bile sormaya gerek kalmayacaktır. Viktorya döneminde yaşayan küçük bir çocuk gibi, hasta görülebilecek (görülme zorundadır), fakat asla duyulmayacaktır.

1990'lı yıllara gelindiğinde ise tıpta tuhaf bir konuma gelinmişti, insanlar hiç olmadıkları kadar sağlıklıydılar, sıra, tıbbın etki alanını olabildiğince genişletmeye; sıradan, günlük olaylara tıbbi bir bakış açısıyla bakmaya, riskleri hastalık haline getirmeye, insan bedenini bütünüyle kontrol altına almaya gelmişti. Bir yandan tıbbi bakış açısı genişlerken diğer yandan tıptaki gelişmeler sıradan insanı hekim ve tıp karşısında giderek güçsüz bırakıyordu.¹⁸

2.1.1. Modern Tıbbın Hasta ve Hastalık Algısı

Modern tıbbın ortaya çıkışından önce, hastalıklar ruhsal ve mekanik güçlerin bir ürünü olarak düşünülürdü. Örneğin; hastalık günahkâr davranışlardan ötürü Tanrı'nın insanlara verdiği bir ceza şeklinde ele alınırdı. 19.yy'ın ilk yarısında yaygınlaşan kolera salgını, zayıf ahlaktan ve çevrede bulunan organizmaların çürümesinden dolayı havanın kötüleşmesi şeklinde açıklanmış. Hastalığın kavranmasında Kartezyen düşünce çok önemli bir rol oynamıştır. Bu felsefe akımına göre ruh ve beden birbirinden bağımsızdır. Bu düşünce yaygın olarak benimsendiğinde, hastalıkların mikrobiyolojik kökenlerinin incelenmesi için uygun bir ortam sağlanmış oldu. Beden kendi içinde işleyen ve kendi kuralları olan bir bütün olarak düşünölmeye başlandı. Bunun sonucunda 19.yy'ın ikinci yarısında

¹⁷ İ.Emre IŞIK, **Gen-Politik**, 19-20.

¹⁸ Bkz. (13), 19-20.

mikropların hastalıkların nedeni olduğu keşfedilebilmiştir. Daha sonraki araştırmalar, bir tek mikroplu açıklamalardan yani bir tek nedenli açıklamalardan, çok faktörlü açıklamalara doğru inceleme alanlarını genişletmişlerdir. Ancak unutulmaması gereken bir nokta ise hastalıkların toplumsal kökenlerinin, aslında en ilkel toplumlarda bile keşfedilmiş olmasıdır. Eski ile şimdiki arasındaki fark, modern zamanlarda, bunun çok daha geniş bir perspektiften yapılıyor olması. Örneğin; Freud, çözümsüz, psikolojik sorunların gastrit, ülser, astım gibi hastalıklara yol açtığını iddia etmişti.¹⁹ Bu çizgiyi takip edenler, bazı hastalıkların psikosomatik zeminde gerçekleştiğini ileri sürmüşlerdir. Şimdilerde ise toplumsal ve psikolojik faktörlerin hemen hemen her türlü, hastalıkta etkin olduğu benimsenen bir görüş haline gelmiştir. Örneğin Dünyadaki en etkili ilaçlardan biri aslında ilaç değil. Plasebo adı verilen herhangi bir madde, sadece şeker içeren bir hap ya da şırıngayla verilen tuzlu su. Hiçbir farmakolojik madde içermese de ağrıyı gideriyor, morali düzeltiyor ve hastayı iyileştiriyor. Plasebolar bir ameliyat olarak bile karşımıza çıkabiliyor. Artrit tedavisinde uygulanan yöntemlerden biri artroskopik diz ameliyatı ama uzmanlar sahte bir ameliyatla da aynı başarıyı yakaladılar. Doktorlar hastayı uyutup dizinde küçük bir kesik açtı ve yarayı tekrar dikti. Hasta kendine geldiğinde ameliyatın başarıyla tamamlandığı söylendi. İki yıllık bir gözlem süresi sonunda gerçekten ameliyat olan hastalarla plasebo uygulanan hastaların aynı derecede iyileşme ve diz işlevlerinde gelişme gösterdiği görüldü.²⁰

Tıp alanında teknolojik cihazların kullanılmaya başlanması hasta ile hekim arasında ki ilişkiyi daha otoriter ve mesafeli yapmıştır. Hekim artık hastasından ayrıntılı anemnez almak, hastayı iyiden iyiye dinlemek ve geleneksel muayeneleri yapmak yerine teknolojik cihazların verdiği sonuçlara göre tedavi uygulamaya başlamıştır. "Sağlık, Batı(modern) tıbbının yaptığı değişik analizlerin normalliğinden anlaşılmaz. Kan, kolestrol normal denir. Bir insanda bütün bunlar normal olabilir ama yine de kendini iyi hissetmeyebilir." Batı (modern) tıbbı hastalığı tedavi etme, Doğu (geleneksel) tıbbı ise hastayı tedavi etmek niyetindedir. Geleneksel Çin tıbbı öfke, korku, nefret ve kıskançlığın sağlığın bozulmasına neden olduğunu; merhamet, şefkat, neşenin insanın kendini iyi hissetmesine katkı sağladığını söyler modern tıp

¹⁹ Bkz. (11) CİRHİNLİOĞLU, 27.

²⁰ 3. www.chpa-info.org/web/for_consumers/PDFs/Labeling_Brochure_2002.pdf

ise fiziksel bedende başlar ve biter.²¹ Michel Foucault'da kliniğin Doğuşu²² adlı yapıtında “Neyiniz var?” sorusunun yerine “Nereniz ağrıyor?” sorusunun kesin bir değişime yol açtığından bahseder. Modern tıbbın en büyük ikilemlerinden bir tanesi de bütüncül bakış açısına sahip olamamak, aşırı uzmanlaşma sonucu artık hasta değil hastalık vardır. Bugün hastaların en çok şikâyet ettikleri konulardan bir tanesi de hastalıkları süresince “206 numaralı odadaki akciğer hastası” olmaktır.

²¹ Tiziano TERZANİ, **Athkarıncada bir tur daha**, Çev.Eren Yücesan Cendey, 499.

²² Michel FOUCAULT, **Kliniğin Doğuşu**, Çev. İnci Malak Uysal, 17.

3. HASTA HEKİM İLİŞKİSİNDE BAZI TEMEL KAVRAMLAR

İlk kez ABD’de ortaya çıkan medikal sosyolojinin gelişimi, 1940 ve 1950’li yıllarda uygulamalı sosyoloji yönünde olmuştur.1951 yılında Parsons’ın “Sosyal Sistem” adlı eserinin yayınlanmasıyla da teorik bir yönelim içerisine girmiştir.²³

Parsons (1951)²⁴ hekimle hasta arasındaki ilişkiyi ele alan ilk sosyologlardan biridir. Onun bu konuya ilgisi, toplumun ‘sapma’ problemlerine nasıl tepki üreteceği ve ona karşı düzenleyici bir biçimde nasıl işlev göreceğine ilişkin teorik meselelerden kaynaklanmaktaydı. Parsons sosyal işlevi, sosyal olarak tanımlanmış davranış kalıplarıyla kurumsallaşmış rollerin varlığı yoluyla başarılabilir bir durum olduğunu düşünüyordu. Biz de, böylece, insanların mesela baba, öğretmen, satıcı vb. rollere sahip olduklarında nasıl davranabileceklerini ve bizim de evlat, öğrenci, müşteri vb. rollerini taşıırken bizden ne tür beklentilerinin olabileceğinin farkına varıyoruz. Parsons hastalığı ‘sosyal sapma’ olarak görüyordu, çünkü hastalık normal rol performansını olumsuz yönde etkiliyor ve eğer yeterince büyük bir orana ulaşıyorsa o zaman toplumun (mesela çocuklarıyla ilgilenen aileler, eğitim sistemi, ulaşım sistemi gibi) düzenli işlevlerini risk altına sokuyordu. Parsons hastalığın miktarının, hekim ve hasta için, sosyal olarak tanımlanmış roller yoluyla kontrol edilebileceğine inanıyordu ki bu roller etkileşimi ve her iki tarafın da mümkün olduğunca çabuk bir biçimde normal sağlık durumuna ve normal rol performansına döndürülmesini kolaylaştıran unsurlardı.

Türkçe literatür de toplumsal sorunlarla, sağlık sorunları arasında ayrılmaz bir ilişkinin olduğu 1940’lı yıllarda bir-iki çeviri kitapla dahi olsa vurgulanmıştır. Ama 1970’li yıllara kadar yaygınlık kazanamamıştır. Bu yıllarda öncelikle tıp çevrelerinde konuya ilgi uyanmış ve Toplum Hekimliği başlığı altında halkın hastalıklara karşı daha etkin korunmasını hedefleyen ilke ve düşünceler geliştirilmeye çalışılmıştır. Akademik çevrelerde en çok bilinen çalışma ise Fişek tarafından yapılmıştır. Türkdoğan ve Kasapoğlu’nun çalışmaları da alandaki ilk çalışmalar arasındadır. Fişek yaygın olarak bilinen eserinde sağlık ve hastalık kavramlarını Dünya Sağlık Örgütüne atıfta bulunarak şöyle tanımlıyor; “sağlık sadece hastalık ve sakatlık

²³M. Aytül KASAPOĞLU, **Sağlık Sosyolojisi Türkiye’den Araştırmalar**, 2.

²⁴Bkz. (11), CİRHİNLİOĞLU, 60,61.

olmayışı değil bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” Hastalık ise, doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir”.Daha sonra bu tanıma hastalığın sadece biyolojik bir süreç olmadığı, toplumsal ve kültürel boyutunun olduğunu da ekliyor. Toplumsal bilimlerin konuya ilgisi de bu noktada olmaktadır.²⁵

3. 1. Sağlık Sosyolojisinde Hekim-Hasta İlişkisi İle İlgili Kuramlar

Hekim - hasta ilişkisi incelenirken sosyal sınıf/eğitim, cinsiyet, kültür, dil, yaş, hastanın daha önceki deneyimleri, hekimlerin varsayımları ve hekim-hasta ilişkisinin tarihi gibi, pek çok şey göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bölümde Sağlık Sosyolojisinde ki üç kuramı ele alacağım. Bunlar Anlaşma Modeli (*Consensus Models*), Çatışma Modeli (*Conflict Models*) ve Uzlaşmacı Model (*Negotiative Models*)²⁶

Tıbbi pratiğin temel ögesi, hasta ile onun tavsiyelerine güvendiği bir hekim arasındaki ilişkidir. Bu ilişki bir danışma odasında veya bir hasta odasındaki yakınlık esnasında ortaya çıkabilir. Hekimle hasta arasındaki bu tür buluşmalar, sık ve düzenli olarak meydana gelen olaylardır. Örneğin sadece İngiltere’de her bir işgününde yarım milyondan fazla hasta genel pratisyenlerden danışmanlık almaktadır. Çok sayıda insan da hastane seviyesinde aynı hizmete başvurmaktadır. Buradaki başarı sadece hekimlerin klinik bilgisi ve teknik yeteneklerine bağlı değildir. Aynı biçimde hekimle hasta arasındaki sosyal ilişkinin doğasına da bağlıdır.

²⁵ A.g.k , 15-17.

²⁶<http://www.fleshandbones.com/readingroom/pdf/583.pdf>

3.1.1. Parsons'ın Rol Modeli (*Consensus Models*)

Parsons'ın hekim ve hastanın rollerine ilişkin tanımlamaları, 'ideal tip' bir model olarak sunulur. Bu model, belirli bir sosyal rol veya sosyal organizasyonun temel özelliklerinin neler olduğunu açıklar ve bu bakımdan son derece karmaşık sosyal fenomenlerin tanımlanması ve analizinde de çok önemlidir. Parsons hasta olan kişinin rolünü şu dört beklenti bağlamında resmeder: İlk olarak hasta olan kişinin normal gündelik aktivitelerinden bazılarını bırakmasına izin verilir (hatta bu gerekli bile olabilir) ; ikinci olarak bu kişiler, 'bakıma gereksinim duyan kişiler' olarak değerlendirilir. Bu ilk iki beklenti ve muafiyet, üçüncü olarak, hastanın mümkün olduğunca hızlı bir biçimde iyileşmeyi isteme sorumluluğuyla da tutarlıdır. Ve hekim-hasta iletişimi için en önemli olan dördüncü beklenti olarak da hastanın profesyonel tıbbî tavsiyeye başvurması ve hekimle işbirliği yapması beklenir.

Parsons, hastadan spesifik olarak ne tür beklentiler olabileceğini, (mesela hastanın bırakması istenen gündelik aktivitelerinin sayısı ve türü) hastalığın o anki şiddetine ve doğasına bağlı olarak belirleneceğini ifade eder. Ancak, bununla beraber, tüm hastalıkların insanların normal sosyal rollerini bırakmalarını gerektirmeyeceği ve onlara '*hasta*' damgasının vurulamayacağı da açıktır. Örnek olarak, birçok önemsiz hastalıkla hekime başvurmadan da baş edilebilir ve kişinin gündelik hayatında herhangi bir değişikliği de gerektirmez. Benzer biçimde, kronik rahatsızlığı olan insanlar düzenli olarak hekimin danışmanlığına ihtiyaç duyabilirler; ancak onlardan, kalıcı hasta rolünü taşımalarından ziyade, daha çok kendi sosyal işlevlerini maksimum seviyede yerine getirmeleri beklenir. Bu kişiler normal sağlık durumlarında beklenmedik bir değişiklik görüldüğünde '*hasta*' statüsünü taşırlar. Böylece Parsons '*hasta*' rolünü, bu kişilerin normal sağlık durumlarına ve toplumun bir üyesi olarak sosyal işlevlerini normal olarak görebildikleri durumlarına bir an önce dönebilmeleri amacıyla toplum tarafından konumlandırılan *geçici* bir rol olarak görür. Ayrıca '*hasta*' rolü, kendilerine yapılacak muamele ve onlardan beklentiler anlamında hangi yaşta, cinsiyette, etnik yapıda, meslek grubunda vs. olursa olsun evrensel bir rol olarak tanımlanır.

Parsons bu modelde hekimin rolünü de hastanın rolünü tamamlayıcı bir unsur olarak görür. Nasıl ki hastadan hekimiyle tam anlamda bir işbirliğine girmesi bekleniyorsa hekimden de hastanın iyiliği için tüm uzmanlığını ve bilgisini kullanması ve kendi çıkarından ziyade hastanın ve toplumun refahını gözeterek davranması beklenir. Ayrıca hekimden tarafsız, duygusal anlamda yansız olması ve profesyonel alanının kurallarına uygun davranması beklenir. Bu genel beklentilerin karşılanması, özellikle hastayla ilgili daha özel bilgiler veya mahrem fiziksel müdahaleler söz konusu olduğunda, teşhis ve tedavinin gerçekleştirilmesindeki temel gerekliliklerdir. Parsons, buna ilâveten, hekimin kendi profesyonel becerilerinde ve hastayla ilişkisindeki otoriter pozisyonunda dikkate değer bir özerkliğe sahip olduğunu da ifade eder.

Parsons'ın analizleri hekimle hastanın davranışlarına rehberlik edecek genel beklentileri tanımlar ve her iki tarafında birbirine karşı nasıl davranacağını bilincinde olarak bu rollerin tıbbî danışmanlıktaki etkileşimi nasıl kolaylaştıracağını açıklar. Hasta ve hekimin kurumsallaşmış rolleri, hastalığın toplumda ortaya çıkaracağı muhtemel rahatsızlığı da azaltacaktır. Burada hekimin, hastalığı resmi olarak tescil etme (meşrulaştırma), hasta rolüne imkân tanıyan ve böylece hasta rolünün ayrıcalıklarının uygunsuz kullanımını engelleme rolü söz konusudur; bu yolla Hekim tarafından meşrulaştırılmamış '*hasta*' rolü yoluyla haksız finansal kazanç veya işten kaytarma gibi durumlar engellenmiş olur.

Buna ilâveten hem hasta hem de hekime yüklenen beklentiler, resmi olarak hasta olarak tasdik edilmiş olan insanların en kısa zamanda sağlıklı durumlarına ve normal rol performanslarına dönmeleri de sağlanmış olur.

3.1. Parsons'a göre hekim ve hastanın toplumsal rolleri

Hasta: Hasta Rolü	Hekim: Profesyonel Rol
Yükümlülükleri ve Ayrıcalıkları	Yapması Beklenenler:
1. Mümkün olduğunca çabuk iyileşmeyi istemek	1. En yüksek seviyedeki beceri ve bilgisini hastalığa uygulamak
2. Profesyonel tıbbî danışmanlık almak ve hekimle işbirliği yapmak	2. Kendi çıkarlarından ziyade hastanın ve toplumun refahı ve iyiliği için çalışmak
3. Bazı normal aktivitelerini ve sorumluluklarını terk etmek	3. Tarafsız ve duygusal anlamda yansız olmak (mesela hastanın davranışlarını kendi değerleriyle yargılamak veya hastayla duygusal yakınlığa girmek)
4. Bakım ve korumaya ihtiyacı olan ve kendi isteğiyle iradesi olmaksızın iyileşemeyecek bir kişi olarak değerlendirilir	4. Kendi profesyonel alanının kurallarına uygun olarak davranmak
	Hakları:
	1. Hastayı fiziksel olarak muayene edebilme ve fiziksel/kişisel hayatının mahrem alanlarına ilişkin araştırma yapabilme hakkı
	2. Kendi profesyonel alanında özerk davranabilme hakkı
	3. Hastayla ilişkisinde otorite pozisyonunu kullanma hakkı

Kaynak: Bkz.(24)

Parsons'ın hasta rolüne ilişkin teorik çabaları, daha çok akut hastalıklara uygulanabilirliği, orta sınıftan hekim-hasta ilişkisiyle sınırlanmış olması ve her zaman asimetrinin olmadığını belirtenler tarafından eleştirilmiştir Parsons'a diğer radikal bir eleştiri, medikal sosyolojinin Parsons yüzünden zarar gördüğü yönündedir. Sağlığın sadece sosyolojik yönü üzerinde durarak, medikal yönlerini ihmal ettiği ve sonuç olarak, sağlığı tüm yönleriyle ele almadığı için Ruderman (1981) tarafından eleştirilmiştir.²⁷

Parsons'a göre hastalık, toplumda, çocukluğun başka bir görünümünü oluşturmaktadır. Hekimin buradaki rolü ise babanın rolünün yerine geçmekte; otorite olarak karşımızda hekim durmaktadır. Toplumdaki eşitsizlikleri ve güç ilişkilerini görmezden gelerek, düzenin ve statükonun nasıl korunacağıyla ilgili sorunları değer ve normları içselleştiren, verili toplumsal ve kültürel rolleri evrensel kalıplar olarak

²⁷ Bkz. (21), KASAPOĞLU, 2.

değerlendiren yaklaşım, oldukça yoğun biçimde gelecek eleştirilere açık konumdadır.²⁸

Parsons'ın analizinde vurgu hekim ve hasta arasındaki ilişkinin konsensüs'e bağlı doğasına olduğu halde gerçekte, sık sık gerilim ve çatışma var olur. Çatışma hekimle hasta arasındaki değerlerin farklılığından olabilir. Bu genellikle homoseksüellik, AIDS, ve kürtaj gibi moral konularla ilgili olabilir. Buna ek olarak hekimin görevleri ile hastanın menfaatleri arasında çatışma olabilir. Parsons'ın da tanımladığı gibi hekimler hükümete hizmet ederler, “bir sosyal kontrol ajanı” gibi onların rolü kimin hasta, kimin sağlıklı olduğuna karar vermektir. Hükümete karşı yükümlülükleri ile hastaya karşı olan yükümlülükleri zaman zaman çatışabilir. Örneğin; bel ağrısı olduğunu ve çalışamayacağını söyleyen bir hasta istirahat isteyebilir, fakat hekim somut bazı tetkikler görüp değerlendirerek hareket etmek istediğinde hastanın gerçekten istirahata ihtiyacı mı var yoksa işten kaytarmak mı istiyor bunu bilemez bu gibi durumlarda da hükümete karşı olan yükümlülükler devreye girmektedir.²⁹

Yukarıda sunulan eleştirilere ve açıklama yetersizliklerine rağmen Parsons'ın modelinin hasta ve hekim arasında kurulabilecek pratik ilişkileri tatmin edici bir şekilde açıkladığı günümüzde dahi birçok sosyolog tarafından kabul edilmektedir. Parsons modeli, klasik bir açıklama tarzı olarak benimsenmiştir.

3.1.2. Çatışma Modeli (*Conflict Models*)

Amerikalı sosyolog Eliot Freidson hekim-hasta ilişkisinin Parsons ve diğer fonksiyonalistlerin belirttikleri gibi yalnızca uyumluluk içinde kavramsallaştırılamayacağını, aksine bu ilişkinin temel özelliğinin ‘çatışma’ olduğunu vurgulamıştır. Ona göre, hekim ve hasta arasında, amaçlar, hastalığın nedenleri ve tedavi süreçleri, sağlık ve hastalık konusun da ki değer ve inançların farklılığı yüzünden de güçlü bir çatışma söz konusudur.³⁰ Freidson'ın Parsons'a yönelttiği temel eleştiri, hekimlerin hastalar üzerinde kurmuş oldukları hâkimiyeti

²⁸ Bkz. (15), IŞIK, 29-30.

²⁹ Bkz. (23), 7.

³⁰ Bkz. (20), KASAPOĞLU,2.

yasal hale getirmesi ve böylece mevcut çatışmanın üstünü örtmeye çalışmasıdır. Parsons, tıbbın toplumsal kontrol açısından bir işlev üstlendiğinden, hekim-hasta ilişkisinin olumlu bir sonuç doğurduğunu, Freudson ise, bu iki ucun birbirlerinin eksikliklerini giderici olmaktan çok uzak olduklarını belirtmektedir. Hekim hastanın farklı toplumsal ve kültürel dünyada yaşadıklarını ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya olduklarını belirtmektedir. Hasta belli bir rahatsızlıkla (*illness*), hekim ise hastalıkla (*disease*) uğraşmak durumundadır.³¹ Ilich'te³² Sağlıkın Gaspı adlı kitabında hastanın çıkarıyla, onun “ durumlarından” biriyle uğraşan uzmanların başarısı arasındaki koşutluğun artık ortadan kalmış olduğunu iddia etmektedir

3.1.3. Uzlaşmacı Model (*Negotiative Models*)

Uzlaşmacı modele göre, hekimle hasta arasındaki ilişkiler belli bir muayene odasında geçtiğine göre böyle bir ortam her toplumda müzakere yapılmasını gerekli kılar. Hekim-hasta arasında ki ilişki hem uzlaşmayı hem de çatışmayı içerir. Bu ilişkinin etkilendiği faktörler ise çok çeşitlidir. Hastanelerin yapısından, hastalığın şiddetine, yaşa, cinsiyet ve etnik köken gibi toplumsal faktörler de etken olmaktadır. Etkileşimci görüşe göre hem hekim hem de hasta müzakere taktikleri geliştirmektedirler. Bu anlamda hastalar sürecin tamamen pasif üyeleri değildir. Fakat aynı zamanda bu süreci tamamen kendileri de belirliyor değildir.³³

Bury (1997) 'e göre³⁴ özellikle gelişmiş/modern toplumlarda hastalıklara karşı verilen mücadelede önemli başarı elde edilmesi sonucunda yaşlı nüfusun artması sonucu kronik hastalıklarda bir artma yaşanmaktadır. Kronik hastalıklar, hasta ile hekimin sadece belirli bir dönem içerisinde karşı karşıya gelmelerini değil daha çok uzun dönemde ve karşılıklı fikir alış verişini gerekli kılacak ilişkinin kurulmasını gerektirmektedir. Hastaların tıp bilgilerine ulaşım yolları daha kolaylaşmış ve çeşitlenmiş olduğundan hasta ile hekim arasındaki ilişkiler de tıp merkezli olmaktan uzaklaşmakta, hekime bilginin kaynağı olma işlevinden başka işlevler de yüklenmek istenmektedir. Bundan dolayı, ikinci olarak Bury, hem Parsons

³¹ Bkz. (11), CİRİNLIOĞLU 65.

³² Ivan ILICH, *Sağlığın Gaspı*, Çev.Süha Sertabiboğlu, 38

³³ Bkz. (11), CİRİNLIOĞLU,66-67.

³⁴ A.g.k., 77-79.

modelini hem de Freudson modelinin hastaları bilgi açısında hekimlere bağımlı kılımlarının modern toplumların gerçekleri ile uyuşmadığını belirtmektedir. Diğer yandan, özellikle medyanın sağlık konusuna verdiği önem gerek televizyonlarda gerekse gazetelerde bu konuya ayrılan yer ve zamanın gittikçe artması ve hekimlerinde bu olanakları kullanarak halka bilgilerini açma eğilimi içerisine girmeleri de tıp bilgisini belli bir gruba ait olmaktan yavaş yavaş uzaklaştırmaktadır. Bu eğilim, hastaların hastalıklarına karşı takındıkları tavırlarında da rahatça görülebilir. Bugün tıbbın belli bir düzeye eriştiği hemen hemen her toplumda hastalar sadece tıbbi tedavi ile yetinmeyip, tıp dışı tedavi olanaklarını araştırmaktadırlar. Yani, sadece hekimlerin tıp bilgilerine bağımlılıktan kurtulmak istemektedirler. Tedavi olanakları birçok şekilde farklılaşmakta ve hastalar bu tür çeşitlilikten hoşlanmakta ve rahatlamaktadırlar. Bury'e göre bu ise, saydam ve çoğulcu bir toplum yapısının kurulmasına doğru gidildiğinin bir habercisidir.

3.2. Hekim Hasta İlişkisi Modelleri

Parsons hekim ve hasta arasındaki ilişkide tek bir modelden bahseder. Bu modelde daha çok paternalistik modele uygun düşmekte hekimin uzmanlık otoritesi ve kontrolün de bir ilişkidir. Hekim hastanın yararına olan şeyi bilir ve uygular. Aile içinde ki baba figüründeki gibi babanın çocuklarının yararını düşünüp onlar adına karar alma hakkı olduğu gibi. Fakat hekim-hasta ilişkisindeki Parsons'un rol modeline de uygun düşen bu paternalistik ilişkinin yanı sıra günümüzde farklı ilişki tiplerinden de söz edilmektedir.

Son birkaç on yıldır, hem sağlıkla özerklik arasındaki hem de hastanın değerleriyle hekimin değerleri arasındaki bir ihtilaf olarak tanımlanan *tıbbî karar verme* süreçlerinde hastanın rolü üzerine bir mücadele söz konusudur. Pek çok kişi, hekimin baskın gücünü azaltmak için hastanın kontrolünün daha fazla olduğu bir ideali savunmaktadır. Fakat bu görüşe katılmayan başkaları bu ideali sorgulamaktadır; çünkü bu ideal, hastayla hekim arasındaki potansiyel olarak dengeli olmayan etkileşimin doğasını anlamakta yetersiz kalmaktadır. Zira bu etkileşimdeki taraflardan biri hastadır ve rahatsızlığına çözüm aramaktadır; aynı zamanda bu

etkileşim üzerine yargıda bulunmak için konuya ilişkin teknik bilgi sahibi olmak da gerekmektedir. Bununla birlikte kimi insanlar da hekim-hasta etkileşiminde daha müşterek bir ilişki olduğunu tasvir etmeye çalışmaktadır. Bu mücadele hem hekimlerin hem de hastaların beklentilerini şekillendirmekte, aynı zamanda da hekimlerin görevleri, bilgiye dayalı rıza (*informed consent*) ve yanlış tedaviyle (*medical malpractice*) ilgili etik ve yasal standartları biçimlendirmektedir. Dolayısıyla bu mücadele bizi şu soruyu sormak zorunda bırakıyor: İdeal hekim-hasta ilişkisi ne olmalıdır?

Hekim-hasta etkileşimine ilişkin modeller hekim-hasta etkileşiminin hedefleri, hekimlerin yükümlülükleri, hasta değerlerinin rolü ve hasta özerkliği kavramına vurgu yapan dört modelle ele alınacaktır.

Bu modeller Weberian ideal tiplerdir. Bunlar herhangi bir spesifik hekim-hasta etkileşimini betimlemeyebilir, fakat bunun ötesinde, detaylara boğulmadan, hekim-hasta etkileşiminin temel özelliklerini farklı açılardan nitelendirebilir. Sonuç olarak bu modeller, minimum etik ve yasal standartları şekillendirmeyebilir; fakat, daha çok, yasa-üstü olan düzenleyici idealler ortaya koyar.

Bunun dışında Szasz ve Hollander (1956) , hekim-hasta arasındaki ilişkinin hastanın hastalığının aciliyeti, kronik bir hastalık olup olmaması gibi durumlarda değişiklik gösterdiğini belirtir.³⁵ Etkin Edilgen model daha çok acil durumlarda ve hastanın bilincinin yerinde olmadığı durumlarda, kaza ve ciddi yaralanmalarda hekimin kontrolünde hastanın pasif olduğu ve iletişime katılmadığı bir modeldir. Rehberlik ve işbirliği modeli daha çok akut hastalıklarda ortaya çıkar. Hasta neler olduğunu bilir ve hekimin tavsiyelerine uyar fakat kararı hekim verir. Karşılıklı katılım modeli daha çok kalp hastalıkları, diyabet gibi kronik hastalıklarda hastanın kararlara tam katılımı söz konusudur. Hasta ilaç alma ve hayat tarzını değiştirme (sigarayı bırakma, diyet yapma gibi), tıbbi kontrollerini ayarlama gibi düzenlemeler yapar. Szasz ve Hollander hekim-hasta ilişkisinin hastanın şikâyetlerinin ciddiyetinden nasıl etkilendiğini ortaya koymuşlardır.

³⁵ William C. COCKERHAM, *Medical Sociology*, 180.

Önerilen ideal modellerde hastalarla ilişkilerde arzu edilen ortak öğeler hastaların etkin katılımı, birbirine bağımlı olma, ortak karar alma, hastalara sağlıklarıyla ilgilenme yetkisi verme ve iki yönlü iletişim.

Bazı yazarlar ilişkide “eşit güç” görüşünü ortaya atmışlardır.³⁶Güç kavramı ve hasta hekim ilişkisinde kullanılabilecek ya da varsayılan güç çeşitleri üzerinde beşinci bölümde durulacaktır.

Aşağıda ele alacağım dört model Emanuel E. ve Emanuel L.³⁷ tarafından yapılan bir çalışmada önerilmiştir. Karar mekanizması ve özerklik kavramı özellikle vurgulandığı için bu modeller üzerinde durulacaktır.

3.2.1. Babacıl Model (*Paternalistik Model*)

İlk model paternalistik modeldir ve bazen de *ebeveyn* veya papazvârî modeli diye de adlandırılır.³⁸ Bu modelde hekim-hasta etkileşimi, hastaların sağlık ve afiyetini en iyi şekilde düzelden her türlü müdahaleye açık olmasını teminat altına alır. Bu amaç için hekimler, hastanın tıbbi koşullarını ve hastalığın hangi aşamada olduğunu belirlemek ve de hastanın sağlık durumunu veya ameliyat ağrılarını düzeltmek için uygulanacak tıbbî test ve tedavileri tanımlamak için kendi becerilerini kullanır. Bundan sonra hekim hastasına, önerilen en iyi tıbbî müdahaleye razı olmasını sağlayacak birtakım seçilmiş bilgiler sunar. En son safhada hekim, yetkili olarak, müdahalenin ne zaman başlayacağı bilgisini verir.

Paternalistik model neyin en iyi olduğuna karar verilmesi hususunda paylaşılan birtakım objektif kriterlerin olduğunu varsayar. Böylece hekim, hastanın sınırlı katılımıyla hasta için neyin en iyi olacağına karar verir. Hastanın en sonunda, başta onunla aynı fikirde olmasa bile, hekimin vermiş olduğu karar için minnettar olacağı varsayılır. Hastanın özerkliği ile iyiliği, tercihi ile sağlığı arasındaki gerilimde paternalistik hekimin temel vurgusu ikinciler üzerinedir.

Bu modelde hekim, hasta için neyin en iyi olduğunu açıkça söyleyip onu uygulayan bir *muhafız* gibi davranır. Burada görüldüğü üzere hekimin, hastanın çıkarını kendisinininkinin üstünde tutmak ve gerekli birtakım bilgilerde eksikliği

³⁶ T. GORDON-W.S.EDWARDS, **Hekim-Hasta İşbirliği**, Çev.Emel Aksay, 34.

³⁷ EMANUEL, Ezekiel J,and EMANUEL, Linda, **JAMA**, 2221-2226

³⁸ A.g.m., 2221-2226

olduğunda daha uzman kişilerin görüşlerine başvurmak gibi yükümlülükleri vardır. Bu çerçevede *hastanın özerkliği*, hekimin en iyiyi düşünerek verdiği kararlara o anda ya da daha sonra *rıza* göstermesidir.

Genel olarak kabul gören düşünceye göre paternalistik model, geçen sürenin hasta aleyhine işlediği ve hastanın bilgiye dayalı rızasının sonucunu beklemenin, hastanın sağlığı açısından, vakit kaybı olduğu acil durumlarda meşrudur. Bu tür sınırlı durumların da ötesinde hekim ve hastanın benzer değer ve görüşleri benimseyeceklerini varsaymak artık pek makul değildir. Sonuç olarak hekimler, seyrek olarak, paternalistik modeli hekim-hasta etkileşiminde ideal bir model olarak görmektedir.

3.2.2. Bilgilendirici Model (*The Informative Model*)

İkinci model bazen bilimsel, mühendislik veya tüketici diye adlandırılan bilgilendirici modeldir. Bu modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, hekim için, hastaya onunla ilgili tüm bilgileri temin etmek, hasta içinse istediği tıbbî müdahaleyi seçmektir. Hekimin bir sonraki görevi seçilen müdahaleyi uygulamaktır. Bu amaçla hekim, hastayı, hastalığının hangi aşamada olduğu, muhtemel tanısız ve iyileştirici müdahalelerin neler olabileceği, bu müdahaleler sonucunda ortaya çıkabilecek fayda ve risklerin neler olduğu ve hastalığa ilişkin bilgi belirsizlikleri hususlarında bilgilendirir. En sonunda hasta, kendi hastalığına ilişkin tüm tıbbî bilgilere sahip olarak hangi müdahalelerin mümkün olduğunu görür ve kendi durumuna/değerlerine en uygun olan müdahaleyi seçer.

Bilgilendirici modelde hekim, teknik uzmanlık sağlayan ve hastaya kontrollerin uygulanma araçlarını temin eden bir *tedarikçi* gibidir. Teknik uzmanlar olarak hekimler burada en doğru bilgiyi sağlamak, kendi uzmanlık alanlarındaki yetkinliklerini sürdürmek ve eğer yeterli bilgiye sahip değillerse başka uzmanlardan danışmanlık almakla yükümlüdür. Bu modelde *hastanın özerkliği* tıbbî karar verme süreci üzerindeki *kontrol*üdür.

Bilgilendirici model, hem tanımlayıcılığı bakımından hem de kuralları bakımından hatalı gözükmektedir. İlk olarak bu model ideal hekim-hasta ilişkisinin temel vasıflarına hiç yer vermemektedir. Bilgilendirici hekim, sadece, hastanın

seçeceği müdahalelerin tam olarak uygulanmasına yönelik olarak hastayı gözetir. Fakat bununla beraber, bilgilendirici hekim hastanın değerlerinin neler olduğu ve o hastalığının bu değerlere nasıl zarar verdiği hususunda kavrayışa sahip bir yaklaşımdan uzaktır. Hâlbuki hastalar hekimlerinden bu konuda *koruyucu* bir hekimlik beklemekte, onları teknik donanımlarıyla alanlarında uzman olarak görseler de (bu noktadaki eksiklikleri sebebiyle) yetersizliklerinden şikâyet etmekteler. Bununda ötesinde bilgilendirici hekim, hastaya kendi isteğini empoze etme korkusu sebebiyle, bir tavsiye vermektense men edilmiş gibidir; böylece karar verme süreci üzerindeki kontrol tamamen hastaya kalmıştır. Fakat eğer ideal hekimin temel vasıflarından biri de, daha önceki benzer tecrübeler ışığında, o anki mevcut tıbbî olguların benzer olgularla benzerliğini ve mukayesesini kurabilme ve hastanın düşüncesini belirli medikal ve kişisel durumlarda yine hasta için kurgulanmış *tavsiyelere* dönüştürebilme yeteneği ise bilgilendirici hekim ideal olamaz.

İkinci olarak bilgilendirici modelde ideal hekim, hastaya durumuyla ilgili olgusal bilgileri veren ve hastanın müdahale hususundaki tercihi ne ise onu aynen uygulayan iyi eğitilmiş bir alt-uzman gibidir. Dolayısıyla bilgilendirici model, tıp biliminde uzmanlaşmayı ve kişiselleşmemeyi daimi hâle getirip sürekli buna vurgu yapmaktadır.

En önemlisi bilgilendirici modelin hasta özerkliği yaklaşımı, felsefî olarak makul gözükmemektedir. Bilgilendirici model bireylerin tanımlanmış ve sabit değerleri olduğu savını varsaymaktadır; fakat bu yanlıştır. Tam aksine insanlar çoğu durumda gerçekten ne istedikleri hususunda kararsızdır. Bunun da ötesinde, aynen hayvanlar gibi, filozofların “ikinci sıra arzular (*second order desires*): kendi arzularını başkalarınınkine yansıtma ve oradan gelen şeye göre kendi arzularını yeniden gözden geçirip, düzeltme” dedikleri şeye sahiptir. Gerçekten de irade ve otonomi özgürlüğü, “ikinci sıra arzuları” ve tercihlerimizi değiştirebilme ve kimliğimizi tadil edebilme imkânımızla mümkün olur. Kendini yansıtma ve istediğimiz şeyi değiştirme kapasitesi, çoğu zaman, istediğimiz şeyin değerini ölçebileceğimiz ahlâki bir müzakereyi / tartışmayı gerekli kılar. Bu da ancak bizi iyi tanıyan ve bize ilişkin (bizim de rıza gösterdiğimiz) bir vizyon getirebilecek başka insanlarla birlikte mümkün olabilecek bir şeydir. Sağlıkta veya alternatif müdahalelerin uygulanmasındaki değişiklikler, bizim arzularımız ve bunları fark ediş

biçimimiz üzerinde çok temel etkiler yaratıyor olsa bile, bilgilendirici hekim-hasta etkileşiminde kendimizi yansıtışımız ve müzakere süreçleri temel bir rol oynamaz. Bilgilendirici modelin hasta özerkliği yaklaşımı, “ikinci sıra arzular” yaklaşımıyla bağdaşan bir özerklik vizyonu ile karşılaştırılmaz.

3.2.3. Yorumlayıcı Model (*The Interpretive Model*)

Üçüncü model *yorumlayıcı* modeldir. Bu modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, hastanın değerlerini ve onun gerçekten ne istediğini izah etmek ve böylece hastanın değerlerini en iyi gerçekleştirebilecek uygun müdahaleyi seçmektir. Bilgilendirici hekimlikte olduğu gibi yorumlayıcı hekimlikte de hekim, hastalığın durumu ve mümkün olan müdahalelerin artı ve eksilerini tam olarak hastaya bildirir. Fakat bunun da ötesinde yorumlayıcı hekim, hastaya değerlerini açık ve rahatça ifade edebilmesi ve hangi müdahalenin bu değerleri en iyi karşılayacağı noktasında yardımcı olur; böylece aslında yorumlayıcı hekim, hasta için hastanın değerlerini yorumlamada ona yardımcı olmuş olur.

Yorumlayıcı modelde hastanın değerleri her zaman sabit ve hastaya malum olmak zorunda değildir. Bu değerler genellikle henüz yeterince gelişmemiş olabilir; böylece hasta onları yalnızca *kısmen* anlıyor olabilir ve bunlar spesifik durumlara uygulandığında birtakım çatışmalar yaratabilir. Sonuç olarak, hastayla çalışan hekimin görevi bu değerleri izah etmek ve onları tutarlı ve uyumlu hâle getirmektir. Bunu yapmak için hekim, hastayla birlikte onun amaçlarını ve isteklerini, bağlılıklarını ve karakterini yeniden inşa etme çabasına girişir. Sonunda hekim, hastanın hayatını bütün bir öykü olarak idrak edip anlamalıdır; böylece onun değerlerini ve önceliklerini de anlamalıdır. Bu safhadan sonra hekim hangi test ve tedavilerin bu değerleri en iyi biçimde gerçekleştirebileceğini belirler. Burada önemli olan şey, hekimin hastaya herhangi bir şey dikte etmemesidir; çünkü nihai kerede hangi değer ve hareket tarzının kendisine en iyi şekilde uyacağına ancak hasta karar verir. Yani hekim hastanın değerlerini yargılamaz; sadece o değerlerin hasta tarafından anlaşılması ve o anki medikal durumda kullanmasına yardımcı olur.

Yorumlayıcı modelde hekim bir danışman görevi görür, bir bakanlar kurulunda başbakana danışmanlık yapmak gibi. Böylece hastaya gerekli bilgileri

temin ederek onun değerlerine izah getirmede ve hangi tıbbî müdahalenin bu değerleri en iyi karşılayacağı hususunda tavsiyede bulunmakla ona yardım etmiş olur. Öyleyse bu modelde hekimin yükümlülüğü, bilgilendirici hekimlikte sayılanlara ilaveten hastayla *müşterek bir anlama sürecine* girmektir. Buna göre *hastanın özerkliği kendini anlamasıdır*; yani böylece hasta *kim* olduğunu ve hangi medikal seçeneklerin kendi kimliğine nasıl bir yük getireceğini daha yakından kavrar.

Yorumlayıcı model, yukarıda değinilen, insanların “ikinci sıra arzuları” ve dinamik değer yapılanmaları olduğunu fark ederek bu eksikliği kapatmakta ve böylece hekim-hasta etkileşiminin merkezine hastanın değerlerinin aydınlatılmasını koymaktadır. Bununla beraber yorumlayıcı modele de bazı itirazlar vardır. Teknik uzmanlaşma, yorumlayıcı modelin gerektirdiği becerileri kazanmaya çalışan hekimin aleyhine bir durum olarak karşımıza çıkar. Sınırlı yorumlama becerisi ve sınırlı zamanla, hekim istemeyerek de olsa, hastanın değerlerini ortaya çıkarma görüntüsü altında kendi değerlerini ona empoze ediyor olabilir. Ve hastalar da, medikal koşullarının verdiği yorgunluk ve düşüncelerinin karmaşık olması sebebiyle, bu empozeyi hemencecik kabul edebilirler. Pratikte bu tür durumlar yorumlayıcı modeli paternalistik modele doğru götürür.

Bunun da ötesinde, kendini anlama olarak görülen özerklik, hastanın değerlerini yargılayan bir analiz şeklindeki yaklaşımı dışlar veya hastayı başka değerleri benimsemeye iter. Bu da hekimin verebileceği rehberliği ve tavsiyeleri epey zorlar. Fakat pratikte, özellikle koruyucu tıp ve risk-azaltıcı müdahalelerde, hekimler çoğunlukla hastalarının sağlık-temelli değerleri benimsemesi için onları ikna etmeye çalışıyor. Hekimler genellikle, yüksek kolesterol seviyesine sahip olup sigara içen hastalarını, diyet alışkanlıklarını değiştirmeye, sigarayı bırakmaya ve ilaç tedavisinden önce bir egzersiz programına başlamaya teşvik ediyor. Bu değişiklikler için söylenen meşrulaştırıcı unsur, hastaların sağlıklarına normalde verdiklerinden daha fazla değer vermeleri gerektiğidir. Benzer biçimde, mesela HIV virüsüne yakalanmış hastaları olan hekimler de aynı şeye teşvik ediliyor; fakat buradaki teşvik, toplumun iyiliğine karşı sorumluluk bağlamında temellendirilmektedir. Sonuç olarak değerlendirmeye yargılamaların dışlanması sebebiyle yorumlayıcı model de ideal hekim-hasta etkileşimi olmaktan uzak gözüküyor.

3.2.4. Müzakereci Model (*The Deliberative Model*)

Dördüncü model müzakereci modeldir. Bu modelde hekim-hasta etkileşiminin amacı, klinik ortamında gerçekleştirilebilecek en iyi sağlık-temelli (health-related values) değerlere karar verip onları seçmesinde hastaya yardımcı olmaktır. Bunun için hekim, hastanın klinik durumunu açıkça tasvir etmeli ve sonra da mümkün olan seçeneklerde hangi değerlerin somutlaştığını izah etmelidir. Burada hekimin amacı, sağlık-temelli değerlerin neden daha kıymetli olduğunu ve arzu edilmesi gerektiğini anlatarak onları tavsiye etmektir. Sonunda hekim ile hasta, hangi sağlık-temelli değerlerin hasta tarafında takip edileceğini müzakere etmeye/tartışmaya başlar. Hekim sadece sağlık-temelli değerleri (yani hastanın hastalığı ve tedavisinden etkilenen değerleri) tartışır; çünkü bilir ki ahlâkla ilgili pek çok başka unsur hastanın hastalığı ve tedavisiyle ilişkisizdir ve hekim-hasta ilişkisinin profesyonel alanının ötesindedir. Bunun da ötesinde hekim ahlâki iknadan fazla bir amaç taşımaz; sonuçta hekim hasta üzerinde baskı kurmaktan kesinlikle uzak durur, ancak hasta kendi hayatını tanımlamalı ve benimseyeceği değerler düzenini seçmelidir. Ahlâki bir müzakereye girme yoluyla hekim ve hasta, sağlık-temelli değerlerin önemini ve kıymetini değerlendirmiş olur.

Müzakereci modelde hekim, hastayla hangi tür davranışın en iyi olacağı hususunda diyaloga giren bir öğretmen veya arkadaş gibi davranır. Hekim sadece hastaya ne yapabileceğini göstermez; aynı zamanda, hastayı tanıyarak ve onun için en iyi sonucu isteyerek, hastaya ne yapması gerektiğini ve tıbbi tedaviyle ilgili hangi kararın takdire şayan olduğunu da gösterir. Bu modeldeki hasta özerkliği *ahlâki kişisel gelişimdir*; hastanın sadece incelenmemiş tercihler veya incelenmiş değerleri basitçe takip etmesine değil, diyalog yoluyla alternatif sağlık-temelli değerleri, bunların kıymetini ve tedavi için anlamlarını da göz önünde bulundurmasına izin verilir.

Müzakereci modele yönelik temel itirazlar, hekimin, hastanın değerlerini yargılaması ve onu sağlık-temelli değerlere teşvik etmesinin uygun olup olmadığı konusuna odaklanmaktadır. İlk olarak hekimler, sağlık-temelli değerlerin diğer değerlere üstün olduğu hususunda ayrıcalıklı bir bilgiye sahip değildir. Hakikaten insanların farklı ve kıyas kabul etmez değerleri benimsediği, bir hekimin değerleri ve

hangi değerlerin üstün olduğuna ilişkin yaklaşımıyla başka bir hekimin değerleri ve bu konudaki yaklaşımı arasında çatışmanın/farklılığın olması çok muhtemeldir.

İkinci olarak bu modelde hekimle hasta arasındaki ahlâki müzakerenin/tartışmanın doğası, hekimin tavsiye ettiği müdahaleler ve o an uygulanan tedavi metotlarının hepsi, hastayı tedavi eden hekimin değerlerine bağlı olacaktır. Hâlbuki yapılan tavsiyelerin ve hastaya sağlanan bakımların, hekimin hastanın değerlerinin kıymetini yargılamasına veya bizzat hekimin kendi değerlerine bağlı olmaması gerekir. Bir biyoetikçinin de dediği gibi: “Bir insanın eli kırılabılır; hekim o eli tedavi edebilir; öyleyse hekim hastanın hastalığını düşünmeden veya onun değerlerinin ne olduğuna bakmadan o eli tedavi etmelidir... Pratik klinik düzeyinde tıp, hekimin değerlerinin tıbbî kararları etkilememesi anlamında değer-bağımsız olmalıdır.”Üçüncü olarak da müzakereci modelin, hekim-hasta etkileşiminin amacını yanlış yorumladığı öne sürülmektedir. Hastalar hekime sağlık bakım hizmeti almak için gider, yoksa ahlâki bir tartışmaya girmek veya değerlerini revize etmek için değil. Dolayısıyla, yorumlayıcı modelde olduğu gibi, müzakereci model de kolayca (uygun hekim-hasta etkileşiminin nasıl olması gerektiği üzerine kamuoyuna yayılmış derin bir tartışmaya neden olan) paternalistik bir görünüm alabilir.

3.3. Dört Modelin Karşılaştırılması

Hasta özerkliği ve hekimin sorumluluğu anlayışı açısından dört modelin karşılaştırılması ve ideal tipler olarak formüle edilmiş bu dört modelden en arzu edilen model olarak müzakereci modelin üstünlüklerinden bahsedilecektir.

Tablo 3.2. Hasta hekim ilişkisi modellerinin karşılaştırılması

	Bilgilendirici	Yorumlayıcı	Müzakereci	Paternalistik
Hasta Değerleri	Tanımlı, sabit, hasta tarafından bilinen	Tamamlanmamış ve çelişkili, aydınlatılmaya muhtaç	Ahlâki müzakere yoluyla gelişme ve revizyona açık	Hekim ve hasta tarafından paylaşılmış ve objektif
Hekimin Sorumluluğu	Gerekli olgusal bilgileri temin etmek ve hastanın seçtiği müdahaleyi uygulamak	Hastanın değerlerini yorumlayıp aydınlatmak, hastayı bilgilendirerek onun seçtiği müdahaleyi uygulamak	Takdire en layık değerler üzerine hastayla açık bir biçimde konuşmak ve onu ikna etmek, hastayı bilgilendirip onun seçtiği müdahaleyi uygulamak	Hastanın o anki tercihlerinden bağımsız olarak onun sıhhatini teşvik etmek
Hastanın Özerkliği Anlayışı	Tıbbî bakımın tercihi ve bunun üzerinde kontrol	Tıbbî bakımla ilgili olarak hastanın kendini anlaması	Tıbbî bakımla ilgili olarak hastanın ahlâki kişisel gelişimi	Objektif değerleri tasdik etmek
Hekimin Rolü Anlayışı	Yeterliliği olan teknik uzman	Danışman veya öğüt veren kimse	Arkadaş veya öğretmen	Muhafız

Kaynak: Bkz.(33)

Tablo 3.2 dört modeli temel özellikleri bakımından karşılaştırmaktadır. Tüm modellerin de hastanın özerkliğine önemli bir rol biçiyor olması dikkate değerdir. Burada modelleri birbirinden ayıran temel vasıf, hastanın özerkliğine ilişkin yaklaşımlarıdır. Böylece sadece tek bir model uygun bulunmamaktadır, çünkü tek bir model yalnız başına sadece hasta özerkliğini teşvik eder. Bunun yerine modeller, en azından hasta özerkliğine ilişkin yaklaşımlarının yeterliliği bağlamında, karşılaştırılmalı ve değerlendirilmelidir.

Bu dört model tamamıyla geniş değildir; bunlara bir 5.si daha eklenebilirdi: enstrümantal model. Bu modelde hastanın değerleri önemli değildir; hekim hastadan bağımsız (toplumun iyiliği veya bilimsel bilginin gelişimi gibi) birtakım amaçlar güder. ‘Tuskegee syphilis (frengi) deneyi’ ve ‘Willowbrook hepatit çalışması’ bu modelin örnekleridir. Ancak birtakım ahlâki kınama ve suçlamaların ortaya çıkmasıyla bu model bir ideal olarak değil bir sapkınlık olarak düşünölmeye başlandı.³⁹

Son zamanlardaki tartışmalarda daha fazla hasta özerkliğine çağrı yapılmaktadır; ya da bazılarının adlandırdığı gibi hastanın tercihi ve tıbbi kararlar

³⁹ A.g.m. ,2223

üzerindeki kontrolü olarak anlaşılan “hasta egemenliği”. Bilgilendirici modele doğru olan bu kayış tıp alanında kullanılan işletme terimlerinde somutlaşır. Bunlarda hekim ‘sağlık hizmeti *sağlayıcısı*’ olarak, hasta ise ‘*tüketici*’ olarak tanımlanır. Bu durum, hasta haklarıyla ilgili hükümleri yayma, yaşam iradesi yasalarını yaygınlaştırma sürecinde ve insan deneyimini konu alan yasalarda da görülebilir. Örnek olarak konuyla ilgili bir kanunun açılış cümlelerinde şöyle denilmektedir: “Ölümcül Durumdakilerin Hakları Kanunu III, yetişkin bir bireyi hayat-sürdüren tedavilerin yönetimiyle ilgili olarak yetkilendirmiştir... Kanun ölümcül durumdaki hastanın, yasal olarak uygulanabilir prosedürlerin sürmesinde, hayatını kullanması bakımından kendi arzusu sonucunda oluşan seçeneği mümkün görür.”⁴⁰ Hakikaten bu kanunlar, hastaların tedaviyi sona erdirmeleri hususunda, bazı belgeler imzalamadan önce, hekimleriyle tartışmalarını gerekli görmez ve onları buna teşvik etmez. Benzer bir biçimde ‘ölme hakkı’ vakalarındaki kararlar, hastanın medikal kararlar üzerindeki kontrolünü açıkça göstermektedir. Bir mahkemenin de dediği gibi:

“Tıbbi bir tedaviyi reddetme hakkı, temel ve vazgeçilmezdir... Bu hakkın tatbiki için kimsenin onayı gerekmez... Kontrol edici karar, yeterli derecede bilgilendirilmiş hastaya aittir... Bu, hekimin alacağı tıbbî bir karar değildir... Bu karar, yetkili yetişkin olarak hastaya ait ahlâki ve felsefî bir karardır.”⁴¹

Bilgilendirici modelin ideal model olarak onaylanmasındaki en kuvvetli dayanak, muhtemelen, bilgilendirme sonucu ortaya çıkmış rıza standartlarına olan bağlılığında yatar. Bir insanın kendisine ne olacağına ilişkin gerçek rızası, bir tercihin bilgilendirilme sonucunda oluşan değerlendirmesinde yatar. Çünkü burada hasta mümkün olan seçenekleri ve buna bağlı riskleri gerçek anlamda bilerek değerlendirme yapma imkânına sahip olmalıdır. Çıkarları söz konusu olup da bununla ilgili belirleme/tercih yapmak durumunda olan hekim değil hastadır ve bu ayrıcalığa da ancak o sahiptir. Bundan dolayı hekim açısından, hastaya kendi durumunu en iyi şekilde izah etmek için tedavi alternatifleri arasındaki benzerlik ve buna bağlı zararları ortaya koymak temeldir.

Alandaki baskın durumuna rağmen bazıları bilgilendirici modeli biraz *tatsız* bulurlar. Kimilerince ideal bir hekim-hasta ilişkisinde ahlâki otoritenin ve karar

⁴⁰ A.g.m., 2225

⁴¹ A.g.m., 2225

verme gücünün özel olarak hastanın elinde olması doğru bulunmuyor, bunun yerine “karşılıklı katılım ve saygı” temelindeki paylaşıma dayalı bir karar verme sürecinin olması gerektiğini savunuluyor. Hekimin rolü, “hastaya tıbbi durumunu ve mümkün olan seçeneklerini anlaması hususunda yardımcı olmaktır; bundan sonra da hasta kendi endişe ve dileklerini ortaya koyar.” Brock ve Wartman bu “olgu-değer işbirliğine” (yani hekimin gerekli bilgileri sağlaması esnasında hastanın da değerleriyle ilgili kararları vermesi süreci) vurgu yapıyor ve bunu “paylaşılmış karar verme” diye ortak bir süreç olarak görüyorlar; çünkü bu süreçte hem hekim hem de hasta karara aktif ve temel bir biçimde katkıda bulunuyor.⁴² Hekimler, mümkün olan tedavi alternatiflerinden hastanın durumuna teşhis koyma ve onu yönetmeye kadar kendi tıbbî eğitim, bilgi ve uzmanlıklarını ortaya koyar. Hastalar ise, farklı tedavi seçeneklerinin hangi fayda ve zararlarının değerlendirilmesi gerektiği bağlamında kendi kişisel amaç ve değerlerini ortaya koyar. Bu yaklaşıma göre hastanın durumuna en uygun tedavi yöntemini seçmek, her iki tarafın da katılımını gerektirir.

Benzer biçimde, ideal tıbbî karar verme sürecini tartışırken, Eddylo’da hekim ile hasta arasındaki bu “olgu-değer işbirliğini” ideal olarak görür: “Karar verme sürecini iki aşamada değerlendirmek önemlidir... İlk adım olguların sorgulanması adımdır, buradaki güven kaynağı deneysel kanıttır... İkinci adım kişisel değer ve tercihlerle ilgilidir. Düşünme süreci analitik değil kişisel ve öznedir... Kararı nihai olarak belirleyecek olan şey, hastanın tercihleridir... İdeal olan hastanın hekimle aynı fotoğrafta olması değildir. Önemli olan hastanın ne düşündüğüdür.”⁴³

Açıksası farklı klinik ortamlarda farklı modeller uygun olabilir. Buna göre, zamanın sınırlı olduğu ve hastanın geçen zamanla sağlık açısından zarar gördüğü acil durumlarda paternalistik model hekim-hasta etkileşimine rehberlik yapabilir. Bundan farklı olarak, net ama çelişkili değerlere sahip hastalar söz konusu olduğunda yorumlayıcı model muhtemelen daha meşrudur. Bundan farklı olan ve bir kerelik hekim-hasta iletişimine dayanan (süre giden bir görüşme süreci olmayan) durumlarda bilgilendirici model en uygundur; çünkü burada hastanın değerlerini ideal olan durumlarla kıyaslayabilecek kadar uzun müzakere süreci imkânı yoktur.

⁴² A.g.m. ,2225

⁴³ A.g.m., 2226

Tanımlayıcılığı ve kuralları bakımından ideal hekim-hasta ilişkisi *müzakereci model*dir. Birincisi, müzakereci model ideal özerklik anlayışına en uygun olandır. Bir bireyin özerkliğine saygı duymayı, basitçe onu bir şeyi seçmesi hususunda serbest bırakmak, ona baskı uygulamamak ve bir tercihler listesinden seçim yapma imkânı olarak görmek, Batı geleneğinin aşırı basitleştirilmiş ve çarpıtılmış bir hâlidir. Tıbbî kararlar üzerindeki özgürlük ve kontrol, sadece hasta özerkliğinden müteşekkil değildir. Özerklik, eleştirel bir biçimde bireylerin kendi tercih ve değerlerinin kıymetini ölçmeyi, onların gerçekten arzu edilebilir şeyler olup olmadıklarını belirlemeyi, eylemlerini meşrulaştıran bu değerleri doğrulamayı ve ancak bundan sonra o değerleri gerçekleştirecek eyleme başlamayı gerektirir. Müzakereci modelin ayrılmaz bir parçası olan “tartışma süreci”, bu bağlamdaki hasta özerkliğini gerçekleştirmede temeldir.

İkinci olarak ideal hekim tipi, hastalıkla ilgili olgusal bilgiler ve tıbbî müdahalelerin uygulanması bağlamında hastayı tanıyan ve onunla iletişim kuran kişi demek değildir. Edebiyatta, sanatta ve popüler kültürde ideal hekim, *koruyucu* bir hekimdir; ayrıca bilgi ve ilgili değerleri entegre ederek oradan hasta için en uygun müdahaleyi gösterip uygun tavsiyeleri çıkaran kişidir. Öyleyse hekimin hastasıyla sağlık ve değerlerle ilgili konularda müzakereye girecek bir esneklikte olmasını bekleyebiliriz. Hekimin tartışması/müzakeresi, hastanın hastalığıyla ve olası tedavisiyle ilgisiz veya çok yüzeysel olan değerleri içermemelidir. Daha da önemlisi bu çabalar, hastaların *irrasyonel ve zararlı* tercihler yapabileceği durumlarla sınırlı değildir; bilakis tüm sağlık ve bakım hizmetleriyle ilgili kararlarda geçerlidir.

Üçüncü olarak müzakereci model paternalistik modelin gizli bir versiyonu değildir. Daha önceki kategorilerde, müzakereci modelin sanki paternalistik modele benzediği yönünde bir durum ortaya çıkmış olabilir. Hâlbuki bu doğru değildir. Ancak pratikte müzakereci hekim de paternalizme düşebilir. İdeal öğretmen gibi, müzakereci hekim de hastasını belli değerlerin kıymetine ikna etmeye çalışır; yoksa ona bu değerleri paternalistik bir tavırla empoze etmeye çalışmaz. Burada hekimin kendi istek ve arzularına hastanın boyun eğmesini sağlamak gibi bir amacı yoktur; fakat hastayı (tıbbî) bir davranış biçimi hususunda ikna etme gayretinde olabilir. Plato, *Kanunlar* adlı yapıtında, hekimlik açısından müzakereci modelin paternalistik modelden ayrımını gösteren *ikna* ve *empoze* arasındaki farkı şöyle dile getirir:

“Bağımsız olmayan bir hekim asla hastasının hastalığıyla ilgili bir hesap vermez; bu hekim ancak kendi ‘şaşmaz’ bilgilerinin ışığıyla uzun tecrübelerinden hassas bir biçimde seçilerek ayrılmış birtakım emirler verir ve bunu bir diktatörün kaba metodu içinde yapar... Halbuki özgür hekim, ki genelde özgür insanlara bakar, hastalıkla ilgili olarak her şeyden önce hastayla ve onun yakınlarıyla müzakere edip onu tartışır. Bu yolla hekim, hastadan bir şeyler öğrenmiş ve aynı zamanda da onu bilgilendirmiş olur. Bundan sonra hekim, hastasını ikna etmeden herhangi bir tıbbî sürece başlamaz; çünkü hekimin amacı, hastasını tedaviyle ilgili ikna etme yoluyla tam bir başarı sağlamaktır.”⁴⁴

Dördüncü olarak hekimin değerleri hastaninkilerle ilişkilidir ve hekim tercihleri hususunda hastasını bilgilendirir. Mesela bir kalp hastası daha girişimsel tıbbî müdahale taraftarı bir kardiyolog seçse, ya da tam tersi ilaç tedavisi, diyet vb. yollarla tedaviyi öngören bir kardiyologu seçse, bu hastalar bilerek veya bilmeyerek zaten belirli değerler ışığında kendi tıbbî kararlarını veren hekimleri seçmiş oluyorlar. Ne zaman hekimle hasta arasında bir anlaşmazlık nüksetse hangi değerlerin daha kıymetli olduğu ve tıbbî süreçte hangilerinin gerçekleştirilmesi gerektiği üzerine hekimle hasta arasında bir tartışma/müzakere olur. Hekim-hasta arasındaki bu anlaşmazlık, eğer aralarındaki ilişkiye ve tıbbî bakım sürecine zarar verirse o durumda tedavi süreci başka bir hekimle de sürdürülebilir. Gerçekte, mesela bilgilendirici modelde başka bir hekime transfer olmak ya hekimin bilgisizliği ya da yetersizliğiyle ilgilidir. Hastalar bazen hekim değiştirmek isteyebilir; çünkü en basitinden o hekimden veya hekimin tıbbî yaklaşımından hoşlanmamış olabilir.

Beşinci olarak hekimler, sadece, hastalarının aydınlatılmış değerlerine uygun tedaviler hususunda onlara yardım etmek zorunda değildir; bunun da ötesinde sağlık-temelli değerleri de teşvik etmelidir. Yukarıda da belirtildiği gibi HIV virüsü taşıyan hastaları için ‘daha güvenli seksi’ veya alkolden uzak durmalarını tavsiye etmeleri gibi. Benzer biçimde hastalar da kendi değer ve eylemlerini, sağlığı destekleyici değerlerle uygunluk gösteren bir formata dönüştürme hususunda isteklidir. Aslında bu durum da, tıbbî bir tavsiyeyi göz önünde bulundurmanın doğasında olan bir şeydir.

⁴⁴ A.g.m. 2226

Altıncı ve sonuncu olarak, günümüzde pek çok hekimin tavsiyelerine temel teşkil eden değerlerin ortaya konmasında eğitim ve kapasite yönünden bazı eksiklikler taşınmasına rağmen bu değerlerin kıymetli olduğuna hastaları ikna edebiliyor olması iyi bir şeydir. Fakat bu eksiklik, alanda uzmanlaşma yönündeki eğilim ve *baskın* bilgilendirici modelin meşrulaştırıp sürekli hâle getirdiği ‘hekimlerin hastalarının değerlerini tartışmaktan uzak durmaları’ anlayışının bir sonucudur. Öyleyse, bu şartlar altında, müzakereci model en uygunu gibi gözüküyor.

Son yıllarda hekim-hasta ilişkisi şu iki konuya odaklanmış durumda; özerklik ve paternalizm. Pek çok kişi hekimlere, paternalist oldukları gerekçesiyle saldırıyor ve hastaların kendi hakları üzerinde daha fazla kontrolü olması gerektiğini savunuyor. Bu yaklaşım, yani bilgilendirici model, böylece biyoetik ve yasal standartlar bakımından baskın hâle geldi. Hâlbuki bu model, hasta özerkliği hususunda kusurlu bir yaklaşım barındırıyor ve hekimin rolünü de bir teknolojiste indiriyor.⁴⁵ Hekimliğin özü anlama, öğretme ve eylem bilgisinin hep birlikte dokunmasıdır ki bu dokuma süreci içinde koruyucu hekimlik, hastanın tıbbi durumu ve sağlık-temelli değerleri barındırır, uygun davranış biçimine yönelik tavsiyeler üretir ve hastayı bu yaklaşımın ve gerçekleştirdiği değerlerin kıymeti hususunda ikna etmeye çalışır. Koruyucu yaklaşıma sahip bir hekimlik, müzakereci modele en uygun olandır ve hekim-hasta etkileşimini düzenleyen politika ve kanunlara şekil vermelidir.

Sonuç olarak, burada anlatılan dört model sadece tıp alanıyla sınırlı değildir aslında; aynı biçimde farklı profesyonel alanları da biçimlendirebilir. Avukat ile müvekkil, öğretmen ile öğrenci ve din adamı ile din adamı olmayan insanlar arasındaki ideal ilişkinin de müzakereci modelle, en azından birçok temel noktada, tanımlanabilecektir.

3.4. Ülkemizde Hekim Hasta İlişkisi

Ülkemizde hekim-hasta arasındaki ilişki çok fazla tartışılmış bir alan değil. Hekim ile hasta arasında ki geleneksel paternalistik ilişki sorgulanmamıştır. Fakat Amerika ve Avrupa’da hem sosyologlar hem hekimler bu konu üzerinde çalışmış ve

⁴⁵ A.g.m., 2226

hekim-hasta arasındaki paternalistik ilişkiye alternatifler üretmişlerdir. Alternatif ilişki arayışına neden olan şeyler; insan haklarının gelişmesi, kişilerin özerkliğini ortadan kaldıran her durumun tartışılmaya başlanması ve giriş bölümünde bahsedilen nedenlerdir. Bunun yanı sıra özellikle gelişmiş ülkelerde hasta haklarının daha fazla tartışılması gelişmişlik ile haklar arasında bir bağlantı olduğu, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ise henüz sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına bile herkesin sahip olamadığı düşünülürse bu çalışma için henüz erken olduğu söylenecektir.

Fakat bu çalışmanın öncü bir anlam taşıması ve her şeyin hızla değiştiği modern çağda hasta ile hekim arasındaki ilişkide bir dönüşümün eşliğindedir. Bilgiye ulaşımın kolaylaşması hekim otoritesini zayıflatmaktadır. Telefonda tıbbi danışma hizmetleri ABD’de yaklaşık 100 milyon kişi tarafından kullanılmaktadır.⁴⁶ Alternatif bilgi kaynaklarına hekimler sıcak bakmasalar da hastalar sadece hekimin otoritesi altında kalmak istememekte ve alternatif kaynakları kullanmaktadırlar.

Çalışma ileri teknoloji ülkelerinde yaşanmış olan bir dönüşümün neresinde olduğumuzun tespiti açısından önemlidir.

3.5. Hasta Hastane İlişkileri

Ülkemizde hastanelerin büyük bir kısmı, sadece hastaların kabul ve tedavi edildiği kurumlar değil, aynı zamanda hekimlerin, hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin eğitim aldıkları kurumlardır. Hastaneler sağlık personellerinin yanı sıra, bürokratik işlemleri yerine getiren sağlıkla direkt olarak ilgisi olmayan çok sayıda personelin de çalıştığı kurumdur. Hastanelerde, sağlık personelinin ve diğer personelin neler yapıp yapamayacakları ayrıntılı bir şekilde taraflarca bilinmektedir. Bir başka deyişle, hastanelerde, herkesin görev alanı net bir şekilde oluşturulmuş ve kurallar konmuştur. Dolayısıyla hastane içerisinde yapılabilecek her türlü etkinlik / davranış, bu kurala uygunluk göstermek durumundadır. Kuralların olduğu yerde, doğallıkla bu kuralları uygulayacak kişiler arasında, belli bir hiyerarşiden bahsetmek gerekmektedir. Hiyerarşi varsa, bu toplulukta, zorunlu olarak bir organizasyonu simgelemektedir. İçinde hiyerarşi barındıran toplumsal

⁴⁶ Ufuk FAKIOĞLU, 5.Ulusal Sağlık Kuruluşları Ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı, 7.

organizasyonlar, bilindiği gibi, aslında otorite ilişkileridirler. Dolayısıyla hastaneleri, otoratif ve hiyerarşik ilişkilere dayalı toplumsal organizasyonlar (örgütler) olarak tanımlamak mümkündür.⁴⁷

Modern örgütlerin ortaya çıkışının ilk sistematik yorumunu Max Weber yapmıştır. Weber örgütlerin insanların etkinliklerini düzenleme yolları ya da uzay ve mekan içinde insanların durağan olarak ortaya koydukları ürünler olduklarını ileri sürmüştür. Weber örgütlerin gelişiminin bilginin denetimine bağlı olduğunu vurgulamış ve bu süreçte yazının önemine başlıca dikkati çekmiştir: Bir örgütün işleme için yazılı kurallara ve içinde örgütün “hafızasının”depolanacağı dosyalara ihtiyacı vardır. Weber örgütleri, yetkinin tepede toplanmaya eğilim gösterdiği güçlü bir hiyerarşi olarak düşünmüştür. Modern bir hastane güzel bir örgüt örneğidir.⁴⁸

Michel Foucault bir örgütün mimarisinin onun sosyal yapısı ve yetki sistemiyle doğrudan ilgisi olduğunu göstermiştir. Bir örgütün binalarındaki açık alanlar, koridorlar ve odaların ayarlanması onun yetki sisteminin nasıl işlediği hakkında temel ipuçları sağlar. Bazı iş kollarında insanlar açık yapılarda birlikte çalışırlar. Foucault modern örgütlerin mimari yapılarındaki görünürlüğü ya da yokluğun, yetki kalıplarını nasıl etkilediğini ve ifade ettiğini vurgulamıştır. Foucault iki eşit gözetimden bahseder. Birincisi amirlerin astlarının işlerini doğrudan gözlem altında tutması; bir okuldaki sınıf örneği gibi. İkincisi insanların hayatları hakkında durum tarihçesi, kayıtlar ve dosyalar tutmaktan ibarettir. Foucault ”hapishanelerin, hepsi de hapishanelere benzeyen, hastanelere, barakalara, okullara ve fabrikalara benzemesi şaşırtıcı mıdır?” diye sorar. Weber ve Foucault, bir örgütü işletmenin en etkin yolunun, gözetimi en üst düzeye çıkartmak olduğunu ileri sürmüşlerdir.⁴⁹

Hastalar hastaneye yatmayı kabul ettiklerinde üstü örtük fazlaca da dillendirilmeyen koşulları kabul etmiş sayılmaktadırlar Rodney’e göre bunlar: ⁵⁰

- a. Bir tek otorite sistemi
- b. Kaynakların yetersizliği
- c. İletişimin yetersizliği vs.

⁴⁷ Bkz.(11), CİRHİNLİOĞLU,81.

⁴⁸ Bkz. (4), GIDDENS, 308.

⁴⁹ A.g.k.,309-313

⁵⁰ Coe RODNEY, **Sociology of Medicine**, 319.

Hastanelerin bu koşullarına karşın hastalar ise çeşitli davranışlar geliştirmektedirler.

Bu davranışlar dört grup altında toplanabilir:

1. Geri çekilme; bazı hastalar bir çok nedenden dolayı hastanedeki uyarıcılara karşı direnç geliştirebilirler ve tedaviyi dahi kabul etmeme eğilimi içerisine girebilirler.
2. Saldırı; bazı hastalar ise hastanede mevcut kural ve düzenlemelere aşırı tepki göstererek protesto eğilimi içerisine girebilmektedirler.
3. Bütünleşme; kimi zamanda hastalar belki de geldikleri kültürel köken dolayısıyla, temel ihtiyaçları karşılanmış olduğundan minnettarlık havasına bürünebilirler.
4. Boyun eğme; hasta tamamen hastane kuralları karşısında kendisini çaresiz hissetmiştir ve bu kuralların tamamını kabul edici ve uygulayıcı konumundadır. Hasta bu kurallara uyunca iyileşme sürecinin hızlanacağını düşünmektedir, (rasyonel boyun eğme) ya da hasta hastaneyi kendisinin dış dünyaya çıkmasını engelleyen bir örgüt olarak görmesi ve bu engellemeye riayet etmesi (patolojik boyun eğme) şeklinde olmaktadır. Bazı durumlarda hasta bu tepkileri birbirine karıştırarak da göstermektedir. Ya da bu dört tepkinin dışında tepki gelişebilmektedir.

4. HAK KAVRAMI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Sözcük anlamı olarak doğruluk, tanrı, hukukun kişilere tanıdığı yetki gibi değişik anlamlarda kullanılan ve hukukun temel kavramları arasında sayılan hak kavramı, çok yönlü ve birden fazla boyuta sahip olma niteliği taşımaktadır. Bu nedenle, üzerinde herkesin anlaşabileceği tek ve değişmez bir hak tanımı bulmak mümkün olmamış; öğretilerde hakkın çok çeşitli tanımları yapılmıştır. Bu tanımlar yapılırken değişik ölçü ve ölçülerden hareket edilmiştir. İradeyi esas alan teoriye göre hak, kişiye ait irade kudretini ifade etmekten; menfaat teorisine göre hak, hukuk düzenince korunan çıkarıdır. İrade ve menfaat teorilerinin birleştirilmelerinden oluşan karma teoriye göre hak ise, insana irade kuvveti tanımak yoluyla korunan menfaat olarak tanımlanmaktadır. Görüldüğü üzere hak kavramına ilişkin olarak hukuk alanında üzerinde fikir birliğine varılmış genel bir tanım bulunmamaktadır. Bununla birlikte, en fazla kabul gören şekliyle hak, hukuk düzeni tarafından tanınan ve korunmasını isteme hususunda ferdin yetkili kılındığı menfaattir.⁵¹ Ansiklopedik Hukuk Sözlüğü'nde hak; doğru gerçek olan şey, bir adama ait olan şey, alacak, istihkak olarak tanımlanmaktadır⁵² Platon, “Devlet” adlı yapıtında “Hak kuvvettir” der. İngiliz düşünür Hobbes, neyin hak neyin hak olmadığını saptanmasını devlete bırakır. Tanrı bilimciler de bu yetkiyi Tanrıya verirler.

4.1. Hak Kavramı ile ilgili Teoriler

Çok yönlü bir kavram olan “hak kavramının” üzerinde bir fikir birliğine varılmış kapsayıcı bir tanım bulunmamaktadır.⁵³ Hak kavramının farklı yönlerini tek tek ele alarak tanımlamaya çalışan teoriler, kapsayıcı olmamaları nedeniyle eleştirilmiştir. Hak kavramını tanımlamakla ilgili tartışmalar üç teori üzerinde yoğunlaşmaktadır.

⁵¹http://www.msb.gov.tr/prgs/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68

⁵² Hasan ÖZCAN, **Ansiklopedik Hukuk Sözlüğü**, 273

⁵³ Gürkan SERT, **Hasta Hakları**, 11.

4.1.1. İrade Teorisi ve Eleştirisi

İradeyi temel alarak hakkı tanımlayan bu teoriye göre hak; ”hukuk düzeni tarafından tanınan bir irade kudretidir.” Yani bir şahıs başka birine kendi iradesini kabul ettirebildiği, onu bu iradeye göre harekete zorlayabildiği takdirde hak sahibidir.

Hakkın içeriği ile ilgili bir fikir vermemesi ve şekilci olması nedeni ile eleştirilen bu teori, iradesini açıklayacak durumda olmayanların (akıl hastaları, çocuklar) nasıl hak sahibi olabileceği konusuna açıklık getirememesi nedeniyle eleştirilmektedir.⁵⁴

4.1.2. Menfaat Teorisi ve Eleştirisi

Menfaat teorisine göre ise hak, ”hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanınan menfaattir” şeklinde tanımlanır.

Hakkın içeriğini ele alması, bu teoriye iradeyi temel alan teori karşısında üstünlük verir ancak hakkın kullanılmasında iradeye hiç yer vermemesi nedeniyle bu teori de eleştirilir.⁵⁵

4.1.3. Karma Teorisi

Çeşitli yönlerden eleştirilen irade ve menfaat teorileri, hak kavramını tanımlamada yetersiz kalınca, bu tanımları birleştirerek hakkı tanımlamaya çalışsa da karma teori, her iki tanımda ki eksik yönleri gidermeyi amaçlamıştır. Karma Teori hakkı, “ hak, hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip bulunduğumuz çıkardır.” şeklinde tanımlanır.⁵⁶

⁵⁴ A.g.k., 11.

⁵⁵ A.g.k., 12.

⁵⁶ A.g.k., 14.

4.2. İnsan Haklarının Tarihsel Gelişimi

İnsan hakları sadece insan olmak nedeniyle sahip olunan haklar olarak devlet hukukundan önce gelirler ve bağımsızdırlar. Bireyin eksiksiz gelişimi için gerekli bir koşul olarak insan hakları ancak demokratik bir düzen içerisinde kendi yerini bulur. İnsan hakları kurallarında eşitlik temeli vardır, evrenseldir ve bu nedenle yüksek ahlaki niteliğe sahiptir. İnsan onurunu güvenceye alan bütün kurallar insan hakları kapsamına girer. İnsan onuru ise, hukuk kurallarının adalete uygunluğunu, alınan kararların doğruluğunu ölçmenin en önemli aracıdır. İnsan değerini korumayı ve insanın maddi ve manevi gelişmesini amaçlayan üstün kurallar bütünü olarak insan hakları kuralları, bütün ülkelerde devlet birey ilişkilerinin belirleyicisi, uluslararası düzlemde de dünya barışı ve adaletinin temelini oluşturur. Hiç kimse, hiç bir kuruluş ya da devlet, "özgürlükleri yok etme" özgürlüğüne sahip değildir. İnsan haklarının yok edilmesini amaçlayan hiçbir kural ya da eylem geçerlilik kazanamaz. Hakların kullanılmasında bireyin zarar görmemesi, zedelenmemesi devletin gözetimi ve sorumluluğu altındadır. İnsan haklarının korunması öncelikle bireyin korunması anlamına gelir ve bu korumanın birinci derecede sorumluluğu devlete aittir.

İnsan hak ve özgürlüklerinin düşünce halinden uygulama alanına geçişi ele alındığında, insan hak ve özgürlükleri henüz fikir halinde belirmeden çok önce İngiltere’de pratik alanda gerçekleşme yolunu tuttuğu görülür. İngilizler daha 13.yüzyılın başında 1235’te krala zorla kabul ettirdikleri “Magna Carta Libertatum” (Büyük Hürriyetler Fermanı) ile kişi haklarının sağlanmasında büyük adım atmışlardı. Magna Carta aslında halka özgürlük tanıyan bir belge değildir. Kralın yetkilerini baronlar karşısında sınırlayan bir belgedir. Ancak şu da bir geçektir ki; İngiliz halkı bu belgeyi efsaneleştirerek, sonraki yüzyıllarda bu belge üzerinde kendi haklarını sağlama yönünde genişletici yorumlar yaparak önemli haklar kazanmıştır.⁵⁷ İnsan hakları kavramı 17. ve 18.yy.’lar içinde gelişmiş ve sınırsız olan devlet gücünü sınırlandırmayı ve hukuktan önce var olan, insanların doğal hukuktan kaynaklanan doğal haklarına saygı göstermek gündeme gelmiştir. Giderek yaygınlaşan bu inanç 18.yy’ın ortalarına doğru yayınlanan Amerikan Haklar

⁵⁷ A.g.k., 38.

Bildirgesi ve 1789 Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Bildirgesi ile ilk resmi açıklamalarına kavuşmuştur.

İnsan haklarının uluslar arası düzeye gelişinde ise asıl atılım 2.Dünya Savaşı sırasında gerçekleşmiştir. 2.Dünya savaşının meydana getirdiği yakıp yıkmalar, öldürmeler, korku ve dehşet dünya kamuoyunda insanlık için sürekli bir barışın kurulması, insanlığın yok olmasına, diktatörlük tehlikesine karşı korunması isteğini doğurmuştur. Bu amaca yönelik çalışmaların sonucunda 10 Aralık 1948’de Birleşmiş Milletler Kurulu tarafından İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi kabul edilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi; tüm insanların özgür, onurlu, hakları bakımından eşit olduklarını belirtmektedir. Ayrıca insanların ırk, dil renk, cins, din, inanç, ulusal ya da toplumsal köken ve maddi olanaklar yüzünden ayrıcalık sahibi olmadığını tüm insanların eşit olduğunu belirtmektedir.⁵⁸(mad.1-2)

“İnsan Hakları” konusu tarih içinde başlıca üç aşamadan geçerek günümüze ulaşmıştır. Daha çok bireysel nitelikli olan ”birinci kuşak” insan haklarının içinde eşitlik, özgürlük, kişi güvenliği, siyasal haklar sayılabilir. 19.yy’ın ikinci yarısına doğru kitle hareketinin yeni yansımaları ile insan hakları anayasası ve yasalara, daha sonrada uluslar arası belgelere giren “ikinci kuşak” insan hakları ekonomik, sosyal ve kültürel niteliktedir. Genişleyen liste sosyal güvenlik, sendika, grev, sağlık, eğitim gibi hakları kapsar. ”Üçüncü kuşak” insan hakları ise 20.yy’ın ikinci yarısında ortaya çıkan ve bir ölçüde üçüncü dünya ülkelerinin taleplerini yansıtan yeni bir halkayı oluşturur. Ulusların siyasal, ekonomik, sosyal, kültürel geleceklerini belirlemeye bilme hakkı, sosyal gelişme, kalkınma ve hasta hakları üçüncü kuşak haklar dizini içinde yer alır.⁵⁹

4.3. Hasta Hakları Nedir?

Temel insan haklarının bir alt başlığı olan hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetine uyarlanması olarak değerlendirilebilir. Hasta hakları, kaynağını uluslar arası insan hakları belgeleri ve sözleşmelerinden alır. Hasta hakları kişinin

⁵⁸ <http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/iheb.html>

⁵⁹ Ali ÖZER, **Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları**, 11-12.

devletten ve toplumdan hem iyi işleyen bir organizmanın devamının sağlanmasını hem de hastalandığında tedavisinin sağlanmasını isteme hakkı olarak tanımlanan “sağlık hakkı”nın tamamlayıcı unsurlarındandır. Temel İnsan Hakları'nın bir alt başlığı olarak – hasta - insanın tıbbi müdahale ve tedavi gibi hayati bir alanda haklarını tanımlamakla birlikte aslında geleneksel hasta-hekim ilişkisini değiştirmek gibi bir amaçta taşımaktadır.⁶⁰

Sağlık sisteminin karmaşıklığı, hastanın başvurduğu kişi ya da kurum karşısında daha zayıf bir konumda olması, tıp biliminin dolayısıyla hekimin insanlar üzerindeki girişimlerde gözlenen artış ve sağlık hizmetlerine ulaşma sürecinde ortaya çıkan sorunlar nedeniyle hasta hakları kavramı gündeme gelmiştir.

4.3.1. Hasta Hakları Tarihsel Gelişimi

Sağlıklı olmak, sağlıklı kalmak insanların doğuştan getirdikleri vazgeçilemez, ertelenemez ve devredilemez en temel haklarındandır. Ancak bu hakkın kullanılması, beraberinde birtakım zorlukları da getirmektedir. Sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısında her yıl gözlenen büyük artış, tıp alanındaki gelişmeler, sisteminin son derece karmaşık ve pahalı olması, hastanın da sağlık hizmeti veren kişi ya da kurum karşısında daha güçsüz konumda yer alması nedenlerine bağlı olarak, hastaların sahip oldukları en temel hakları en uygun biçimde kullanılmasını güçleştirmektedir. İşte bu noktada, insan onurunun ve bütünlüğünün korunması ve hastaya kişi olarak gösterilen saygının artırılması amacıyla, insan haklarının sağlık alanına uyarlanması; bir başka ifadeyle hasta hakları kavramı gündeme gelmiştir.

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmaların ABD’de başladığı kabul edilir. Modern tıbbın merkezinin, özel hekim muayenehanelerinden hastanelere kayması ile birlikte hasta haklarından daha çok söz edilmeye başlanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yılların başında mahkeme kararlarında hasta hekim ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki türü olduğuna değinilir. Buna göre – hasta- devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş kişiden – hekim- yardım

⁶⁰ Bkz.(1),HATUN,11-13.

talep eder. Hekimin bu talebi karşılamak üzere faaliyetlerde bulunması sırasında hekime bazı sorumluluklar yüklenir. Bu sorumlulukların içinde hekimin tıbbi müdahaleden önce hastayı girişilecek müdahale, bunun yarar ve sakıncaları konusunda aydınlatması da vardır. Hasta aydınlatma sonucunda müdahaleye onam verirse tıbbi müdahalenin gerçekleştirilebileceği ifade ediliyordu. Böylece önemli bir hasta hakkı olan bilgilendirilmiş onam hakkı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkeme kararları ile hasta ve hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir. Bundan sonraki süreçte “hastaların özerkliği” kavramı da gündeme gelecektir.⁶¹

1969 yılında ABD’nde hastanelerle ilgili standartların yeniden gözden geçirilmesi çalışmaları çerçevesinde gizlilik, bilgilendirilme, aydınlatılmış onam (rıza), hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmeleri gibi konular da ele alınmıştır. Bu süreçte hasta haklarını kapsamlı bir şekilde inceleme konusu yapan Amerikan Hastaneler Birliği, 1972 yılında Hasta Hakları Beyannamesi'ni (A Patient's Bill of Rights) yayınlamıştır .

Hasta hakları ile ilgili olarak yayınlanan ilk belge olarak bilinen bu beyanname, uluslararası bir beyanname niteliği taşımasına rağmen, günümüzde genelde kabul edilen değerlere yer vermesi, hekim-hasta ilişkisine yeni bir boyut kazandırması ve hastanelerin de sorumluluklar yüklenmesini öngörmesi bakımından hasta hakları konusunda büyük öneme sahiptir. 12 maddeden oluşan beyanname, kısa kararlar içermekle birlikte hasta hakları ile ilgili temel kavramları (bilgilendirilme, saygı görme, mahremiyet) gündeme getirmesi nedeniyle de hasta haklarına ilişkin önemli bir aşamadır.

Hasta hakları ile ilgili ABD’deki gelişmelerin ardından uluslar arası platformlarda da hasta hakları konusunda bildireler yayınlanmıştır:

Dünya Tıp Birliği'nin Eylül-Ekim 1981’de Portekiz-Lizbon’da gerçekleştirdiği 34. Genel Kurulu’nda benimsediği “Lizbon Bildirgesi”,Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bürosu’nun 28-30 Mart 1994’te Amsterdam’da gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen Avrupa’ da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ve Dünya Tıp Birliğinin 1995’te Bali’de gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen Lizbon

⁶¹ Bkz. (51), SERT, 63.

Bildirgesi II Belgeleri hasta hakları ile ilgili uluslar arası belgeler arasında yer almaktadır. Hasta haklarının gelişimi sürecinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (World Health Organization) ve Dünya Tıp Birliği'nin (World Medical Association) önemli katkıları sağlanmıştır.

4.3.2. Uluslararası Hasta Hakları Bildirgeleri

Hasta haklarının 1981'de uluslar arası alanda gündeme gelmesi hasta hakları konusunda düzenlemelerin oluşturulmasına ve var olan yasal düzenlemelerin hasta hakları yönünde gözden geçirilmesi sürecinde etkili olmuştur.

Hasta hakları konusunda yayınlanan uluslar arası belgeler bildirge niteliğindedir. Bu belgelerin ülkeleri bağlayıcı bir özellikleri yoktur. Bu belgeler daha çok öneri niteliğinde belgelerdir. Bu belgeler;

- **Lizbon Bildirgesi (1981)** hasta hakları ile ilgili ilk uluslar arası belge; Dünya Tıp Birliği'nin 34.Genel Kurulunda benimsemiştir. Temel hasta haklarını sıralayan altı madde ve hekimlere bunları sağlamak konusunda görevler veren bir paragraftan oluşmuştur. Bildirgenin başında yer alan ve hastalara tanınmasını tavsiye ettiği hakların hastalara sağlanması konusunda hekimlere sorumluluklar yükleyen paragrafta; “uygulamaya yönelik, ahlaki ve yasal güçlüklerin var olabileceğini göz önüne almak...”⁶² ifadesiyle bu temel hakların o günkü koşullarda hastalara sağlanmasının güçlüğü vurgulanmıştır.

Paragrafın sonraki satırlarında yer alan “yasal durum yada hükümetin tutumu hastaların bu haklarını yadsıyorsa, hekimler bu hakların elde edilmesi yada onarılması için yollar aramalıdır.” İfadesi yeni bir kavram olan hasta haklarının o dönemde yasal bir alt yapıya sahip olmadığına açıklık getirmektedir. Ve “.....her zaman için kendi vicdanına göre, hem de hastanın en çok yararına olacak şekilde davranmalıdır”⁶³ İfadesi ile Tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olan “yararlılık” ilkesinin ve hekimin vicdanının hastalara bu bildirmede sayılan hakların sağlanmasını

⁶² Bkz. (51), SERT, 68.

⁶³ Bkz. (51), SERT, 69.

gerektirdiği ileri sürülerek hastalara bu hakkın sağlanması hekimlere bir görev olarak verilmiştir.

Lizbon Bildirgesi metinlerinin açıklayıcı olmamaları nedeniyle eleştirilebilir. Ancak hasta haklarını belirlemiş olan uluslar arası ilk bildirme olması nedeniyle hasta hakları konusunda önemli bir belgedir.

- **Amsterdam Bildirgesi (1994)** Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Birimi tarafından yayınlanmış ve Türkiye'nin de bulunduğu Dünya Sağlık Örgütüne üye Avrupa Ülkelerinde Hasta Haklarının geliştirilmesini amaçlamıştır. Birbirinden farklı sağlık mevzuatları ve sistemleri, ekonomik ve sosyal koşulları, kültürel ve etik değerleri bulunan üye ülkelerde bu ilkelerin ksa zamanda uyulamaya geçirilmesinin zorluğu göz önünde bulundurulmakla beraber üye ülkelerin bu ilkelere ulaşma konusunda çaba göstermesi istenmiştir. Bu amacı gerçekleştirme yönündeki er türlü faaliyetin desteklenmesi konusunda da karar alınmıştır. Bildirgenin Avrupa'yı kapsayacak şekilde sınırlanması da diğer ülkelerdeki bu yönde yapılacak çalışmaları azaltabileceği düşünülerek eleştirilmiştir.

- **Lizbon Bildirgesi II (1995)** Dünya Tıp Birliğini 47.Genel Kurulunda 1981'de yayınladığı Lizbon Bildirgesinin yeniden gözden geçirerek yayınlamıştır.

1981 ile 1995 yılları arasındaki dönemde gerçekleşen gelişmelerin ve Dünya Sağlık Örgütü'nün hasta hakları konusundaki çalışmalarının, Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de yayınladığı hasta hakları bildirgesini yeniden gözden geçirmesinde ve genişletilmesinde etkili olmuştur. Bu metin 1981'de yayınlanan metinden daha ayrıntılı bir şekilde hasta haklarından söz etmiş ve temel haklarının neleri içerdiği ile ilgili tanımlamaları da içine almıştır. Ayrıca metnin ilk halinde yer almayan bazı haklar da bildirgeye eklenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Coğrafyası ile sınırlı tuttuğu hasta hakları kriterlerinin bütün dünyayı kapsayacak şekilde düzenlenmesi hasta hakları konusunda önemli bir adım olarak değerlendirilebilir.

4.4. Ülkemizde Hasta Hakları Uygulamaları

Tüm dünyada son otuz yılda yoğun bir şekilde gelişme gösteren hasta hakları konusunda ülkemiz ilgisiz kalmamış ve özellikle Avrupa Birliğine giriş sürecinde

yasal zorunluluklardan ve dünyadaki gelişmelerden etkilenecek bir takım çalışmalar yapılmıştır. Hasta hakları başlığı altında olmasa da 1928 tarihli Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı icrasına dair kanunun 70. maddesi hekimlere hastalardan onam (rıza) alma zorunluluğu getirmektedir. Ancak burada ki onam kuşkusuz hekim hasta ilişkisinin yasal çerçevesi içindedir. Evrensel etik değerlerde onam alınırken hastaya ve değerlerine saygı gösterilip gösterilmediği, yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmediği önemlidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nce kabul edilen "sağlık tanımı" 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile ülkemizde de kabul edilmiştir. Bu tanım 1961 Anayasasında da yer almaktadır. 1982 Anayasamızın 90. maddesi uyarınca bir iç yasa olmaktadır. Devletin uluslar arası yükümlülüklerinden kaynaklanan bir sorumluluğu vardır bunun gereklerini yerine getirmelidir. Nitekim 1982 Anayasasının 56. maddesi sağlık, çevre ve konut konularını düzenlemektedir. 1961 yılında çıkarılan "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" hasta hakları konusunda da izler taşımakla birlikte yetersiz kalmıştır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde; sır saklama, hastanın hekimini seçmesi, insanlar üzerinde yapılacak deneysel çalışmalar ve sınırları, hastanın hastalığı ve prognozuna ilişkin bilgilendirme, konsültasyon, hekimin hastanın tedavisinden çekilmesi gibi günümüz hasta hakları içinde de yer alan ana başlıklar vardır.

Konu ile ilişkili olarak ülkemizde ki başlıca yasalar şunlardır; 29 Mayıs 1979 tarihli 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 24 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 29 Ocak 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik.⁶⁴

Son olarak hasta haklarına ilişkin, 1 Ağustos 1998 tarihli ve 23420 sayılı "Hasta Hakları Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Bu yönetmelikle sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilme hakkı, mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı, güvenliğin sağlanması gibi haklar sıralanmıştır.

⁶⁴ Bkz. (57), ÖZER, 15.

4.4.1. Ülkemizde Hasta Hakları ile İlgili Mevzuatlara Örnekler

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hasta Hakları Yönergesi (15.10.2003), Hasta hakları uygulamaları genelgesi, Yargı içtihatları, Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi, Ceza Muhakemesi Kanunu, Hizmet Kusuru Genelgesidir.

4.4.2. Hasta Hakları Yönetmeliği

Hasta Haklarının uluslar arası platformda tartışılmaya başlanması ve Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de Lizbon Bildirgesi'ni yayınlaması, Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Birimi'nin 1994'te Amsterdam Bildirgesi'ni yayınlaması ve 1995'te Dünya Tıp Birliği'nin Lizbon Bildirgesi'ni Bali'de gözden geçirip yayınlaması, Avrupa Konseyi'nin 1997 tarihli İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nden sonra Türkiye bu bildirge ve sözleşmelerde yer alan hasta haklarını temel alarak kendi iç mevzuatı ve taraf olduğu uluslar arası sözleşmelere dayanarak 1 Ağustos 1998'de Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik ile değişik yasalarda ve tüzüklerde dağınık bir halde bulunan hasta hakları tek bir düzenleme içerisinde toplanmıştır. Ülkemizde kabul edilen temel hasta hakları şunlardır; Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı, Sağlık Hizmetlerinden Yaralanma Hakkı, Bilgi Alma Hakkı, Rıza (Onay) Hakkı, Özgür Seçim Hakkı, Mahremiyet Hakkı, Hastaların Vaktine Saygı, Saygınlık Görme Hakkı, Dini Vecibeleri Yerine Getirme Hakkı, Ziyaret ve Refakatçi Hakkı, Kalite Standartları Hakkı, Güvenlik Hakkı, Yeniliklerden Yararlanma Hakkı, Gereksiz Ağrı / Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı, Şikayet Hakkı, Tazminat Hakkı” gibi başlıklarla ele alınmıştır.⁶⁵ Hasta Hakları Yönetmeliğindeki haklardan; bilgi isteme, anket çalışmam içerisinde özellikle hastaların tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilerek hasta ile hekimin “ortak karar” almasında ki yeri ve tedaviyi seçme, reddetme ve durdurma ise “hastanın özerkliğine saygı” başlıkları altında irdelenecektir.

⁶⁵ Bkz.,(51), SERT ,106

4.4.3. Hasta Hakları Birimleri

Bakanlık hasta hakları birimi; hasta hakları ihlallerinin önlenmesi, uygulamaların geliştirilmesi, izlenmesi ve ülke genelinde koordine edilmesi amacıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulmuştur. Ayrıca ülke genelinde 412 hastanede hasta hakları uygulamalarına ilişkin sağlık tesislerinden gelecek şikâyetleri almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri üretmek üzere Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur. “Hastane Hasta Hakları Birimleri kolay ulaşılabilir yerlerde, hastanın korkmasına, çekinmesine yol açmayacak, idari fonksiyonu bulunmayan tercihen fakülte, yüksek okul mezunu meslek elemanlarından (sosyal hizmet uzmanı, psikolog, halkla ilişkiler uzmanı ve bu konularda görev alabilecek nitelikli diğer personel) oluşturulur”⁶⁶

Hasta hakları birimlerinin yanı sıra hastanelerde hasta hakları kurulları oluşturulmuştur. Bu kurullarda; Hastane Toplam kalite uygulamalarından sorumlu Başhekim yardımcısı, Hasta Hakları Birim sorumlusu, Şikâyet edilen personelin birim sorumlusu, Hasta Hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi, İl genel meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üye, Valiliğin belirleyeceği bir vatandaş, 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi⁶⁷ Ülkemizde hasta haklarının korunması ve yaygınlaştırılması Sağlık Bakanlığı ve çeşitli Sivil Toplum Örgütleri’nin çalışmaları ile olmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın bu konudaki çalışmaları özellikle Hasta Hakları Kurulları’na sivil üyelerin atanması sağlık çalışanları tarafından hoş karşılanmasa da gelecekte yapılacak çalışmalar için sevindirici bir adım olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Birimleri’nde hastaların hakları, sorumlulukları, şikâyet ve dava açma, dava ve şikâyetlerde başvurulacak merciler hakkında hastaların bilgilendirilmesini sağlamakta. Ayrıca hastaların önerileri ve şikâyetlerine yönelik sağlık kurumlarında iyileştirilmeler yapılmaya çalışılmaktadır. Fakat bu çalışmalar hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından “henüz hekimlerin hakkı yok ki! Hasta hakları ne demek oluyor!” sağlık çalışanları haklarının karşıtı bir şey olarak algılanmakta ayrıca Bakanlığın bu birimleri hekim ve diğer sağlık

⁶⁶ http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/hasta_haklari/hasta_haklari_yonergesi.htm

⁶⁷ http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/hashak/mevzuat/hh_yonerge.asp

çalışanlarını cezalandırmak için kullandığı bir uzantı şeklinde düşünülmektedir. Oysaki her eşit olmayan ilişkide güçsüz tarafı korumak adına onun haklarından daha fazla bahsedilmektedir. Kadın hakları, çocuk hakları gibi benzer haklarda ilişkide zayıf tarafın korunması amacıyla geliştirilmiş haklardır.

Hekimlerin hasta haklarını bilme düzeyleri ile ilgili Dr. Özer tarafından yapılan bir çalışma da hekimlerin %92,4'ü kendilerinin hasta haklarına tam veya büyük ölçüde uyduklarını söylemiş olmalarına rağmen, hekimlerin %78,6'sı ülkemizde hasta haklarına hiç veya çok az uyulduğunu söylemiştir.⁶⁸ Çalışmamda hasta hakları özellikle önemli, çünkü geleneksel otoriter hasta hekim ilişkisinin, katılımcı bir ilişkiye dönüştüğünü varsaymamız açısından hekimlerin hasta haklarını bilmeleri ve buna uygun davranmaları büyük önem taşımaktadır.

Hasta Hakları birimlerinde yaşanan örnek bir olay aşağıda anlatılmaktadır.

Kullandığı ilacın yan etkilerinden dolayı ilacı kullanmak istemeyen hasta bunu doktoruna ifade eder, Doktoru bu durum karşısında hastayı ilacı kullanmadığı için azarlar ve sert bir dille uyarır. Kendini hakarete uğramış hisseden hasta şikayette bulunur. Hasta Hakları Birim Sorumlusu mevzuat gereği hekimden yazılı bilgi sorar.

Hekim: Hastanın annesinin ifadesinde de belirttiği gibi hastanın “deli” olduğunu hastanın iddia ettiği şeylerin gerçek dışı olduğunu ifade eder.

Hasta hakları kurulu, hekimin hastadan tedaviye uymayı isteme hakkı olduğunu bu arada ki anlaşmazlıkta hekimin kusuru olmadığına karar verir.

Hasta bir dahaki randevusuna geldiğinde; o bölümde çalışan herhangi bir hekim tarafından tedavi edilmeyeceğini öğrenir. Ağlamaklı hasta hakları birimine gelir. Sorun birimde çözülemez.

Bu örnek olay da hekim hasta ilişkisi paternalist ilişkiye kötü bir örnek olacak şekilde gelişmiş hekim hastasının değerlerini önemsememiş (çünkü hasta genç bir kızdır ve ilacı kullandığında adet görememiş ve bu onu endişelendirmiştir). Ona ilacı neden kullanmak istemediğini sormamış ve direkt ilacı kullanmazsa tedavisini bırakmakla tehdit etmiş (ve sonunda bırakmıştır). Alternatif tedavi seçeneklerini sunmamış hastanın özerkliğini önemsememiştir. Hasta karara katılacak özerk bir birey olarak algılanmamıştır.

⁶⁸ Bkz. (57), ÖZER, 140.

4.4.4. Hasta Hakları İle İlgili İnternet Siteleri

1. www.hayad.org.tr/

HAYAD - Hasta ve hasta yakını hakları derneği

Derneğin web sitesinde hasta hakları,yargıtay kararları,çeşitli bildirgeler,psikiyatride hasta hakları ve yararlı linkler içeren bölümler bulunuyor.Ayrıca derneğin egroups.com'da yer alan yeni tartışma grubu duyuruluyor.

2. www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html - 2k

Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Bilgileri

Bakanlığın web sitesinde yer alan bölümden hastaların şikayetlerini iletebileceği bir forma ulaşılabiliyor ayrıca hasta hakları yönetmeliği ve diğer bilgilendirici kaynaklar da bakanlığın sitesinde yer alıyor.

3 www.hastahaklari.org/

Siteden hasta hakları ile ilgili dökümanlara ulaşılabilmektedir.

4.<http://hhp.ktu.edu.tr/index.php>

Hasta Hakları Platformu

Sitede hasta hakları ile ilgili Makale ve Seminerler, Gazete Yazıları Basın Bültenleri ve Yansımaları, Temel Hasta Hakları, Uluslararası Bildirgeler, Sağlık Mevzuatı, Yargı İçtihatları yer alıyor.

5. OTORİTE-İKTİDAR VE GÜÇ KAVRAMLARININ TANIMLARI

Bu bölümde otorite-iktidar ve gücün tanımı ve modern toplumsal düşüncede, otoriteye oldukça farklı yaklaşan düşünürlerin otorite-iktidar ve güç üzerine söylediklerine değinilecektir. İktidar ve otorite birbirinden kesinkes ayrı olgulara yapııştırılmış birer etiket değildir. Farklı ve birbirine rakip kuramlar ve dünya görüşleri, iktidar ve otoritenin ve bunlar arasındaki ilişkilerin farklı biçimlerde kavranmasına yol açar.

Otorite tanım itibarıyla meşru mudur? Tanım itibarıyla rızaya bağlı mıdır? Zorlayıcı olabilir mi? (veya zorlayıcı olmak zorunda mıdır?) İnançların mı hareketlerin mi yoksa her ikisinin mi üzerinde uygulanır? Eşitsizliği varsayar mı? Otoriteye itaat aklın kullanılmasıyla bağdaşır mı, özgürlük ve özerkliğin inkârı mıdır yoksa bazen bunların ön şartı mıdır? Otorite iktidarın bir biçimidir? Sadece bazı otorite biçimlerini iktidar biçimleridir? Otoritenin temelinde (daima veya bazen) iktidar mı vardır? İktidarın özünde bireylerin kimliğine bağlı olduğu, otoritenin ise her zaman toplumsal konumlarla veya rollerle ilişkili olduğu söylenebilir mi? ⁶⁹

5.1. Otorite Nedir?

Otorite, esas olarak iki katlı bir yapıdır. Bir yandan kişisel muhakemenin kullanılmamasını içerir. Otoriteyi kabul etmek, tam anlamıyla, insanın yapması veya inanması istenen şeyi incelemekten sakınması demektir. Gerçeklerin tartılmasına göre değil, insanın kendi kavradığı şekliyle gerekçelerini bir yana koymasını mutlaka gerektiren ikinci elden bir gerekçeye göre davranması ve inanması demektir. Aynı şekilde otorite uygulamak neden göstermek zorunda olmamak, itaat görmek ve inanılmak hakkına sahip olduğu için itaat görmek ve inanılmak demektir. Burada önemli olan otoritenin, gerekçelerin irdelenmesini bir yana koyduğudur; (bir uzmanın otoritesinin kabul edilmesi örneğinde olduğu gibi) tamamen ussal

⁶⁹Steven LUKES, **İktidar ve Otorite**, Çev. Sabri Tekay, 628

nedenlerle kestirmeden gidilir. Her otorite atfında bunun geçerli olacağı ve dışarıda bıraktığı gerekçeler hakkında bir varsayım vardır. (dolayısıyla otorite iki anlamda mutlak olabilir: her şartta geçerli olmasıyla ve her türlü aksi gerekçeyi dışarıda bırakmasıyla).⁷⁰

Belli bir özel bilgelik vahiy, beceri iç görü veya bilgiye dayanılarak inanç üzerinde otorite oluşturulur. Bu bilgiye herkes sahip olamayacağı için ve bu bilgiye sahip olanlar sırf bu nedenle başkalarından üstün olmaları nedeniyle bu anlayışın doğası itibarıyla eşitliksizce olduğu ortadadır. Öte yandan (vahiy, statü, makam ya da doğal yetenek gerekçeleriyle) dini veya bilimsel hakikatlere erişimin sınırlı olduğu yolunda bir varsayımın bulunmadığı durumlarda, otorite fikri işbölümü örneğinde olduğu gibi pragmatik kolaylık ya da çabadan tasarruf olarak kabul edilebilir.⁷¹

5.1.1. Max Weber’de Otorite Kavramı

Weber’e göre otorite “Belirli bir grup insanın, verilen belirli emirlere itaat etme olasılığıdır.” Weber’in yapıtlarında, otorite algılayışları üç kategoriye ayrılır: Birinci kategori, “çok eski geleneklere yönelik kurumsallaşmış bir inanca” dayalı geleneksel otoritedir. Bu otorite biçiminde toplumsal kalıtsal ayrıcalıklar temelinde algılanır; otorite ve istikrar duygusu bu anının çok uzun bir süre sürekliliğini korumasından ileri gelmektedir.

İkinci otorite kategorisi ise yasal-rasyonel otoritedir; bu otorite ”kuralların yasallığına ve bu kurallara göre yönetimi elinde tutanların emir verme hakkına inanmaya” dayanır. Burada otoritenin anlamı bir lider ya da patronun fiilin yaptıklarına bağlıdır; dahası, bu otoritenin gerekçeleri açıklanabilir ve iktidar makamını elinde tutan herkes için bu gerekçeler geçerlidir. Geleneksel bir düzende, ne denli yoz ve saçma olsa da, yalnızca düklerin oğulları gelecekte dük olma hakkına sahipti; yasal rasyonel bir sistemdeyse bir görevin gerektirdiği niteliklere sahip herkesin bu göreve gelme hakkı vardır.

⁷⁰ A.g.k., 627.

⁷¹ A.g.k., 634.

Üçüncü kategori karizmatik otoritedir; bu otorite, "bir müritler topluluğunun bir bireyin kutsallığına ya da kahramanca gücüne ya da örnek alınacak bir kişi oluşuna ve onun ortaya koyduğu ya da yarattığı düzene olağandışı biçimde kendini adayışına" dayalıdır.⁷²

"Karizma yalnızca içsel irade ve denetim kabul eder. Karizmatik önder kendine göre olan bir işe el atar ve salt taşıdığı misyona dayanarak itaat ve yandaş kitlesi ister. Bunları bulup, bulamayacağını, başarısı belirler. Onlara gönderildiğine inandığı kişiler onun misyonunu tanımazlarsa, karizmatik iddiası çöker. Kabul ederlerse, onların efendisi olur –kendini "kanıtlamak" yerini koruyabildiği sürece. Ama "hak"ını, seçimlerde olduğu gibi, onların iradesinden almaz. Tam tersi olur: Onu karizmatik önderleri olarak tanımak, misyonunu bildirdiği kişilerin görevidir"⁷³

Weber bu tür otoriteye örnek olarak Hz. Muhammed'i ve Hz. İsa'yı örnek olarak gösterir. Weber'in yaklaşımının en önemli genel özelliği otoriteyi meşrulukla özdeşleştirmesidir. Weber'e göre insanlar, yetkisinin meşru olmadığını düşündükleri kişilere itaat etmezler. Bunun sonucunda, Weber'e göre, bir toplumda otorite duygusunun ne zaman var olduğunu söyleyebiliriz: İnsanlar yöneticilerine gönüllü olarak itaat ettikleri zaman. Eğer, insanların itaat etmeye zorlanmaları gerekiyorsa, bunun nedeni, yöneticilerin meşru olduğuna inanmayışlarıdır. Meşruluğa inanmakla ve gönüllü itaatle ölçülen otorite; bu otorite yaklaşımı, modern sosyal düşünceyi büyük ölçüde etkilemiştir. Bizim konumuz açısından da meşruluğa inanmak ve gönüllü itaat özellikle önemlidir.

Bu akıma karşı olan yazarlar, insanların, diğer kişilerdeki gücü algılama sürecini-algıladıklarının içeriğini değil-vurgularlar. Burada en önemli ses Freud'a aittir. Çocukluk döneminde biçimlenen ve yetişkinlik döneminde süren otorite imgelerinden oluşur. Yetişkinlerin iktidar, hak ve meşruluk konusundaki mücadelelerinin altında, güç ve iktidarın ne olması gerektiğine ilişkin bu arkaik imgeler yatar; bu nedenle, yetişkinler olarak bizler, daha güçlü mesajlara sahip gizli bir metni okur gibi, hâlihazırda var olanı değil, bir zamanlar yaşamımızda gerçekten var olmuş olanı yorumlamaktayız. Freud'a göre, çocukluk dönemimizde anne babalarımızın her davranışı onların gücüne ilişkin imgemize katkıda bulunmaktadır. Çocuk hiçbir yargılama standardına ya da kendini anne babasından ayırma

⁷² Richard SENNETT, *Otorite*, 29.

⁷³ Max WEBER, *Sosyoloji Yazıları*, 218.

yöntemine sahip değildir; anne babanın her yaptığı inandırıcıdır ve bencil evreninde çocuk anne ve babanın yaptığı her şeyin kendisiyle ilgili olduğunu düşünür. Freud'un anlattığı olgunlaşma öyküsü, bu dönüşüm sürecine bir isyanın öyküsüdür. Hiçbir kişinin yaşamında bu dönüşüm süreci, bir teyp bandında ki hatalı bir kayıtmış gibi yetişkinlik döneminde silinmemiştir. Başlangıçta, Freud'a göre, çocuk kızsız annesiyle, erkekse babasıyla rekabet içindedir ve bu rekabetin sonucunda ortaya zorunlu olarak kararsız ve çelişik duygular çıkar. Freud'un imgeleminde, küçük erkek çocuk babasının yerini almak istemekte, ancak babasının sevgisini yitirmekte istememektedir. Sonraki dönemlerde, yetişkinle hem anne babaya itaat etmekten kurtulmak, hem de anne babanın gerektiğinde kendilerine yardımcı olmasını isterler. Freud şunu umuyordu; Yetişkin bir kişi, anne babasının gücü kadar bu gücün sınırlarının da bilincinde olacak, bu gücü, koşulları içinde, anne babasına ait bir güç, kendisini yaratan bir güç, ancak artık kendisinin dışında bir güç olarak görecektir. Freud, gücü bu tür bir yetişkin yorumuyla kavrayacak ya da hissedecek kişilerin pek az olacağı kanısındaydı. Ona göre kitleler, kendilerinden güçlü bir kişinin varlığının sunduğu rahatlığı elde etmek için büyük bir istek gösterdikleri, hemen sonra da bu güce karşı öfke duydukları ilk evrelere dönme tehlikesi içindedirler. Freud için siyasal söylemin en duygusal bileşenidir bu: Dönme, teslim olma tutkusunu. Otoriter kişilerin yararlandığı şey de budur; 1930'larda Avrupa'da Freud'un gördüğüne inandığı şey işte bu "kitlelerin yeniden çocuklaşması"dır. Freud'un, halkın otorite imgelemini çocukça güç imgelerini kaplayacağından duyduğu korku Frankfurt Okulu'nun daha toplumsal yönelimli yazarları tarafından çocukların güce ilişkin imgelerinin, yetişkinlerin yaşamında da sürmesini sağlayan psikolojik mekanizmaların tam olarak neler olduğunu gösterir: Bellek nasıl çalışır, anne ve babaya ilişkin çocukça imgeler yetişkinler tarafından yetişkinlere nasıl yansıtılır vb. İkinci nokta, bu çocuksu kalıpların sürmesini özendiren ya da özendirmeyen toplumsal koşullar üzerindedir. Kültürün bireyin biçimlenmesinde oynadığı rol konusunda, Freud'dan çok daha tarihsel ve özgül olma çabasıdadır. Adorno ve Horkheimer'in çalışması Weber ve diğerlerinin varsayımlarını sorgular. İnsanların neye inanmak istedikleri konusu yalnızca, kendilerine önerilen düşüncelerin, kuralların ya da kişilerin inanılabilirliği ya da meşruluğuyla ilgili bir sorun değildir. Bu, aynı zamanda, insanların inanmaya olan gereksinimleri sorunudur. İnsanların bir

otoriteden ne istedikleri, o otoritenin kendilerine sunduğu şey kadar önemlidir.⁷⁴ Otorite gereksinimi, psikolojik eğilimin yanı sıra tarih ve kültür tarafından belirlenir.

5.2. İktidar Nedir?

İktidar anlayışları kabaca 2 kategoriye ayrılabilir. Bir tarafta çatışma ve karşı koymayı içermeye eğilimi gösteren asimetrik iktidar anlayışları vardır. Hobbes'un sözleriyle "bir insanın kudreti ötekının kudretinin etkilerine karşı koyar ve bu etkileri engeller: Kudret, birinin kudretinin ötekının kudretinden ne kadar fazla olduğundan başka bir şey değildir."⁷⁵ Öte tarafta ise, bir kısım insanın ötekilerinin pahasına kazanç sağlayacağını ima etmeyen, herkesin birden kazanabileceğini söyleyen anlayış bulunur. Bu tür anlayışların, toplumsal ve siyasal ilişkilerin en azından ihtimal olarak uyumlu ve ortaklaşmalı (communal) olduğu yolunda bir görüşe dayanmaktadır.

İktidar asimetrik bir ilişki olarak görülüyorsa bu ilişkiyi kavramsallaştırmanın başlıca üç biçimi denetim, bağımlılık ve eşitsizliktir. Max Weber'in " bir toplumsal ilişki içindeki bir aktörün, hangi temele dayandığına bakılmaksızın karşı koymaya rağmen kendi iradesini gerçekleştirme konumunda olması olasılığı" şeklindeki ünlü iktidar tanımı bunların her üçüyle bağdaşmaktadır.⁷⁶

İktidarı kolektif bir kapasite veya başarı olarak gören anlayışlarda, iktidarın habis ve rekabetçi yönünden çok selim ve ortaklaşmalı cephesini vurgulama eğilimi vardır: İktidar başkalarının üzerinde değil, başkalarıyla birlikte uygulanır.

Şüphesiz, asimetrik ve kolektif iktidar anlayışları birbirini basit biçimde dışlamaz. Bazılarının asimetrik adını verebilecekleri bir ilişki, başka kişilerce kolektif bir kapasite olarak görülebilir.

⁷⁴ Bkz.(69), SENNETT, 31-34

⁷⁵ Bkz.(66), LUKES, 630.

⁷⁶ Bkz . (21), KASAPOĞLU, 28

5.2.1. Michel Foucault'da İktidar Kavramı

Geleneksel iktidar görüşleri yasa, yasaklama, baskı veya itaat terimlerini kullanarak kendilerine şekil verirler. Michel Foucault'ya göre ise iktidarın esas niteliğini “rıza” ya da “şiddet” oluşturmaz. Foucault için iktidar devlet, ordu, parlamento, bürokrasi, sınıf gibi büyük kurumsal şemalardan çok daha fazlasını ifade eder. Foucault İktidarın, öznelere ta bedenlerine ve hayat tarzlarına nüfuz ettiği somut yolları önyargısız analiz eder.⁷⁷ İktidar her tarafa yayılmış tanımlanması hiç de kolay olmayan ilişkisel bir olgudur, yani iktidardan çok iktidar ilişkilerinden söz etmek daha anlamlıdır; dahası iktidar ilişkilerini gün ışığına çıkarmak, onların konumlarını saptamak, uygulandığı alanları göstermek ve kullanılan yöntemleri öğrenmek gerekmektedir.⁷⁸ İnsanlar bir yandan üretim ve anlamlandırma ilişkilerine girerken, diğer yandan ise aynı oranda iktidar ilişkileri içerisine girmektedir. Yani iktidar her şeyden önce bireyler arasındaki ilişkileri ön plana çıkararak işlemektedir. Birey ve onun bedeni Foucault'ya göre hem iktidarın üretildiği hem de iktidarın uygulandığı yerdir. İktidar aynı zamanda bir yönetim sorunudur. Fakat yönetimden sadece siyasi partiler, dernekler ya da devletin yönetimini anlamamak gerekir; yönetim aynı zamanda bireylerin ya da grupların davranışlarına nasıl yön verileceğiyle alakalıdır. Bedenlerin, zihinlerin, çocukların, toplulukların, ailelerin, hastaların v.b. şeylerin yönetimi. Öyleyse iktidar insanların davranışları üzerine gerçekleştirilen bir eylem çoğulludur.⁷⁹ İktidar kendini gerçekleştirmek için özgür önelere yani özgürce eylemde bulunabilecek önelere ihtiyacı vardır (ki davranışları yönetebilsin). Foucault'un başlangıçta “disiplinci iktidar” son çalışmalarında ise “biyo-politik iktidar” terimini kullanmaktadır. Biyo-politik iktidar bireylerin bedenlerini ve genel anlamda nüfusun kapitalizmin çıkarları için en etkin ve verimli biçimde kullanılması demektir.⁸⁰ Kapitalizmin etkin olmaya başladığı 18.yüzyıldan beri yaşam ve beden iktidar nesnelere haline gelmiştir. Eskiden sadece tebaa vardı, yani malları ve hayatları ellerinden alınabilen hukuksal tebaa vardı. Günümüzde ise bedenler ve nüfuslar söz konusudur. İktidar materyalistleşti. Özünde

⁷⁷Giorgio AGAMBEN, **Kutsal İnsan**, 114

⁷⁸ Michel FOUCAULT, **Özne ve İktidar**, Çev. Osman Akınhay-Işık Ergüden, 61.

⁷⁹ Nusret POLAT, **Sosyolojik Açıdan Michel Foucault'da İktidar Kavramı**, 12-13.

⁸⁰ Bkz. (76),FOUCAULT, 16-17.

hukuksal olmaya son verdi. Beden ve hayat gibi bu gerçek nesnelere ele almak zorundadır. Hayat iktidarın alanına giriyor. Bireyler her zaman iktidarın atıl ve onaylayıcı hedefleri değil, tam aksine her zaman aracıdır. Eş deyişle, iktidar bireyleri geçiş yolu olarak kullanır. “Bireyi temel bir çekirdek, ilkel bir atom, iktidarın uygulandığı ya da cezalandırdığı çoğul ve atıl bir şey olarak; iktidarı da bireyleri böylece bastıran ya da parçalayan bir şey olarak düşünmemek gerekir. Aslında bir bedenin, hareketlerin, söylemlerin, arzuların bireyler olarak tanımlanması ve kurulması tam olarak iktidarın birincil etkilerinden biridir. Yani birey iktidarın dışında ve karşısındaki şey değil, iktidarın birincil etkilerinden biridir. Birey iktidarın bir etkisi ve aynı zamanda, bir etkisi olduğu ölçüde de aracıdır: iktidar kurduğu birey üzerinden işler. İktidar, ağ biçiminde işler, oluşturduğu bireylerden geçiş / düzgeçiş yapar. Bütün bireylerin bedeninde iktidar vardır. İktidar, bireylerin bedeninden geçiş yapar ya da yayılır.”⁸¹

Bu bağlamda Akay’ın Foucault’nun argümanına atfen söyledikleri ilgi çekicidir: Michel Foucault biyo-iktidar içinde insanın artık hukuk öznesi olarak değil, bir yaşam öznesi olarak ortaya çıkmakta olduğuna dikkat çeker. İktidarlar, halkların yaşamlarını işletir: İktidarlar, insanları belli saatlerde ya otobanlara sürükler ya da uyuturlar. “New York’ta elektriklerin kesildiği bir gece TV seyredemeyen Amerikalı çiftlerin hepsi aynı anda sevişip, aynı anda çocuk yapmıştır. Yine New York’ta TV programlarında, reklâmlar sırasında herkes aynı anda tuvalete gider, öyle ki bu saatlerde itfaiye gelir, tıkanan kanalizasyonları açmak zorunda kalır.”⁸²

Küreselleşmenin ördüğü tüketim toplumlarında tüketen esas öge, bedendir ve bu yüzden büyük önem kazanmıştır.

Kapitalist toplum yaşamı tıplaştırarak örneğin, oral kontraseptifler, “sağlıklı kişilerdeki normal bir olayı engellemek” olarak tanımlanıyor. Tedaviler organizmanın, moleküller ya da makinelerle evrim dizgesinde hiç örneği bulunmayan bir tarzda etkileşime girmesine yol açıyor. Greftler (nakledilen doku), genetik olarak programlanmış vücudun bağışıklık sisteminin savunmasının tümüyle yok edilmesini beraberinde getiriyor.⁸³ Şahsi ve sosyal problemler tıbbi problemlere

⁸¹ Sezgin KIZILÇELİK, **Küreselleşme, Beden Ve Şizofreni**, 92.

⁸² Ali AKAY, **Tekil Düşünce**, 119.

⁸³Bkz. (30), ILLICH, 37.

dönüştürülerek ve her gün yeni hastalıklar icat edilerek, ender görülen belirtiler yaygınlaşan hastalıklar olarak tanıtılmakta, hayatın doğal süreçleri tıbbi problemler haline getirilmektedir. Sağlıklı bir bedene sahip olmak için bedenimizi isteyerek özgürce uzmanların eline teslim etmekteyiz. Fakat sürekli pompalanan sağlık ve güzellik kriterlerine uyma çabası içerisinde dış dünyadaki gerçekliği fark etme noktasından da her gün uzaklaşmaktayız. Foucault'un bilgi / iktidar / beden üzerine yazdıklarının çoğullaşan iktidar mekanizmalarının hasta/hekim ilişkileri içerisinde ve kapitalist toplumun sağlığa/hastalığa bakış açısından değerlendirilmesinin konuya farklı bir pencereden bakmamıza yarar sağlayacağını düşünmekteyim.

Parsons'un hasta ve hekim rolünü tanımlarken kullandığı argümanlar dikkate alındığında hekimlerin bir sosyal kontrol ajanı gibi hükümete de hizmet etmesi, hastalık rolünün ancak bir hekimin kararı ile meşrulaşması bedenlerin (nüfusun) kontrol altına alınması bakımından anlamlı görünmektedir.

Foucault'ya göre bir toplumun “biyolojik modernliğinin eşiği”, yalın bir canlı beden olarak bireyin ve türün, toplumun siyasal stratejilerine dahil edildiği noktaydı. Toprak- temelli Devlet'ten “nüfus Devletine”ne geçiş ve bunun sonucu olarak da, egemen iktidarı ilgilendiren bir sorun olarak ulusun sağlığı ve biyolojik hayatının önemindeki artış ve bir dizi amaca uygun teknoloji kullanmak suretiyle deyim yerindeyse kendisine gereken “uysal bedenler”i yaratan söz konusu yeni biyo-iktidarın ulaştığı disiplinci denetim olmasaydı, kapitalizmin gelişimi ve zaferi mümkün olmayacaktı.⁸⁴

5.3 Sağlık Organizasyonunda Bir Unsur Olarak “İktidar/Otorite”

Sosyal iktidar, bir kimsenin kendi gayeleri için başkalarının faaliyet ve menfaatlerine uyma yetkisidir.⁸⁵ Bazı sosyologlara göre iktidar asimetrik bir ilişkidir içinde çatışma ve karşı koyma eğilimini barındırır. Buna örnek olarak Weber'in iktidar anlayışından yukarıda bahsedildi. İkinci görüş ise bir kısım insanın

⁸⁴ Bkz. (75), AGAMBEN, 12.

⁸⁵ Orhan TÜRKDOĞAN, **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, 39.

ötekilerinin pahasına kazanç sağlayacağını ima etmeyen, herkesin birden kazanabileceğini söyleyen anlayıştır. Bu tür anlayışların, toplumsal ve siyasal ilişkilerin en azından ihtimal olarak uyumlu ve ortaklaşmalı olduğu yolunda bir görüşe dayanmaktadır. Hannah Arendt ve Talcott Parsons kolektif iktidar anlayışları ortaya atmışlardır. Arent, klasik, cumhuriyetçi bir politika anlayışı çerçevesinde, iktidarın özünün “emir-itaat ilişkisine dayandığını ve daha çok insanın bir arada hareket edebilme yeteneği” ne tekabül ettiğini savunur. Parsons’ a göre iktidar “kamunun bağlandığı veya bağlanabileceği hedeflere erişmek için toplumun kaynaklarını harekete geçirme yeteneği olduğu”ndan sisteme ait bir kaynaktır. Hobbes’cu ve Weberci görüşler düşünce yelpazesinin bir ucuysa, bu gibi anlayışlar diğer uçta yer alır.⁸⁶

Foucault ise bu iktidar görüşlerinin yasa ve yasaklamaya ya da itaate dayanan görüşlerin iktidarın tanımını yapmakta yeterli olmayacağı düşüncesi yukarıda ki bölümde anlatılmıştır.

Sağlık alanında elbette iktidar ve güç ilişkileri çok karmaşık ve tek bir teoriye bağlı kalınamayacak kadar çok faktörü içerir. Fakat benim bu çalışma da ele aldığım problem hekim hasta arasında ki ilişkide bilgiye sahip olan hekimin hasta üzerinde nasıl bir otorite kurduğu veya hastayı karar alma mekanizmasına dahil ederek özünde otoriter görünen bu ilişkiyi ne derece demokratik-katılımcı bir hale getirdiğidir. Lukes’ında⁸⁷ bahsettiği gibi otorite esas olarak iki katlı bir yapıdır. Bir yandan kişisel muhakemenin kullanılmamasını içerir, otoriteyi kabul etmek, tam anlamıyla, insanın yapması veya inanması istenen şeyi incelemekten sakınması demektir. Aynı şekilde otorite uygulamak neden göstermek zorunda olmamak, itaat görmek ve inanılmak hakkına sahip olduğu için itaat görmek ve inanılmak demektir. Çalışmam da hekim ile hasta arasında ki toplumsal ilişki de “karar verme mekanizmasının” yapısı ve hekimin uzmanlık otoritesine maruz kalan hastanın kendine ait karar verme (özerklik)⁸⁸ ya da otoriteye itaat etme durumu araştırılacaktır.

⁸⁶ Bkz. (67) LUKES, 634.

⁸⁷ A.g.k., 635-636.

⁸⁸ **Özerklik** ilgili grupların kendi karar-verme süreçlerinden sorumlu olmaları halidir. Bu, ilgili grupların planlama ve karar-verme sürecinde gerçekten yönlendirici oldukları ve idarenin de onları izlediği durumu anlatır.

Parsons'ın hekimlerin bir sosyal kontrol ajanı gibi çalıştıklarını, ya da Foucault'un bedenlerin ve nüfusların kontrol altında tutulduğu ve biçimlendirildiği “denetim toplumu”nda tıbbın ve hekimlerin önemli bir otorite olarak karşımıza çıkmış olduğu görüşü yadsınamaz. Hekim kimin hasta olup, kimin sağlıklı olduğu, kimin ehliyet alıp alamayacağı, kimin cezai ehliyeti olup olmadığı, bildirim zorunlu hastalıkları iktidarın yetkili kişi ya da kurumlarına bildirmesi örneğinde olduğu gibi bazen iktidarın uygulayıcısı bazen ise iktidar olarak karşımıza çıkmaktadır. Fakat bizim amacımız iktidar mekanizmalarını sorgulamak en azından bu çalışma kapsamında değildir.

5.4.Güç Nedir?

Güç kavramı özellikle siyasette iktidar kavramıyla eş anlamlı kullanılır.⁸⁹ Güç kavramının tanımını yapan sosyologlardan Parsons'a göre: Güç, bir sistem olarak toplum içinde ve onun yararına olarak, işlevleri yerine getirme kolaylığı; belirmiş veya belirebilecek genel bir kamusal isteğe uygun amaçlara ulaşmak için toplum kaynaklarını harekete geçirebilme yeteneğidir.⁹⁰

5.4.1. Güç Çeşitleri

Bu bölümde tüm insan etkileşimlerinde başvurulabilecek bir çok güç çeşidini bir arada buldurması açısından French ve Raven'in güç sınıflandırmasından yararlanılacaktır.

Kimi yazarlar hekim hasta arasında bir güç ilişkisi olamayacağını belirtirken, kimileri de gücün hekim-hasta ilişkisinin bir parçası olduğunu savunur. Anket çalışmamda hekimlerin güç kullanıp kullanmadıklarını ya da hastaların hekimlerin ne tür güç kullandıklarını düşündüklerine dair Kasapoğlu'nun çalışmasından alınmış olan bir soru ile ölçülmeye çalışılmıştır. French ve Raven'in güç çeşitlerinin sınıflandırması da aynı eserden alınmıştır.

⁸⁹ Bkz. (70), SENNETT, 26.

⁹⁰ Bkz. (21), KASAPOĞLU, 25.

5.4.1.1. Zorlayıcı Güç

Zorlayıcı güç ceza korkusuna dayanan güç çeşididir. Belirli bir davranışı göstermediği takdirde zarar göreceği (istemediği bir duruma düşeceği) kanısında olan kişi, o davranışını gösteriyorsa zorlama yoluyla etkilemiş demektir. Çünkü itaatteki herhangi bir aksama ve uyumsuzluk hali, azarlamaya, işten çıkarmaya ya da en hafifinden arzu edilmeyen bir görevin yüklenilmesine yol açacaktır. Bu nedenle astlar cezalandırılma korkusuyla üstlerinin istemlerini yerine getirirler. Zora dayalı güç, kişinin etkilenenler üzerinde cezayı araç olarak kullanma kapasitesinden kaynaklanmaktadır. Aslında etkileyen kişinin ödül ve cezayı araç olarak kullanması onun objektif kapasitesi değildir. Etkilenen kişinin algıladıkları potansiyel ödül ve ceza önemlidir. Uygun bulmama, sevmeme, reddetme, potansiyel zorlayıcı güç kaynaklarıdır.

5.4.1.2. Ödüllendirici Güç

Ödüllendirici güç, “ödül beklentisi” yaratma temeline dayanmaktadır. Bir insanın belirli bir biçimde davranmasıyla diğerinden bir yarar(ödül) sağlaması olasılığı, o insanı, o davranışı yapmaya itmektir. Bu güç, uygulayan kişinin, diğerlerini ödüllendirebilme yeteneği ve olanaklarına bağlıdır. Bireyler örneğin, itaat etmenin ücret artışı, terfi etmek gibi olumlu kazançlara yol açacağına inanırlarsa bu davranışların tekrarlanma olasılığı artmaktadır. Zorlayıcı güçte de olduğu gibi burada da etkilenen kişilerin algıladıkları potansiyel ödüller önemlidir. Uygun bulma kabul, anlaşma, potansiyel ödül kaynaklarıdır. Şeker almak için annesinin sözüne uyan çocuk ödül ile etkilenmiştir.

5.4.1.3. Uzmanlık Gücü

Uzmanlık gücü, etkileyen kişiye üstün bilgi ve yetenek atfedilmesinden kaynaklanmaktadır. Bir başka deyişle, kişiye diğerlerinin saygısını kazandıran bu güç, onun uzmanlık, bilgi ve becerisine dayanmaktadır. Çünkü genel olarak insanlar, belirli bir konuda bilgi ve beceriye sahip kişiden etkilenme eğilimi gösterirler. Uzman kişinin önerdiği davranış, diğerlerine, çoğu kez uzun uğraşlarla elde edilmiş bilgiden çok kısa zamanda yarar sağlama olanağını verir. Birlikte çalıştığı kişilere rahat bir çalışma ortamı yaratma gücü ise, o kişiye, diğerlerinin davranışlarında etkili olma olanağı verir. Matematik dersinde, öğretmenin daha bilgili olduğunu düşünen öğrenciler, kendilerine önerilen formülleri hiç düşünmeksizin uyguladıklarında bu uzmanlığa dayanan güçtür.

5.4.1.4. Sevgi ve Özdeşim Gücü

Sevgi ve özdeşim gücü onu kullanan kişinin kişisel özelliklerine bağlıdır. Bu tür kişiler genel olarak kişilikleri nedeniyle diğerleri tarafından sevilen ve çok beğenilen, takdir edilenlerdir. Bu seçme, beğenme ve özdeşim kurma durumu, diğerlerini etkilemede bir araç olmaktadır. Çünkü birbirlerini seven kişilerin birbirlerini etkileme gücü vardır. Ayrıca bireyler, sevdikleri kişilerin isteklerini yerine getirmeye onları sevindirmeye eğilimlidirler. Genel olarak insanlarda düşüncelerini, tutumlarını ve davranışlarını özdeşim kurdukları kişilerininkine uydurmak, onların davranışlarını benimsemek veya reddettikleri kişilerin düşünce, tutum ve davranışlarında uzak durma eğilimi vardır. Zaten özdeşim de, etkisi altında kalınan kişiye davranış yönünden benzeme olgusuna verilen addır.

Dostça ve arkadaşça davranarak birlikte çalıştığı kişileri etkileme yoluna giden kişiler, bu özdeşim kurma sürecinden yararlanmaktadır.

5.4.1.5. Meşru Güç

Bir davranış ortaya çıktığında yadırganmıyor, öyle olması doğal bulunuyor, bu davranışın bu şekilde olmasında herhangi bir nedenle gereklilik bulunduğu inanılıyorsa, o davranış meşrudur. Meşru davranışlar, doğruluğuna inanılan yasa ve kurallar, gelenek, görenek ve alışılmışı uygun davranışlardır. Bir davranışın meşru olup olmadığını, toplumda geçerli olan beklenen davranış kuralı niteliğinde ki normlar belirler. Bir birey diğerini toplumda geçerli olan normlara, yani beklenen davranış kalıplarına dayanarak etkileyebilir. Bir başka deyişle birey, meşru olan davranış biçimlerini kullanarak, diğerlerine istediklerini yaptırabilir. Örneğin; erkeğin daha egemen olduğu toplumlarda, koca karısının giyim biçiminde daha etkili olabilir; etki karısı tarafından doğal karşılanır, kocasında kendisine karışma hakkı görebilir.

5.4.1.6. Bilgi Gücü

Bir insanın diğerine gerekli açıklamaları yaparak, onun davranışlarını değiştirmesi veya yeni davranışlar kazandırması bilgi yoluyla etkilemedir. Diğer beş çeşit güçten farklı olarak bilgi gücü, etkileyen kişiden bağımsız bir etkidir. Temeli, etkileyen kişinin iletişim kurarken kullandığı bilgidir. Genel olarak kişilerin doğruluna inandıkları bilgiden etkilendikleri söylenebilir. Kişiler bu bilgileri kendi deneyimleri ile yazılı kaynakları okuyarak veya diğer kişilerden isteyerek elde edebilirler. Bilgi gücü dışındaki güçlerin tümü, gücü kullanan kişiye, bir başka deyişle de etkileyene bağlıdır. Yalnızca bilgi gücü, etkileyen kişiye bağlı değildir. Bireyde meydana getirilmek istenen değişiklik eğer içselleştirilmek isteniyorsa, daha çok sevgi özdeşim ile bilgi güçlerine başvurulması gerekir. Örneğin; hekim tarafından ödüllendirileceği veya cezalandırılacağı beklentisi içinde bulunan bir hasta, bir dış gücün etkisinde hareket ediyor demektir. Hekimin uzmanlık etkisinde de durum aynıdır. Bu durumlarda dış güç ortadan kalktığında davranışında ortadan kalkma olasılığı artar. Buna karşılık sevgi, özdeşim veya bilgilenme yoluyla

meydana gelen davranış değişmesi, bireyin bu değişmeyi kendisine yüklemesi nedeniyle daha sürekli olur.

Önemli bir özellik güç çeşitlerinin hepsinin çoğu kez bir arada kullanılmasıdır. Bir insanı belirli bir yönde etkileme olasılığı, etkileyen kişinin yukarıda sözü edilen güç çeşitlerinden bir kaçına bir arada başvurduğu oranda artar. Fakat gösterilen bir davranışın hangi güçlerin etkisinde ortaya çıktığını belirleme oldukça güçtür. Örneğin; amirinin isteklerini yerine getiren bir memurun, bu davranışını, amirini sevdiği için mi, eğer isteğini yerine getirmezse azarlanacağı için mi; amirinin söylediklerini zamanında yaparsa aferin alacağı için mi, yoksa amirinin dediklerinin yapılmasının bir görev olduğu düşündüğü için mi yaptığını saptamak bir gözlemci için kolay değildir. Çünkü yukarıda sayılan tüm faktörlerin bir memurun davranışının ortaya çıkmasında rol oynama olasılığı vardır.

Genel olarak hekim-hasta etkileşimi sırasında, bir hekimin yukarıda açıklanan güç çeşitlerinin hepsini kullanabilme olasılığı vardır. Bu çalışmada hekimlerin genel olarak ne tür güç çeşidini kullanmayı tercih ettikleri ve bunun hasta hekimi ilişkisine etkisini araştırmaya çalıştık.

6. SAHA ARAŞTIRMASI

Hasta ile hekim arasında otoriter olduğu düşünölen ilişkinin sahada test edilmesi için teşhis ve tedavi seçenekleri konusunda ‘Karar Verme Mekanizması’ olarak adlandırdığımız süreçte; alınan karar, hekim ve hasta üçgenindeki dengeler ve kararlar hasta arasında yer alan hekimin koyduğu aralıkların ne derece eşit olduğu irdelenecektir. Üçüncü bölümde ayrıntılı bir şekilde anlatılan Babacıl Model (*Paternalistik Models*) ile Bilgilendirici Model (*Informative Models*) hasta ile hekim arasındaki ilişkide iki aşırı ucu temsil etmektedir. Çalışma da bu modellerden hangilerinin geçerli olduğu ya da hayata geçirildiği yoklanacaktır.

6.1. İstanbul İlinin Sağlık Hizmetleri İle İlgili Demografik Özellikleri

İstanbul’daki kamu hastanelerinin hekim sayısı, fiili yatak sayısı ve poliklinik sayıları için (Bkz. EK-5)

ÜLKELERİN ADI	Sağlık Harcamaları		Sağlık Harcamalarının GSMH’deki oranı (%)
	GSMH’da Kamunun Payı (%)	Özel Harcamalar (%)	
KANADA	72,0	28,0	9,1
ÇEK CUMHURİYETİ	91,4	8,6	7,2
FRANSA	76,0	24,0	9,5
ALMANYA	75,1	24,9	10,6
YUNANİSTAN	55,5	44,5	8,3
İTALYA	73,7	26,3	8,1
JAPONYA	76,7	23,3	7,8
MEKSİKA	46,4	53,6	5,4
PORTEKİZ	71,2	28,8	8,2
İSPANYA	69,9	30,1	7,7
TÜRKİYE	71,1	28,9	5,0
İNGİLTERE	81,0	19,0	7,3
ABD	44,3	55,7	13,0

Kaynak: www. saglik.gov.tr

Ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli kriterlerden bir tanesi sağlık, eğitim gibi alanlar için GSMH’dan ayrılan paylardır. Bu payların artması

sağlık alanında yapılan yatırımların artacağı ve herkesin ulaşabileceği eşit ve adil sağlık hizmeti sunumunu mümkün kılacaktır. Sağlık hizmetlerinde sistemden kaynaklanan sorunlar, bir hekimin günlük bakmak zorunda olduğu hasta sayısının dünya normlarının çok üstünde olması gibi kamu hastanelerinde eşit ve katılımcı karar verme, hasta değerlerini önemseme gibi unsurları ikinci plana itmeye hekimi mecbur bırakmaktadır. Sistem hekimin paternalistik tavırlarını aslında bir şekilde desteklemektedir. Bir hastaya ayrılan sürenin 3-5 dakika olduğu düşünülürse hasta ile eşitler arası bir iletişim kurulmasının zaten sistemden kaynaklanan nedenlerden dolayı da engellendiği görülmektedir.

TABLO 6.2 Türkiye'de hekim sayısı ve bir hekime düşen nüfus, 1989-2005				
		Hekim	Bir hekime	
Yıllar	Nüfus (Bin)	sayısı	düşen nüfus	
1989	54893	46708	1270	
1990	56473	50639	1115	
1991	57326	53264	1076	
1992	58584	56985	1028	
1993	58869	61050	980	
1994	61183	65832	929	
1995	61444	69349	886	
1996	62697	70947	883	
1997	62610	73659	850	
1998	64786	77344	872	
1999	65819	81988	838	
2000	66834	85117	785	
2001	68610	90757	756	
2002	69749	95190	733	
2003	70877	97763	725	
2004	71994	99304	702	
2005	72065	102500	680	

Kaynak: www.saglik.gov.tr

Devlet İstatistikleri Enstitüsünün verilerine göre İstanbul'da bir hekime düşen nüfus 1995 yılında 536 iken, 2000 yılında ise 486'dır. Bu veriler Türkiye ortalamalarının üstündedir.

6.2. Anketlerin Hazırlanması

Anketler hazırlanırken Önsöz’de okunmuş olan meslek deneyimimin verdiği görüşler; aynı zamanda *Rochester Participatory Decision- Making Scale(RPAD): Reliability and Validity* adlı Shields⁹¹ ve arkadaşlarının çalışmasından, *Consent or Obedience?_Power and Authority in Medicine* adlı Cassell’in⁹² çalışmasından, Kasapoğlu’nun⁹³ sağlık sosyolojisi adlı kitabından, Topbaş’ın⁹⁴ Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve İtern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri adlı çalışmasından ve Türkoğan’ın⁹⁵ Sağlık Sosyolojisi adlı kitabından, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan bir grup Hekimin⁹⁶ ve Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Öğretim Üyelerinden Sur’un görüşlerinden yararlanılmıştır.

Anketlerin ön denemesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesinde 20 kadar hekim grubuyla yapıldı ve bazı değişikliklerle anket formuna son şekli verildi.

Çalışma kapsamına alınan hekimler, görev yerlerinde ziyaret edilerek 24 soruyu kapsayan anket formu verildi ve formlar birlikte dolduruldu.

Çalışma kapsamına alınan hastalara anketlerin uygulanmasında daha önceden anket uygulama konusunda eğitim almış en az lise mezunu 6 kişilik bir anketör grubundan destek alınmıştır.

Anket formundaki ilk 5 soru hekimlerin demografik bilgilerini içeren olgusal sorulardır. (Akademik ünvanı, Yaş, Cinsiyet, Hizmet Süresi, Uzmanlık Alanı). 1. sorudan 12. soruya kadar olan sorular seçenekleri maddeli ölçek şeklinde hazırlanmıştır. 8. Soru birden çok seçenek işaretlenebilecek şekilde yapılandırılmıştır. (8. Sorunun ön denemesinde Hekimlerin birden fazla seçeneği işaretlemek istemeleri nedeniyle bu şekilde yapılandırılmıştır). 12. sorudan 24. soruya kadar olan soruların seçenekleri ise dereceli ölçek şeklindedir.

⁹¹Shields CLEVELAND, *Annals of Family Medicine*, 436–442

⁹² Bkz. (10), CASSELL, 328-330

⁹³ Bkz. (21), KASAPOĞLU

⁹⁴ Murat TOPBAŞ, *Türkiye Klinikleri J Med. Ethics*, 81-85

⁹⁵ Bkz. (83), TÜRKDOĞAN.

⁹⁶ (Uz. Dr.Taflan Salepci, Uz. Dr. Nadir Girit, Op. Dr. Hasan Fehmi Küçük, Dr. Mehmet Zeki Mangan)

1,11 ve 14. soruların seçenekleri hasta ve hekim anketlerinde farklıdır. Bunun dışında hastalar ile hekimlere uygulanan anketler aynı soruları ve yanıtları içerecek şekilde yapılandırılmıştır.

6.3. Evren ve Örneklem

Çalışma alanı olarak İstanbul da ki kamu hastanelerinden Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi seçilmiştir. Hasta profilinde oluşabilecek tek yanlılıktan kaçınmak ve eğitim durumu, yaş ve cinsiyet bakımından anlamlı bir dağılıma ulaşabilme kolaylığı olması nedeni ile aynı zamanda eğitim hastanesi olduğu için, hekimlerden aldığımız cevaplar, yetişmekte olan hekimlere aktarılan tavır ve düşünceler olduğundan çalışmamız açısından önemlidir.

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki toplam 229 uzman hekimden 63'üne anket uygulanmıştır. Fakat 8 tane anket teknik nedenlerden dolayı çalışmaya dâhil edilememiştir.

Özellikle karar verme sürecindeki yapının incelenmesi hedeflendiğinden asistan hekimlere çalışma içinde yer verilmemiştir. Uzman hekimlerden kimlere anket uygulanacağı cerrahi ve dâhili branşlarda, cinsiyet ve yaş faktörlerinin eşit dağılımı göz önüne alınarak 37 klinikten her birinden en az bir kişi çalışmada yer alacak şekilde rastlantısal olarak seçilmiştir.

Örneklemin büyüklüğü göz önüne alınarak hekimlerin uzmanlık dalları sadece cerrahi ve dâhili branşlar olarak ayırt edilmiştir. Çalışmamda da uzmanlık alanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Hastanede çalışan hekimlerin çalıştıkları kliniklere göre listeleri alınarak her klinikten sistematik örneklem alınmıştır. Klinikte çalışan 1. ve 5. hekim çalışmada yer almıştır.

Hasta anketleri yine aynı hastanede poliklinik ve kliniklerde iki haftalık süre boyunca hastalara uygulanmıştır. Anket uygulanacak kişiler eğitim durumu, yaş, cinsiyet ve kronik bir hastalığı olup olmama durumu, yatan hasta ya da ayaktan hasta olup olmadığına göre eşit bir dağılım göz önünde bulundurularak rastlantısal olarak seçilmiştir.

135 tane hasta anketi uygulanmış fakat 9 tane anket teknik nedenlerden dolayı çalışmaya dâhil edilememiştir.

6.4. Değerlendirme

Elde edilen veriler elektronik ortama aktarılarak SPSS 11.5 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Değerlendirme ve analizlerde sıklık dağılımları, merkezi ve yaygınlık ölçüleri ile ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi ise 0,05 olarak alınmıştır.

6.5. Bulgular ve Tartışma

Bu bölümde araştırmanın amaçlarına yönelik bulguların değerlendirilmesinden önce hekim ve hastaların bazı tanımlayıcı bilgileri sunulmuştur. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi.

Tablo 6. 3. Ankete katılan hasta ve hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımı.

Cinsiyet	Hekim		Hasta	
	n	%	n	%
Kadın	22	40,0	67	53,2
Erkek	33	60,0	59	46,8
Toplam	55	100,0	126	100,0

Tablo 6. 3’de hekim ve hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma evreninde uzman erkek hekimlerin sayısının daha fazla olması ve kadın hekimlerin anketi cevaplamakta daha isteksiz davranmaları örnekleme de yansımıştır. Hekimlerin %40’ı kadın, %60’ı erkektir. Hastaların ise %53’ü kadın, %47’si erkektir. 1.12.13 ve 24.sorularda cinsiyete dayalı ki-kare analizinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu durum ayrıca bulgular ve tartışma bölümünde tartışılacaktır. Hasta anketlerinin analizinde cinsiyete dayalı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.4. Ankete katılan hasta ve hekimlerin yaşa göre dağılımı.

Yaş	Hekim		Hasta	
	n	%	n	%
25 yaş altı	0	0	19	15,2
26-35 yaş	10	18,2	25	20
36-45 yaş	32	58,2	36	28,8
45 yaş üstü	13	26,3	45	36,0
Toplam	55	100	125	100

Tablo 6.4'te hekim ve hastaların yaşlarına göre dağılımı verilmiştir. Araştırma uzman hekimler ile yapıldığı için 25 yaş ve altında hekim yoktur. Eğitim süreleri göz önüne alındığında zaten bu mümkün değildir.

Hekimlerin %18,2'si 26–35 yaş aralığında, %58,2'si 36–45 yaş aralığında, %26,3'ü ise 45 yaş ve üstündedir. Hastaların ise %15,2'si 25 yaş altı, %20'si 26–35 yaş aralığında, %28,8'i 36–45 yaş aralığında, %36'sı ise 45 yaş ve üstündedir. Hasta anketlerinin analizinde 9.12.16 ve 11.sorularda yaşa göre anlamlı farklılıklar bulunduğu fakat dağılımın ki-kare analizi için uygun olmadığı görülmüştür.

Tablo 6.5. Ankete katılan hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı.

Eğitim Durumu	Hasta	
	n	%
Okul bitirmemiş	3	2,4
İlköğretim	53	42,1
Lise	38	30,2
Üniversite	32	25,4
Toplam	126	100

Tablo 6.5'te hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Hekimlerin hepsi üniversite mezunu olduğu için tabloda gösterilmemiştir. Hastaların %2,4'ü okul bitirmemiş, %42,1'i ilköğretim, %30,2'si Lise, %25,4'ü üniversite mezunudur. Çalışmamızda eğitim önemli bir faktör olduğu için anlamlı bir dağılım olmasına özellikle dikkat edilmiştir. Hasta anketlerinin analizinde 2,7,12,13 ve 15.sorularda eğitim durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunduğu fakat dağılımın

ki-kare analizi için uygun olmadığı görülmüştür. 22. soruda da eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 6. 6. Ankete katılan hekimlerin akademik unvanlarına göre dağılımı.

Akademik unvan	Hekim	
	n	%
Profesör	2	3,6
Doçent	6	10,9
Uzman	47	85,5
Toplam	126	100

Tablo 6.6'da hekimlerin akademik unvanlarına göre dağılımı verilmiştir. Hekimlerin %3,6'sı profesör, %10,9'u doçent, %85,5'i uzman hekimdir.

Tablo 6. 7. Ankete katılan hastaların mesleklerine göre dağılımı.

Meslek	Hasta	
	n	%
Mimar-Mühendis	16	12,7
Ev Hanımı	33	26,2
Serbest Meslek	22	17,5
İşçi	14	11,1
Muhasebeci-Mali Müşavir	8	6,3
Özel Şirket Çalışanı	9	7,1
Emekli	13	10,3
Öğrenci	3	2,4
Memur	8	6,3
TOPLAM	126	100

Tablo 6.7'de hastaların mesleklerine göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %12,7'si mimar-mühendis, % 26,2'si Ev Hanımı, % 17,5 'i Serbest Meslek, % 11,1'i İşçi, % 6,3'ü Muhasebeci-Mali Müşavir, %7,1'i Özel şirket çalışanı, %10,3'ü Emekli, %2,4'ü Öğrenci, %6,3'ü memurdur.

Tablo 6.8. Ankete katılan hekimlerin branşlara göre dağılımı.

Uzmanlık Alanı	Hekim	
	n	%
Cerrahi Branş	29	52,7
Dâhili Branş	26	47,3
Toplam	55	100

Tablo 6.8’de hekimlerin %52,7’si cerrahi branşlarda, % 47,3’ü dahili branşlarda çalışmaktadırlar. Dâhili branştan hekimler ile cerrahi branştan hekimlerin anketlere verdikleri cevaplarda 4. ve 7. sorularda anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu durum bulgular ve tartışma bölümünde tartışılacaktır.

Tablo 6. 9. Ankete katılan hekimlerin hizmet sürelerine göre dağılımı

Hizmet süresi	Hekim	
	n	%
1-5 yıl	5	9.1
5-10 yıl	10	18,2
10-15 yıl	17	30.9
15 yıl üstü	23	41.8
Toplam	55	100,0

Tablo 6.9’da ankete katılan hekimlerin % 9,1’i 1-5 yıl, % 18,2’si 5-10 yıl, % 30,9’u 10-15 yıl, % 41,8’i 15 yıl üstü hizmet süresine sahiptir. Yapılan ki-kare analizinde hekimlerin vermiş oldukları cevaplar ile hizmet süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 6.10. Ankete katılan hastaların hizmet aldıkları birime göre dağılımı

Hizmet aldığımız birim	Hasta	
	N	%
Klinik(yatan hasta)	48	38,1
Poliklinik(ayaktan hasta)	78	61,9
Toplam	126	100,0

Tablo 6.10’de ankete katılan hastaların % 38,1 klinik hastası (hastanede yatan hasta), % 61,9’u ise poliklinik hastasıdır. Hasta anketlerinin analizinde 2.7.12.13 ve 15.sorularda hastanın yatan hasta olması ile ayaktan hasta olması durumuna göre anlamlı farklılıklar bulunduğu fakat dağılımın ki-kare analizi için uygun olmadığı görülmüştür. 22. soruda da anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu durum bulgular ve tartışma bölümünde tartışılacaktır.

Tablo 6.11. Ankete katılan hastaların kronik hastalıkları olup olmamasına göre dağılımı

Kronik bir hastalığınız var mı?	Hasta	
	N	%
Var	48	38,1
Yok	78	61,9
Toplam	126	100,0

Tablo 6.11’de ankete katılan hastaların % 38,1 kronik bir hastalığı olduğunu, %61,9’u ise kronik bir hastalığı olmadığını söylemişlerdir. Hasta anketlerinin analizinde 6.7.11. ve 15.sorularda hastanın kronik bir hastalığı olup, olmaması durumuna göre ki-kare analizinde anlamlı farklılıklar bulunduğu görülmüştür. Bu durum bulgular ve tartışma bölümünde tartışılacaktır. 12.soruda da anlamlı farklılık bulunmuştur fakat dağılım ki-kare analizi için uygun değildir.

Tablo 6.12. Hastaların hastalıkları hakkında farklı kaynaklardan (TV, İnternet, gazete, kitap vb.) bilgi edinmeleri konusunda hekimlerin düşünceleri

1.Hastaların hastalıkları hakkında farklı kaynaklardan (TV, İnternet, gazete, kitap, vs.) bilgi edinmeleri konusunda ne düşünürsünüz?	Hekim	
	n	%
a. Hastalar alternatif kaynaklardan bilgi edinecek yeterlilikte değil	12	22,2
b. Alternatif kaynaklar hastayı doğru ve yeterli bilgilendirmez	19	35,2
c. Alternatif bilgi kaynakları hastayı ikna etmekte güçlüğü yol açar	7	13,0
d. Alternatif kaynaklardan bilgi edinilmesini özellikle tavsiye ederim	16	29,6
Toplam	54	100

Tablo 6.13. Hastalık hakkında farklı kaynaklardan(TV, İnternet, gazete, kitap vb.) bilgi edinme konusunda hastaların düşünceleri

1. Hastalığınız hakkında farklı kaynaklardan (TV, İnternet, gazete, kitap vs.) bilgi edindiniz mi?	Hasta	
	n	%
a. Alternatif kaynaklardan bilgi edinmedim	57	45,2
b. Alternatif kaynaklar doğru ve yeterli bilgilendirmez	9	7,1
c. Alternatif kaynaklardan bilgi edindim	46	36,5
d. Hekimim alternatif kaynaklardan bilgi edinmemi özellikle tavsiye etti	14	11,1
Toplam	126	100

İletişim teknolojisinde ki gelişmeler sayesinde hasta evindeki bilgisayarından bir hekime gitmeden pek çok bilgiye ulaşabilmektedir. Çalışmada hastaların alternatif bilgi kaynaklarını kullanıp kullanmadıklarını ve hekimlerin alternatif kaynaklara nasıl yaklaştıklarını öğrenmeye çalıştım. Szasz ve Hollander⁹⁷ tarafından teklif edilen karşılıklı katılım modeli (*mutual participation model*) hekim hasta ilişkisini bir takım gibi birlikte çalışmak olarak tanımlamaktadır. Hekimlerin % 22,2'si hastaların alternatif kaynaklardan bilgi edinecek yeterlilikte olmadıklarını, hastaların ise %45,2 alternatif kaynaklardan bilgi edinmediklerini söylemişlerdir. Hekimlerin %35,2'si alternatif kaynakların hastayı doğru ve yeterli bilgilendirmediğini, hastaların ise %7,1'i aynı cevabı vermişlerdir. Hekimlerin %13'ü alternatif kaynakların hastayı ikna etmekte güçlüğe yol açacağını, hastaların ise %36,5'inin alternatif kaynaklardan bilgi edindikleri söylemişlerdir. Hekimlerin %29,6'sı alternatif kaynaklardan bilgi edinilmesini özellikle tavsiye ettiklerini, hastaların ise %11,1'i ise hekimim alternatif kaynaklardan bilgi edinmemi özellikle tavsiye etti şeklinde ki seçenekleri seçmişlerdir.

Hekimlerin %70,4'ü ya alternatif kaynakların ya da hastaların alternatif kaynaklardan bilgi edinmekte yetersiz olduklarını ifade ettikleri halde hastaların %47,6'sı alternatif kaynaklardan bilgi edindiklerini ya da hekimlerinin bunu özellikle tavsiye ettiklerini söylemişlerdir. Televizyonlardaki reklâm amaçlı konuşmaların hastayı yanlış yönlendirmesi ve eksik bilgilendirmesi hekimlerin alternatif bilgi kaynaklarına karşı olumsuz tavır almalarına neden olmaktadır. Bayan hekimlerin % 40,9 “alternatif kaynaklar hastayı doğru ve yeterli bilgilendirmez”, erkek hekimlerin %34,4 “alternatif kaynaklardan bilgi edinilmesini özellikle tavsiye ederim” seçeneğini en yüksek oranda seçmişlerdir. Bayan hekimler “hastalar alternatif kaynaklardan bilgi edinecek yeterlilikte değil” seçeneğini %36,4 oranında seçerken erkek hekimler %12,5 oranında seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur p=0,02'dir. Fakat dağılım ki-kare analizi için uygun değildir. Bayan hekimlerin alternatif kaynaklara daha olumsuz yaklaştıkları söylenebilir. Cinsiyete dayalı farklılıklar 12. 13. ve 24. sorularda da gözlenmiştir.

⁹⁷ Bkz.(33), COCKERHAM, 193.

Toffler artık hastaların tıbbi bilgilere ulaşabilme olanağı şaşırtıcı düzeylere yükselmiştir. Önüne bir bilgisayarla bir modem alan her insan, kendi evinden *Tıp Endeksi* gibi veri tabanlarına girebilmekte, Addison hastalığından zigomikoz'a kadar her konuda bilgi içeren bilimsel raporları okuyabilmekte, hatta belli bir hastalıkla ya da tedaviyle ilgili olarak, normalde bir doktorun okumaya vakit bulamayacağı kadar çok bilgiyi edinebilmektedir. Kısacası, tıp mesleğinin bilgi tekeli tümüyle yerle bir olmuş durumdadır. Doktor da artık bir tanrı değildir. Doktorun tahtından indirilmesini ileri teknoloji ülkelerinde gözlenen bilgi-güç arasındaki ilişkilerin çok daha genel olan değişim süreci içinde yalnızca bir tek küçük örnek olarak değerlendirir.”⁹⁸

Tablo 6.14. Tedavi planını oluştururken hekimlerin tercihleri

2. Tedavi planını oluştururken hastalarım	Hekim	
	n	%
a. Alternatif tedavi seçeneklerini sunar kararı hastaya bırakırım.	9	16,7
b. Alternatif tedavi seçeneklerini sunar en uygun tedavinin hangisi olduğunu belirtirim.	39	72,2
c. En uygun tedaviyi seçerim.	6	11,1
Toplam	54	100

Tablo 6.15. Hekimlerin tedavi planını oluşturmaları hakkında hastaların düşünceleri

2. Doktorum tedavi planını oluştururken	Hasta	
	n	%
a. tedavi seçeneklerini sundu seçimi bana bıraktı	24	19,2
b. tedavi seçeneklerini sundu kendisince en uygun tedaviyi önerdi	89	71,2
c. tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmedim	12	9,6
Toplam	125	100

Tablo 6.14 ve 6.15 hekimlerin % 72,2'si “alternatif tedavi seçeneklerini sunar en uygun tedavinin hangisi olduğunu belirtirim”, hastalarında % 71,2'si “tedavi seçeneklerini sundu kendisince en uygun tedaviyi önerdi” seçeneğini seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hekimlerin % 11,1 “en uygun tedaviyi seçerim”, hastaların % 9,6'sı da “tedavi seçenekleri konusunda

⁹⁸ Alvin TOFFLER, *Yeni Güçler Yeni Şoklar*, 23.

bilgilendirilmedim". Şeklinde yanıt vermişlerdir. Hekimlerin % 10'luk bir kısmı hastalarını karar alma mekanizması içerisine dâhil etmedikleri görülmektedir. Fakat % 72,2'lik büyük bir bölümü karar alma sürecinde hastaları alternatif tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirerek kendisince en uygun tedaviyi önermektedir. Hekimler *bilgilendirici modeli* çok fazla tercih etmemekteler. Sadece bir *teknik uzman* gibi davranmayı tercih etmemekteler. Uzmanlık alanı, yaş ve cinsiyete göre bakılan ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 6.16. Hekimlerin hasta ile görüşme sırasında Latince terimler kullanılması hakkında ki düşünceleri

3.Hastanızla görüşmenizde Latince terimler kullanır mısınız?	Hekim	
	n	%
a. Latince terimler kullanmam, hastanın anlayacağı bir dille konuşurum	24	43,6
b. Latince terimleri gayri ihtiyari kullandım fakat açıklamasını yaparım	26	47,3
c. Latince terimleri tıp eğitimin bir sonucu olarak gayri ihtiyari kullandım	5	9,1
Toplam	55	100

Tablo 6.17. Hastaların görüşme esnasında hekimlerinin Latince terimler tercih edip etmedikleri konusunda ki düşünceleri

3. Doktorunuz görüşme esnasında Latince terimler kullandı mı?	Hasta	
	n	%
a. Latince terimler kullanmadı. Anlayacağım bir dille konuştu	68	54,4
b. Latince terimleri gayri ihtiyari kullandı fakat açıklamasını yaptı.	46	36,8
c. Latince terimler kullandı .	11	8,8
Toplam	125	100

Tablo 6.16 ve 6.17 hekimlerin %90,9'u hastaların anlayacağı bir dille konuştuklarını %9,1'i ise Latince terimler ile konuştuklarını, hastalar ise %91,2'si hekimin anlayacağı bir dille konuştuklarını, %8,8'i ise Latince terimler kullandı seçeneğini seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hekimler %56,4 hasta ile görüşmelerinde Latince terimleri gayri ihtiyari tıp eğitiminin bir sonucu olarak kullandıklarını fakat açıklamasını yaptıkları görülmektedir Latince terimlerin Türkçe karşılığını bulmakta zorlandıklarını

çalışmada sıklıkla dile getirmişlerdir. 3. soruda hastaların eğitim durumuna göre üniversite mezunu olan hastalar % 43,8 “Latince terimleri gayri ihtiyari kullandı fakat açıklamasını yaptı” seçeneğini en yüksek oranda seçmişler, üniversite mezunu olmayan hastalar ise % 60,2 “ Latince terimler kullanmadı anlayacağım bir dille konuştu” seçeneğini en yüksek oranda seçmişlerdir. Üniversite mezunu olmayanlar % 5,4 oranında, üniversite mezunu olanlar ise % 18, 4 oranında “Latince terimler kullandı” seçeneğini seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur $p=0,01$ ’dir.

Tablo 6.18. Hekimlerin önerdiği tedaviyi kabul etmeyen hastaya karşı tavırları

4. Önerdiğim tedaviyi kabul etmeyen hastaya	Hekim	
	n	%
a. Alternatif tedavi seçeneklerini sunarım	36	65,5
b. Başka bir hekime yönlendiririm	8	14,5
c. İkna etmeye çalışırım.	11	20,0
Toplam	55	100

Tablo 6.19. Hastaların önerdiği tedaviyi kabul etmediğinde, hekimlerinin tavırları hakkında ki düşünceleri

4. Doktorum önerdiği tedaviyi kabul etmediğimde	Hasta	
	n	%
a. Alternatif tedavi seçeneklerini sundu	60	50,0
b. Başka bir hekime yönlendirdi	14	11,7
c. İkna etmeye çalıştı	46	38,3
Toplam	120	100

Tablo 6.18 ve 6.19’un ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Fakat branşlara göre farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Özellikle dâhili branştan hekimler “ikna etmeye çalışırım” seçeneğini % 20,0 oranında seçerken, cerrahi branştan hekimler % 6,9 oranında “ikna etmeye çalışırım” seçeneğini seçmişlerdir.

Tablo 6.20. Hekimlerin önerdiği tedaviyi kabul etmeyen hastaya karşı tavırlarının branşlara göre dağılımı

4. Önerdiğim tedaviyi kabul etmeyen hastaya	Cerrahi Branşlar		Dahili Branşlar	
	n	%	n	%
a. Alternatif tedavi seçeneklerini sunarım	22	75,9	14	53,8
b. Başka bir hekime yönlendiririm	5	17,2	3	11,5
c. İkna etmeye çalışırım	2	6,9	9	20,0
Toplam	29	100,0	26	100,0

Tablo 6.20’de riskin daha fazla olduğu ameliyat gibi hastanın hayatının tehlikeye girebileceği ve hekimin bu durumdan sorumlu tutulabileceği branşlarda hekimler özellikle hastanın katılımını önemsemektedirler. Bu da bize hekimlerin hukuki anlamda sorumluluk almak istemediklerini ve ilişkinin hukuki boyutunu da dikkate alarak karar verdiklerini düşündürmektedir

Tablo 6.21. Hekimlerin hasta tedavi seçenekleri konusunda kararsız kaldığında ki düşünceleri

5. Hastam tedavi seçenekleri konusunda kararsız kaldığımda	Hekim	
	n	%
a. Başka bir hekime danışmasını tavsiye ederim.	7	13,0
b. Başka bir hekime danışması en doğal hakkıdır rahatsız olmam.	45	83,3
c. Başka bir hekime danışan hastanın tedavisini üstlenmek istemem.	2	3,7
Toplam	54	100

Tablo 6.22. Hastaların tedavi seçenekleri konusunda kararsız kaldıklarında hekimlerin tavırları hakkındaki düşünceleri

5. Hekimim tedavi seçenekleri konusunda kararsız kaldığımda	Hasta	
	n	%
a. Başka bir hekime danışmamı tavsiye etti	77	68,1
b. Başka bir hekime danışmamdan rahatsız oldu	28	24,8
c. Başka bir hekime danıştığım için tedavimi üstlenmek istemedi	8	7,1
Toplam		100

$X^2=51,473$

sd=2

p=0,000

Tablo 6.21 ve 6.22’nin ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hekimler % 83,3 “başka bir hekime danışması en doğal hakkıdır rahatsız olmam” seçeneğini seçmişlerdir. Anket çalışması sırasında da kendilerinin bunu tavsiye etmeyeceğini aynı uzmanlık alanından başka bir hekimden hastası için görüş istemeyeceğini fakat hasta kendi isterse başka bir hekimden görüş almasının doğal olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların % 24,8’i “başka bir hekime danışmamdan rahatsız oldu”, % 7,0’ı ise “başka bir hekime danıştığım için tedavimi üstlenmedi” seçeneğini seçmişlerdir.

Tablo 6.23. Hastaların hastalığı hakkında çok soru sorması hakkında hekimlerin düşünceleri

6. Hastaların hastalıkları hakkında “çok soru” sorması hakkında ne düşünürsünüz?	Hekim	
	n	%
a. Hastamın hastalığı hakkında çok soru sormasını memnuniyetle karşılarım. Hastalara daha iyi yardım edebilmem, onların ihtiyaçlarını bilmeme bağlıdır.	18	32,7
b. Hastamı yeterince bilgilendirir sorularını kısaca cevaplamaya çalışırım.	31	56,4
c. Hastamın tanı açısından yardımı olmayan sorularını uygun biçimde engellemeye çalışırım.	6	10,9
Toplam	55	100

Tablo 6. 24. Hastaların hastalıkları hakkında tüm sorularını sorup soramadıkları düşüncesi

6.Hastalığınız hakkında tüm sorularınızı hekime sorabildiniz mi?	Hasta	
	n	%
a. Hastalığım hakkındaki tüm soruları hekime sorabildim.	79	63,2
b. Hastalığım hakkında yeterince aydınlandığımı düşünüyorum.	20	16,0
c. Hastalığım hakkında aklımdaki soruları soramadım.	10	8,0
d. Hastalığım hakkında yeterince aydınlanmadım.	16	12,8
Toplam	125	100

Hekimlerin % 32,7 si “hastamın hastalığı hakkında çok soru sormasını memnuniyetle karşılarım. Hastalara daha iyi yardım edebilmem, onların ihtiyaçlarını bilmeme bağlıdır”. % 56,4 “hastamı yeterince bilgilendirir sorularını kısaca cevaplamaya çalışırım.” % 10,9 “hastamın tanı açısından yardımı olmayan sorularını uygun biçimde engellemeye çalışırım” seçeneğini seçmişlerdir. Hastaların ise % 63,2 si “hastalığım hakkındaki tüm soruları hekime sorabildim” seçeneğini seçmişlerdir. Hastalıkları sadece bir mikrobun ürettiği bir durum olarak gören hekim, hastayı ancak bu mikrobun anlamaya yardımcı olması koşulu ile dinlemektedir. Oysa hastalık sadece bir mikrobun yarattığı bir durumdan öte bir olay olarak düşünüldüğünde (ki bu daha modern bir görüşü dile getirmektedir) hastayı daha uzunca dinleme gereği ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin % 32,7’si hastalıkların sosyo-psikolojik bir zeminde oluştuğunu ve bunun da toplumsal bir geçmişle bağlantılı olduğunu iyi bilmektedirler. Ancak bu

bakış açısına sahip hekimlerin önündeki en önemli engel “zaman” faktörüdür. Bu yüzden hekimler, hastaları mümkün olduğu kadar az dinlemektedir. İngiltere’de hekimin bir hastaya ayırdığı zaman ortalama 6 dakika olarak hesaplanmaktadır.⁹⁹

Tablo 6.25. Hastaların kronik bir hastalığı olup olmama durumuna göre “hastalığınız hakkında tüm sorularınızı hekime sorabildiniz mi?” hastaların verdikleri cevaplar

6. Hastalığınız hakkında tüm sorularınızı hekime sorabildiniz mi?	VAR		YOK	
	n	%	n	%
a. Hastalığım hakkındaki tüm soruları hekime sorabildim.	30	63,8	49	62,8
b. Hastalığım hakkında yeterince aydınlandığımı düşünüyorum.	12	25,5	8	10,3
c. Hastalığım hakkında aklımdaki soruları soramadım.	2	4,3	8	10,3
d. Hastalığım hakkında yeterince aydınlanmadım.	3	6,4	13	16,7
Toplam	47	100,0	78	100,0

$X^2=8,025$

sd=3

p=0,045

Tablo 6.25’te kronik bir hastalık olup olmama durumuna göre; hastaların 6.soruya verdikleri cevapların ki-kare analizinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan hastalar %16,7 “hastalığım hakkında yeterince aydınlanmadım”, %10,3 “hastalığım hakkında aklımdaki soruları soramadım” diye cevap verirken kronik bir hastalığı olduğunu söyleyenler % 6,4 ve %4,3 gibi daha düşük oranlarda bu seçenekleri seçmişlerdir. Bu durumda Hollander ve Szasz’ın¹⁰⁰ teorilerini destekler niteliktedir. Hasta ile hekim arasında ki ilişki hastalığın akut ya da kronik, belirtilerin ciddiyetine göre şekillenmektedir. Kronik hastalar hekim ile daha rahat diyalog kurup sorularını sorabilmekte, hastalıkları hakkında doğal olarak daha fazla bilgiye sahip olmaktadır fakat akut hastalıklarda ya da ayaktan hasta dediğimiz poliklinik hastaları hastalıkları hakkında hekimden daha az bilgi alabilmekteler.

⁹⁹ Bkz. (11), CİRHİNLİOĞLU, 73.

¹⁰⁰ Bkz. (33), COCKERHAM, 181.

Tablo 6.26. Tedavi seçenekleri konusunda son kararı kimin vermesi gerektiği konusunda hekimlerin düşünceleri

7.Tedavi seçenekleri konusunda	Hekim	
	n	%
a. Son kararı hekim vermelidir.	5	9,3
b. Hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli son karar hasta ile birlikte vermelidir.	28	51,9
c. Hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir.	19	35,2
d. Son kararı hasta vermelidir.	2	3,7
Toplam	54	100

Tablo 6.27. Tedavi seçenekleri konusunda son kararı kimin vermesi gerektiği hakkında hastaların düşünceleri

7. Tedavi seçenekleri konusunda	Hasta	
	n	%
a. Son kararı hekim vermelidir.	39	31,0
b. Hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli ve kararı birlikte vermelidir.	26	20,6
c. Hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir.	44	34,9
d. Son kararı hasta vermelidir.	17	13,5
Toplam	126	100

 $\chi^2=22.988$

sd=3

p= ,000

Tablo 6.26 ve 6.27’de hekimler %51,9 oranında “hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli son kararı hasta ile birlikte vermelidir” seçeneğini seçmişlerdir. Hastalar ise % 34,9 oranında “hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir” seçeneğini seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Hastaların % 31,0 oranında “son kararı hekim vermelidir” ve % 34,9 “hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir” seçeneğini seçmiş olmaları 11.soruda ortaya çıkan sonuçları destekler niteliktedir. Bu durum ayrıca 11.soruda irdelenecektir.

Tablo 6.28. Branşlara göre tedavi seçenekleri konusunda son kararı kimin vermesi gerektiği hakkında hekimlerin düşünceleri

7. Tedavi seçenekleri konusunda	Cerrahi Branş		Dahili Branş	
	n	%	n	%
a. Son kararı hekim vermelidir.	0	0	5	20,0
b. Hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli ve kararı birlikte vermelidir.	20	69,0	8	32,0
c. Hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir.	7	24,1	12	48,0
d. Son kararı hasta vermelidir.	2	6,9	0	0
Toplam	29	100	25	100

$X^2=13,235$

sd=3

p=0,004

Tablo 6.28’de branşlara göre verilen yanıtlarda ki kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. (Tablo 6.20...)’de de benzer bir farklılık bulunmuştu. Dahili branştan hekimlerin % 20 oranında “son kararı hekim vermelidir” seçmişler. Cerrahi branştan hekimler ise % 69 oranında “hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli ve kararı birlikte vermelidir” seçeneğini en yüksek oranda seçmişlerdir. Cerrahi branştan hekimlerin daha eşitlikçi tutumlar benimsemelerinin nedeni sağlık uygulamalarında riskin arttığı durumlarda “en azından yasal olarak” sorumluluk altında kalmak istememeleri ile açıklanabilir.

Tablo 6.29. Hastaların kronik bir hastalığı olup olmama durumuna göre tedavi seçenekleri konusunda son kararı kimin vermesi gerektiği hakkında hastaların düşünceleri

7. Tedavi seçenekleri konusunda	VAR		YOK	
	n	%	n	%
a. Son kararı hekim vermelidir.	14	29,2	25	32,1
b. Hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli ve kararı birlikte vermelidir.	8	16,7	18	23,1
c. Hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir.	24	50,0	20	25,6
d. Son kararı hasta vermelidir.	2	4,2	15	19,2
Toplam	48	100,0	78	100,0

$X^2=10,718$

sd=3

p=0,013

Tablo 6.29’da kronik bir hastalığı olan hastalarla, olmayan hastaların 7. soruya verdikleri yanıtlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Aynı şekilde poliklinik hastaları ile yatan hastaların 7. soruya verdikleri yanıtlar arasında da anlamlı farklılık bulunmuştur p=0,013. Poliklinik hastaları % 42,3 oranında, klinik

hastaları ile % 22,9 oranında “hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir” seçeneğini seçmişlerdir

(Tablo 6.25...)’te de benzer şekilde kronik hastalığı olan ve olmayan hastaların yanıtları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastalar % 4,2 oranında “son kararı hasta vermelidir” kronik hastalığı olmayanlar ise % 19,2 oranında “son kararı hasta vermelidir” seçeneğini seçmişlerdir. 7.soruda hastaların eğitim durumuna göre üniversite mezunu olan hastalar % 53,1 “hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir” seçeneğini en yüksek oranda seçmişlerdir. Üniversite mezunu olmayan hastalar ise % 36, 2 “son kararı hekim vermelidir” seçeneğini en yüksek oranda seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur $p=0,02$ ’dir.

Tablo 6.30. Hekimlere ve hastalara göre hasta ile hekim arasındaki iletişimin niteliğini belirleyen en önemli faktörler

8. Size göre hasta ile hekim arasında ki iletişimin niteliğini belirleyen en önemli üç faktörü işaretleyiniz.	Hekim		Hasta		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
a. Hastanın yaşı	13	23,6	64	50,8	77	74,4
b. Hasta ile hekimin buldukları mekan (muayenehane, özel hast. Devlet hastanesi..)	27	49,1	54	42,9	81	92,0
c. Hastalığın ciddiyeti	29	52,7	98	77,8	127	130,5
d. Hastanın eğitimi	49	89,1	66	52,4	115	141,5
e. Hastanın statüsü	15	27,3	27	21,4	42	48,7

$X^2=19,167$

sd=4

$p=0,007$

Tablo 6.30’da hekimler % 89,1 oranında “hastanın eğitimi”, %52,7 oranında “hastalığın ciddiyeti”, % 49,1 oranında “hasta ile hekimin buldukları mekan” şeklinde yanıtlar vermişlerdir. Hastalar ise % 77,8 oranında “hastalığın ciddiyeti”, % 52,4 oranında “hastanın eğitimi”, % 50,8 “hastanın yaşı” şeklinde yanıtlar vermişlerdir. Anket uygulaması esnasında bir hekim bu sorunun hasta ile hekim ilişkisini kavrayamadığını, ilişkinin standardının her koşulda hekim tarafından sağlanması gerektiğini hekime göre ciddi olmayan bir hastalığın hasta tarafından ölümcül bir hastalıkmiş gibi algılanabileceğini ifade etmiştir.. Hekimle hastanın buldukları mekânı hekimlerin hastalardan fazla oranda seçmeleri örneklem grubunda ki hastaların bir kısmının anket uygulamaları esnasında da belirttikleri gibi

“hiç özel hastane ya da muayenehaneye” gitmemiş olmaları etken olabilir. Hekimler en yüksek oranda “hastanın eğitimini” seçmişlerdir. Anket çalışması esnasında bir uzman hekimin, “farenjit, anjin” gibi hastalık durumlarında öğretmenlerin her defasında doktora başvurmalarını sağlık hakkında yeterince bilgiye sahip olmamalarından kaynaklandığını ifade etmiştir. Buna ek olarak modernizmin uzmanların gözetiminde bir hayat tarzını empoze etmesinin de etkili olduğu kanaatindeyim.

Tablo 6.31. Hekimlere ve hastalara göre hasta ile hekim arasındaki iletişimi yönlendiren kişinin kim olduğu

9. Hasta ile hekim arasındaki iletişim	Hekim		Hasta	
	n	%	n	%
a. Hekimin yönlendirdiği bir iletişimdir.	1	1,8	19	15,4
b. Hekimin yönlendirmesi gereken bir iletişimdir.	22	40,0	28	22,8
c. İşbirliğine dayalı bir iletişimdir.	31	56,4	71	57,7
d. Hastanın yönlendirmesi gereken bir iletişimdir.	1	1,8	5	4,1
Toplam	55	100,0	123	100

$X^2=10,884$

sd=3

p=0,01

Tablo 6.31’de ki-kare analizine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Hekimler % 56,4 oranında “işbirliğine dayalı bir iletişimdir”, %40 oranında “hekimin yönlendirmesi gereken bir iletişimdir” seçeneklerini seçmişlerdir. Hastalar ise % 47,7 oranında “işbirliğine dayalı bir iletişim”, % 22,8 “hekimin yönlendirmesi gereken bir iletişimdir” seçeneğini seçmişlerdir. Hastalar % 15,4 oranında hekimler ise % 1,8 oranında “hekimin yönlendirdiği bir iletişimdir” seçeneğini seçmişlerdir. İngiltere’de yapılan bir araştırmada kliniklerde çalışan hekimlerin dörtte üçünün, hastalara, ilişkiyi kontrol etme hakkı hiç tanımadıkları bulunmuştur. Hekimler hastalara daha çok kapalı uçlu sorular sormaktadırlar. Hastayı sadece onaylamak ya da reddetmekle yetinmektedirler.¹⁰¹ Hastanın hekim karşısındaki davranışlarında bir çok faktör rol oynamaktadır. Hastanın hastaneye geliş sayısı, eğitim düzeyi, cinsiyet, etnik köken gibi faktörler rol oynamaktadır.

¹⁰¹ Bkz. (11), CİRHİNLİOĞLU, 71.

Tablo 6. 32. Hekimlere göre “hastaların onların sağlığına ilişkin isteklerini” yerine getirmelerinin nedenleri

10. Hastalar onların sağlığına ilişkin isteklerimi yerine getirirler çünkü	Hekim	
	n	%
a. Ben onlardan daha çok bilgiye sahibim.	5	9,1
b. Ben onlara isteklerimin nedenlerini anlatır ve izah ederim.	36	65,5
c. Bu isteklerimi yerine getirdikleri zaman iyileşeceklerini bilirler.	13	23,6
d. İsteklerimi yerine getirmedikleri zaman tedavilerini kabul etmem.	1	1,8
Toplam	55	100.0

Tablo 6.33. Hastalara göre, “hekimlerin sağlığına ilişkin isteklerini yerine getirmelerinin” nedenleri

10.Doktorumun sağlığım hakkındaki önerilerine uyarım çünkü	Hasta	
	N	%
a. Benden daha çok bilgiye sahiptir.	59	47,2
b. Hekimim isteklerinin nedenlerini anlatır ve izah eder.	21	16,8
c. Bu isteklerimi yerine getirdiğim zaman iyileşeceğimi bilirim	43	34,4
d. Önerilerine uymazsam tedavimi kabul etmez.	2	1,6
Toplam	125	100

 $X^2=45,587$

sd=3

p=0,000

Tablo 6.32 ve 6.33’te hekimlerin ne tür güçleri kullandıklarına dair sorulan soruda anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Hekimler % 65,5 bilgi gücünü (isteklerimin nedenini anlatır ve izah ederim) seçmişler, hastalar ise % 47,2 oranında uzmanlık gücünü (benden daha çok bilgiye sahiptir) seçmişlerdir. Hekimim isteklerinin nedenlerini anlatır ve izah eder diyen hasta oranı ise %16,8’dir. Diğer sosyal bilimlerde yapılan çalışmalardan da bilindiği üzere kişiler üzerinde kalıcı davranış değişikliği yapmak isteniyorsa en etkili güç, bilgi gücüdür. Hekimler bunu bilmekte fakat uygulama konusunda hastaların sadece % 16,8’i hekimlerin bilgi gücünü kullandığı seçeneğini seçmişlerdir. Hasta ile hekim arasında ki ilişkinin “katılımcı” hale geldiğinden bahsedebilmemiz için bu oranın yükselmesi gerekmektedir Hekimler ne kadar yüksek oranda bilgi gücünü kullanırlarsa, hekim

ile hastası arasında o oranda iyi bir iletişim kurulacak hastanın tedaviye uyma oranı da artacaktır.

Tablo 6.34. Klinik ve poliklinik hastalarına göre, “hekimlerin sağlığına ilişkin isteklerini yerine getirmelerinin” nedenleri

10. Doktorumun sağlığım hakkındaki önerilerine uyarım çünkü	Klinik hastaları		Poliklinik hastaları	
	n	%	N	%
a. Benden daha çok bilgiye sahiptir.	31	64,6	28	36,4
b. Doktorum isteklerinin nedenlerini anlatır ve izah eder.	7	14,6	14	18,2
c. İsteklerini yerine getirdiğim zaman iyileşeceğimi bilirim	10	20,8	33	42,9
d. Önerilerine uymazsam tedavimi kabul etmez.	0	,0	2	2,6
Toplam	48	100,0	77	100,0

$$X^2=10,632$$

$$sd=3$$

$$p=0,014$$

Tablo 6.34’de poliklinik hastası ile klinik hastası arasında 10.soruya verilen cevaplar açısından anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Klinik hastaları % 64,6 oranında “benden daha çok bilgiye sahiptir” seçeneğini seçerken, poliklinik hastaları % 42 oranında “isteklerini yerine getirdiğim zaman iyileşeceğimi bilirim” şeklinde yanıt vermişlerdir. Hastaların hastanede kalma, hastalığın kronik ya da akut olması gibi etkenlerin burada da etkili olduğu gözlenmektedir.

Tablo 6.35. Hastaların tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekimlere bıraktıklarında hekimlerin tavırları

11. Hastalar tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederler	Hekim	
	n	%
a. Hastamı sorumluluk alması ve karara katılması konusunda cesaretlendiririm.	11	20,0
b. Hastamı tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirerek, kararı onun vermesini isterim.	21	38,2
c. Hastam için en iyi olduğunu düşündüğüm tedavi şeklini öneririm.	23	41,8
Toplam	55	100,0

Tablo 6.36. Hastaların tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakma oranları

11. Tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederim.	Hasta	
	n	%
a. Hiç	4	3,2
b. Ara sıra	14	11,3
c. Genelde	61	49,2
d. Her zaman	45	36,3
Toplam	124	100,0

Tablo 6.36’da hastaların % 85,5’inin tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu “genelde” ve “her zaman” hekime bırakmayı tercih ettiklerini söylemişlerdir. Bu hastaların Paternalistik hekim modelini benimsediklerini veya başka bir model bilmedikleri ve hekimle başka türlü bir ilişki kurmak için cesaretlendirilmedikleri anlamına gelmektedir. Cassell¹⁰² çalışmasında hastalığın özerkliğin en büyük hırsızlığı olduğunu ve hekimlerin bu durumda hastaları karara katılmak ve sorumluluk almaları konusunda cesaretlendirmeleri gerektiğinden bahseder. Tablo 6.35’te “hastamı sorumluluk alması ve karara katılması konusunda cesaretlendiririm” diyen hekim % 20 oranındadır. Bu oranın artması hekim ve hasta arasında ki ilişkinin katılımcı bir yol aldığı anlamına gelecektir. Taşdemir ve Ehliz’in¹⁰³ çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. İstemedikleri bir tedavi uygulanacağı zaman tepkilerinin “çaresiz kabullenmek” olacağını ifade eden hastaların oranı %71,7’dir. 11.soruda 40 yaş ve altı hastalar % 18,1 oranında “hiç” ve “arasıra” seçeneğini seçmişler, 41 yaş ve üstü hastalar ise % 10,6 oranında “hiç” ve “arasıra” seçeneğini seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur p=0,02’dir.

Tablo 6. 37. Klinik ve poliklinik hastalarının tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakma oranları

¹⁰² Bkz. (10), CASSELL, 328-330

¹⁰³ M. TAŞDEMİR-H. ELHİZ, **Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**, 448

11. Tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederim.	Klinik		Poliklinik	
	n	%	n	%
a. Hiç	0	,0	4	5,3
b. Ara sıra	2	4,2	12	15,8
c. Genelde	29	60,4	32	42,1
d. Her zaman	17	35,4	28	36,8
Toplam	48	100,0	76	100,0

$$X^2=8,068$$

$$sd=3$$

$$p=0,045$$

Tablo 6.37’de poliklinik hastaları % 21,1 oranında “hiç” ve “ara sıra” , klinik hastaları ise % 4,2 oranında “hiç” ve “ara sıra” seçeneğini seçmişler ve ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Klinik hastaları daha fazla oranda tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih etmektedirler. Tavırlarında ki farklılık hastanede yattıkları sürece çok fazla prosedürle karşılaşmaları ve bu şekilde davranmanın kolaylık sağladığını düşünüyor olmalarından kaynaklanabilir.

Tablo 6.38. Hekimlerin ve hastaların; hastaların tedaviyi seçme, reddetme ve durdurma hakkı konusunda cevapları.

12. Hastaların tedaviyi seçme, reddetme ve durdurma hakkı vardır.	Hekim		Hasta	
	n	%	n	%
a. Doğru	34	63,0	73	57,9
b. Yanlış	1	1,9	10	7,9
c. Kısmen Doğru	18	33,3	37	29,4
d. Kısmen Yanlış	1	1,9	6	4,8
Toplam	54	100,0	126	100,0

Tablo 6.38’de hastaların hizmet aldığı birimin poliklinik ya da klinik olmasına göre ve kronik bir hastalık olup olma durumuna göre ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Cerrahi branştan hekimler % 69 oranında “doğru”, dâhili branştan hekimler ise % 56 oranında “doğru” yanıtını seçmişlerdir. Bayan hekimler % 40,9 oranında “doğru”, erkek hekimler % 78’1 oranında “doğru” yanıtını seçmişlerdir. Klinik hastaları % 85’4 oranında “doğru” , poliklinik hastaları ise % 41 oranında “doğru” yanıtını seçmişlerdir. Kronik bir hastalığı olanlar % 66,7 oranında, olmayanlar ise % 52,6 oranında “doğru” yanıtını seçmişlerdir. Hekim ve hastanelere daha fazla gelmek zorunda kalan kronik hastaların ya da yatan hastaların hasta

hakları konusunda daha fazla bilgi sahibi oldukları görülmektedir. Dağılım ki-kare analizine uygun değildir.

Tablo 6.39. Hekim ve hastaların Aydınlatılmış onam formlarının (bilgilendirilmiş onay) kullanılmasının hastanın tedavi sürecine katılımını sağlayıp sağlamadığı konusunda ki düşünceleri

13. Aydınlatılmış onam formlarının (bilgilendirilmiş onay) kullanılmasının hastanın tedavi sürecine katılımını sağladığını düşünüyor musunuz?	Hekim		Hasta	
	n	%	n	%
a. Evet	22	40,7	13	17,6
b. Hayır	16	29,6	3	4,1
c. Kısmen	16	29,6	58	78,4
Toplam	54	100,0	74	100,0

$X^2=32,721$ $sd=2$ $p=0,001$

Tablo 6.39’da aydınlatılmış onam formlarının kullanımının hastanın tedaviye katılım sürecine katkısı araştırılmıştır. Hekimler % 40,7 hastalar ise % 17,6 oranında formların etkili olduğunu düşünmektedirler. Hastaların % 78,4’u kısmen hekimlerim ise % 29,6’sı kısmen cevabını vermişlerdir. Aydınlatılmış Onam Formu hastaya yapılacak tıbbi bir müdahaleden önce hekimler tarafından hazırlanan ve müdahalenin olası yan etkileri ve yararlarının anlatıldığı bir formdur. Hekimler cerrahi operasyonlardan önce yasal olarak hastaya bu formu imzalatılarak hastanın onayını almak zorundadırlar. Hekimlerin % 29,6’si formların hastaları yeterince aydınlatmadığını düşünmektedir. Bayan hekimlerin % 19’u, erkek hekimlerin ise % 54’5’i “evet” seçeneğini seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur $p=0,019$. Hekimlerle hastaların yanıtları arasında büyük oranda farklılık olması hekimle hasta arasında ki ilişkide bir memnuniyetsizlik olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 6.40. Hekimlerin hastanın hastalığı ile ilgili her türlü bilgi ve belgeyi isteme hakkı hakkındaki görüşleri

14.Hastanın hastalığı ile ilgili her türlü bilgi ve belgeyi isteme hakkı vardır.	Hekim	
	n	%
a. Katılıyorum	37	68,5
b. Katılmıyorum	1	1,9
c. Kısmen Katılıyorum	16	29,6
Toplam	54	100,0

Tablo 6.40’da hekimlerin % 29,6’sı “kısmen katılıyorum” seçeneğini % 68,5’i ise “katılıyorum” seçeneğini seçmişlerdir. Hekimler hastaların zaman zaman teşhislerini bilmediklerini (kanser gibi hastalıklarda) bu nedenle her türlü bilgi ve belgeyi istemesinin sakıncalı olabileceğini ifade etmişlerdir. Hekimler hasta haklarını bilmekte ve paternalistik modele uygun hareket etmektedirler. Fakat hastaların % 85,5’inin kararı ve sorumluluğu hekime bıraktığı hatırlandığında (Bkz. Tablo 6.36) bu tür bir ilişki çoğu zaman bir sorun yaratmayacaktır.

Tablo 6.41. Hastaların hekimlerinden hastalığı ile ilgili her türlü bilgiyi alabilme durumuna ilişkin görüşleri

14. Doktorunuzdan hastalığınız ile ilgili her türlü bilgiyi alabilmekte misiz?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	5	4,0
b. Ara sıra	19	15,3
c. Genelde	54	43,5
d. Her zaman	46	37,1
Toplam	124	100,0

Tablo 6.41’de hastalar %80,6 oranında “genelde ve her zaman” seçeneğini seçmişlerdir.

Tablo 6.42. Hekimlerin hasta kendisine karşı sinirli davrandığında, hastaya karşı aynı sertlikte yanıt verip vermeme konusunda ki görüşleri

15. Hastanız size karşı sinirli davrandığında, sizde ona karşı aynı sertlikte yanıt verir misiniz?	Hekim	
	n	%
a. Hiç	5	9,1
b. Ara sıra	46	83,6
c. Genelde	4	7,3
d. Her zaman	0	0
Toplam	55	100,0

Tablo 6.43. Hastaların hekimlerine karşı sinirli davrandıklarında hekimlerinde kendilerine aynı sertlikte yanıt verip vermedikleri konusunda ki görüşleri

15. Doktorunuza karşı sinirli davrandığınızda , o da size karşı aynı sertlikte yanıt verdi mi?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	63	50,4
b. Ara sıra	31	24,8
c. Genelde	19	15,2
d. Her zaman	12	9,6
Toplam	125	100,0

$X^2=55,319$

sd=3

p=0,000

Tablo 6.42’de hastanız size karşı sinirli davrandığında sizde ona karşı aynı sertlikte yanıt verir misiniz sorusuna hekimlerin % 83,6’sı “arasıra”, %7,3’ü “genelde” derken hastalara sorulan hekiminize karşı sert davrandığınızda oda size aynı sertlikte yanıt verdimi sorusuna hastaların %50,4’ü “hiç” seçeneğini seçmişlerdir. Hekimler ise hiç seçeneğini %9,1 oranında tercih etmişlerdir. Murat Topbaş¹⁰⁴ ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada da hekimlerin %12,5’i hiç yanıtını vermişlerdir. Hekimlerin hastanın sinirli bir tepkisi karşısında aynı şekilde davranmaya büyük ölçüde eğilimli oldukları düşünülebilir.

Kronik hastalığı olup, olmama durumuna göre ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur p=0,031. Kronik hastalığı olan hastalar % 61,7 oranında “hiç” seçeneğini seçerken, “her zaman” ve “genelde” seçeneğini % 10, 7 oranında, kronik bir hastalığı olmayan hastalar % 43,6 oranında “hiç” seçeneğini % 33,3 oranında “genelde” ve “her zaman” seçeneğini seçmişlerdir.

Klinik ya da poliklinik hastası olma durumuna göre 15. soruya verilen yanıtlarda ki- kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. p=0,000 klinikte yatan hastalar % 74,5 oranında “hiç” seçeneğini, %17,0 oranında “her zaman” ve “genelde” seçeneğini, poliklinikte tedavi olan hastalar ise % 35,9 oranında “hiç” seçeneğini, “her zaman” ve “genelde” seçeneğini ise % 29,5 oranında seçmişlerdir. Burada klinik hastalarının hekimlerle daha uyumlu ilişkiler kurmaya çalıştıkları, poliklinik hastalarının ise hekim ve hastane otoritesinden daha az etkilendiği gözlenmektedir. Hekimler kendilerini değerlendirirken hiç seçeneğini % 9,1 seçerken

¹⁰⁴ Murat TOPBAŞ, **Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar**, 81-85

hastaların hiç seçeneğini % 50, 4 oranında seçmeleri hastaların beklentilerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 6.44 Hekimlerin hastalarını başka bir kliniğe sevk ettiğinizde ya da tetkik istediğinizde bunun nedenini açıklama oranları

16.Hastanızı başka bir kliniğe sevk ettiğinizde ya da tetkik istediğinizde bunun nedenini açıklar mısınız?	Hekim	
	n	%
a . Hiç	0	,0
b. Ara sıra	2	3,6
c. Genelde	13	23,6
d. Her zaman	40	72,7
Toplam	55	100,0

Tablo 6.45 Hastaların, hekimlerinin başka bir kliniğe sevk ettiğinde ya da tetkik istediğinde bunun nedenini açıklama konusunda ki düşünceleri

16.Doktorunuz sizi başka bir kliniğe sevk ettiğinde ya da tetkik istediğinde bunun nedenini açıkladı mı?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	11	8,8
b. Ara sıra	18	14,4
c. Genelde	53	42,4
d. Her zaman	43	34,4
Toplam	125	100,0

$$X^2=24,658$$

$$sd=3$$

$$p=0,000$$

Tablo 6.44'te hekimler “hiç” seçeneğini seçmemiş “ara sıra” seçeneğini ise % 3,6 oranında seçmişlerdir. Hastalar ise “hiç” seçeneğini % 8,8 “ara sıra” seçeneğini ise 14,4 oranında seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 6.46. Hekimlerin hastalarına aklındaki soruları sorması için vakit tanıyıp tanımadıkları ile ilgili düşünceleri

17. Hastanızın aklında ki soruları sorması için muayene sırasında ona vakit tanır mısınız?	Hekim	
	n	%
a. Hiç	0	,0
b. Ara sıra	2	3,6
c. Genelde	30	54,5
d. Her zaman	23	41,8
Toplam	55	100,0

Tablo 6.47. Hastalara göre hekimlerin muayene sırasında akıllarında ki soruları sormaları için vakit tanıyıp tanımadıkları

17.Doktorunuz aklınızdaki soruları somanız için muayene sırasında size vakit tanıdı mı?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	6	4,8
b. Ara sıra	25	19,8
c. Genelde	48	38,1
d. Her zaman	47	37,3
Toplam	126	100,0

$X^2=11,965$ $sd=3$ $p=0,008$

Tablo 6.46 ve 6.47’de hekimler “hiç” ve “ara sıra” seçeneğini % 3,6 oranında seçerken, hastalar % 24,6 oranında seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Taşdemir ve Ehliz’in yaptığı çalışmada hekimiyle hastalığı hakkında yeterince konuştuğunu söyleyenlerin oranı %39,3’tür.

Tablo 6.48. Hekimlere göre hastalarını tedavi seçenekleri, olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirip karara katılmasını sağlama oranları

18. Hastanızı tedavi seçenekleri olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirip karara katılmasını sağlar mısınız?	Hekim	
	n	%
a. Hiç	0	,0
b. Ara sıra	4	7,3
c. Genelde	28	50,9
d. Her zaman	23	41,8
Toplam	55	100,0

Tablo 6.49. Hastalara göre hekimlerin tedavi seçenekleri, olası yararları ve yan etkileri hakkında hastayı bilgilendirip karara katılmasını sağlama oranları

18. Doktorunuz tedavi seçenekleri, olası yararları ve yan etkileri hakkında sizi bilgilendirip karara katılmanızı sağladı mı?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	12	9,6
b.Ara sıra	21	16,8
c. Genelde	54	43,2
d. Her zaman	38	30,4
Toplam	125	100,0

$X^2=9,744$ $sd=3$ $p=0,021$

Tablo 6.48. ve 6.49’de hekim ve hastaların 18.soruya verdikleri yanıtların sıklıkları görülmektedir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Hekimler “hiç” ve “ara sıra” cevabını % 7,3 oranında seçerken, hastalar “hiç” ve “ara sıra” cevabını % 26,4 oranında seçmişlerdir. 40 yaş ve altındaki hastalar %35,8 oranında “hiç ve arasıra” seçeneğini seçmişler, 41 yaş üstündekiler % 15,8 oranında “hiç” ve “arasıra” seçeneğinin seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur $p=0,04$ ’tür.

Tablo 6.50 Hekimlerin hastayı tedavinin olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirme oranı

19. Hastanızı tedavinin olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirip karara katılmasını sağlar mısınız?	Hekim	
	n	%
a. Hiç	0	,0
b. Ara sıra	1	1,8
c. Genelde	25	45,5
d. Her zaman	29	52,7
Toplam	55	100,0

Tablo 6. 51 hastalara göre tedavinin olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirilme oranı

19. Doktorunuz tedavinin olası yararları ve yan etkileri hakkında sizi bilgilendirdi mi?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	9	7,2
b. Ara sıra	13	10,4
c. Genelde	47	37,6
d. Her zaman	56	44,8
Toplam	125	100,0

$X^2=8,674$

sd=3

$p=0,034$

Tablo 6.50 ve 6.51’de hekim ve hastaların 19.soruya verdikleri yanıtların sıklıkları görülmektedir. Ki- kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur. Hastalar % 17,6 oranında, hekimler ise % 1,8 oranında “hiç” ve “ara sıra” seçeneğini seçmişlerdir.

Tablo 6.52 Hekimlere göre hastanın anlattıklarını anlayıp anlamadığını birkaç soru sorarak kontrol etme oranı

20. Hastanızın anlattıklarınızı anlayıp anlamadığını birkaç soru sorarak kontrol eder misiniz?	Hekim	
	n	%
a. Hiç	1	1,8
b. Ara sıra	11	20,0
c. Genelde	26	47,3
d. Her zaman	17	30,9
Toplam	55	100,0

Tablo 6.53. Hastalara göre hekimlerin anlattıklarını anlayıp anlamadığını birkaç soru sorarak kontrol etme oranı

20. Doktorunuz anlattıklarını anlayıp anlamadığınızı sordu mu?	Hasta	
	n	%
a. Hiç	18	14,4
b. Ara sıra	21	16,8
c. Genelde	44	35,2
d. Her zaman	42	33,6
Toplam	125	100,0

Tablo 6.52 ve 6.53'te hekim ve hastaların 20.soruya verdikleri yanıtların sıklıkları görülmektedir. Ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hekimler % 88,2 oranında “genelde” ve “her zaman” seçeneğini seçmişler hastalar ise % 68,8 oranında “genelde” ve “her zaman” seçeneğini seçmişlerdir.

Tablo 6.54. Hekim ve hastaların Hasta Hakları Yönetmeliğini okuma oranı

21. Hasta Hakları Yönetmeliğini okudunuz mu?	Hekim		Hasta	
	n	%	N	%
a. Evet	22	40,0	44	35,5
b. Hayır	15	27,3	48	38,7
c. Okumadım ama bilgim var	18	32,7	32	25,8
Toplam	55	100,0	124	100,0

Tablo 6.54'nin ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hastalar % 35,5 oranında HHY'yi, hekimler % 40,0 oranında HHY'yi okuduklarını söylemişlerdir.

Tablo 6.55 Hekim ve hastaların hasta hakları yönetmeliğini yeterli bulma oranı

22. Hasta hakları yönetmeliğini yeterli buluyor musunuz?	Hekim		Hasta	
	n	%	N	%
a. Evet	12	33,3	29	33,0
b. Hayır	2	5,6	23	26,1
c. Kısmen	22	61,1	36	40,9
Toplam	36	100,0	88	100,0

$X^2=7,598$

$sd=2$

$p=0,022$

Tablo 6.55’de hekimlerin %33,3’ü “evet”, % 61,1 “kısmen” seçeneğini seçmişlerdir. Hastaların %33’ü “evet” % 40,9’u “kısmen”, %26,1’i ise HHY’ yi yeterli bulmamışlar. Hekimler ise %5,6 oranında HHY’ yi yeterli bulmamışlardır.

22. soruda hastalar eğitim durumuna göre üniversite mezunu olanlar % 66,7 “kısmen” en yüksek oranda seçmişler. Üniversite mezunu olmayanlar ise % 42,6 oranında “evet” seçeneğini en yüksek oranda seçmişlerdir. Üniversite mezunu olanlar evet seçeneğini % 11,1 oranında seçmişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur $p=0,00$ ’dir. Üniversite eğitimi alan hastaların beklenti düzeylerinin yükseldiği görülmektedir.

Tablo 6.56 Hekim ve hastalara göre Hasta Hakları Yönetmeliğinin gerekliliği oranı

23. Hasta hakları yönetmeliği gerekliliklerden doğmuştur	Hekim		Hasta	
	n	%	N	%
a. Doğru	23	46,9	89	76,1
b. Yanlış	4	8,2	7	6,0
c. Kısmen doğru	22	44,9	20	17,1
d. Kısmen yanlış	0	,0	1	0,9
Toplam	49	100,0	117	100,0

$X^2= 15,562$

$sd=3$

$p=0,001$

Tablo 6.56’de hekimlerin % 46,9’u HHY’nin gerekliliklerden doğduğunu, hastaların ise %76,1 HHY’nin gerekliliklerden doğduğunu söylemişlerdir. Hekimler hasta hakları yönetmeliğinin gerekliliklerden doğduğu düşüncesinde özellikle çekinceli yaklaşmışlardır. Gerekliliklerden ziyade hükümet politikaları ile ilgili olduğundan anket uygulamaları sırasında söz etmişlerdir. Hekimler kendi koşulları

ve hastanelerin fiziksel yetersizlikleri ve personel yetersizlikleri giderilmeden bu tip uygulamaların yetersiz kaldığını ifade etmişlerdi

Tablo 6.57. Hekimlere göre hasta hakkı ihlali yaşandığı düşüncesinin oranı

24. Hastanızın tanı ve tedavi sürecinde hasta hakkı ihlali yaşadığı düşüncesine kapıldınız mı?	Hekim	
	n	%
a. Hayır	34	66,7
b. Evet	17	33,3
Toplam	51	100,0

Tablo 6.58. Hastalara göre hasta hakkı ihlali yaşandığı düşüncesinin oranı

24. Hekim ile olan tanı ve tedavi sürecinde hasta hakkı ihlali yaşadığı düşüncesine kapıldınız mı?	Hasta	
	n	%
a. Hayır	94	75,8
b. Evet	75,8	24,2
Toplam	124	100,0

Tablo 6.56'da hekimler tanı ve tedavi sürecinde hasta hakları ihlali yaşandığını % 33,3 oranında, hastalar ise % 24,2 oranında hasta hakkı ihlali yaşandığını düşündükleri cevabını vermişlerdir. Ki-kare analizinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bayan hekimler % 85 oranında erkek hekimler ise % 54 oranında hayır seçeneğini seçmişlerdir. Cinsiyete göre ki-kare analizinde anlamlı farklılık bulunmuştur $p=0,02$ 'dir.

Cevabınız evet ise hangi hakkın ihlal edildiğini düşünüyorsunuz şıklıkına ise evet diyen hastalar; mahremiyet haklarının ihlal edildiği, kötü muameleye uğradıkları, yanlış tedavi uygulanması ve bilgilendirilme haklarının ihlal edildiğini, hekimler ise hekim seçme, tedaviyi seçme, hastanelerin fiziki koşullarının yetersizliği ve personel yetersizliğinin hastaların randevularının aksaması ve kötü koşullarda tedavi olmalarına neden olduğunu, uzun kuyruklarda bekleme, yeterli zaman ve incelemenin olamadığını ifade etmişlerdir. Hekimler hastaların hak ihlallerinde, fiziksel mekânların yetersizliği, personel yetersizliği, hasta yoğunluğu

nedeniyle hastaya yeterince zaman ayıramadıkları ve hastanelerin kötü yönetimini, neden olarak göstermişlerdir. Hekimlerden bir tanesi soruya “anlamsız soru” şeklinde not düşmüş, 3 tanesi evet cevabını işaretlemiş fakat hangi hakkın ihlal edildiğini belirtmemişlerdir. Hastaların hak ihlali olarak kabul ettikleri hususların daha çok hekim ile hastanın buluştukları mekânda, muayene işlemleri sırasında gerçekleşiyor olması, hekimler ise daha çok sağlık hizmetinde aksayan yönleri hasta hakkı ihlali olarak ifade etmişlerdir. Hastalar ihlal edildiğini düşündükleri hakları daha çok, mahremiyet hakkı (muayene olurken hekimin yanında ilaç mümessili ya da arada muayene ile ilgisi olmayan hastane personelinin girip çıkması gibi) , kötü muamele ve bilgilendirilme haklarının ihlal edildiğini söylemişlerdir. Hastalar ülke koşulları içinde uzun kuyruklarda beklemeyi içselleştirmiş bunu bir hak ihlali olarak görmemektedir. Fakat muayene olabilmek için uzun uğraşlardan sonra girebildiği hekimin odasında kendisine yeterli zamanın ayrılmasına mahremiyetine ve kişiliğine saygılı davranılmasını istemektedir. Dikmen’in¹⁰⁵ kitabında da hekim hasta ilişkisinin önemi ve hasta üzerinde kötü tesir bırakan hasta hekim iletişimine yer verilmiştir.

¹⁰⁵ Aylin DİKMEN, **Kırmızı Kar**, 280-281.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1.Enformasyon çağında her türlü bilgiye ulaşmak kolaylaşmıştır. Bu hastalar içinde geçerlidir. Fakat elde edilen bilginin güvenilirliği (kapitalist bir kaygı ile TV’lerde yapılan tedavi yöntemleri ile ilgili reklâmlar hastaları yanlış yönlendirmekte) konusunda hekimlerin kaygıları vardır. Geçerli ve güvenilir tıbbi bilgiye ulaşmak ülkemizde hala sınırlıdır. Amerika’da İnternette arama yaptığınızda sağlık ve hastalıkla ilgili en az 10.000 internet sitesi vardır.¹⁰⁶ Bu durum bilgi akışını ve bilgiye ulaşımı kolaylaştırmaktadır. Fakat ülkemiz de alternatif kaynaklar hala sınırlıdır.

Hekimlerin %70,4’ü hastaların alternatif kaynaklardan bilgi edinmesi hakkında olumlu düşünmemektedir. Hastaların % 47,6’sı alternatif kaynaklardan bilgi edinilmesine olumlu yaklaşmaktadır. Bu verileri hekimlerin ellerindeki gücü paylaşmak istemedikleri şeklinde yorumlamak çok yanlış olmasa gerekir.

Alvin Toffler bilgi ile güç arasında ki ilişkiyi şu şekilde özetlemiştir.

“Beyaz gömleklili Tanrı’nın o delinen gücünü ele alalım. Amerika’daki doktor egemenliği günlerinde, doktorlar tıbbi bilgileri kendi ellerinde sınımsız tutarlardı. Reçeteler Latince yazılır, böylelikle mesleğe yarı gizli bir şifre sağlanır, hastaların çoğu cahil durumda tutulurdu. Tıp dergileri ve yazıları yalnızca profesyonel okuyucuların tekelindeydi. Tıp konferansları dışardan insanlara kapalıydı. Tıp fakültelerinin müfredatını da, buraya kimlerin gireceğini de hep doktorlar kontrol ederdi.”¹⁰⁷

Ülkemiz için en azından şimdilik burada değinilen koşullar geçerli değildir. Fakat ileri teknoloji ülkelerinde yaşanmış olan dönüşümün eşğinde olduğumuz söylenebilir. Bilgi tekeli zayıfladıkça bilgiye ulaşım herkes için mümkün oldukça hasta ile hekim arasındaki iletişim de eşitler arası iletişime dönüşecektir.

2. Çalışmada hekimlerin “katılımcı karar alma” ve “özerklik ilkesine” karşı takındıkları tutumları ölçmeye yönelik olan sorularda hastalar ile hekimlerin yanıtlarının ki-kare analizinde anlamlı farklılıkların bulunması, hekimlerin düşüncelerini yeterince uygulamaya geçiremediklerini göstermektedir. Ülkemizde

¹⁰⁶Bkz. (33), COCKERHAM, 193.

¹⁰⁷ Bkz. (96). TOFFLER, 22.

müzakereci model, paternalistik modele kayabilmektedir. Özellikle hekimlerin hastaya yeterli zaman ayırmalarının mümkün olmadığı poliklinik koşullarında hasta değerlerinin dinlenip hasta ile müzakere etme olasılığının olmadığı anlaşılmaktadır. Hastaların tavırlarının hekimleri paternalistik hekim modelini benimsemeye ittiğini söylemek mümkündür. Hastaların % 85,5 “tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederim” seçeneğini seçerken hem başka bir modeli bilmediklerini hem de karara katılmak konusunda cesaretlendirilmediklerini ortaya koymaktadırlar. Özerkliğe saygı ilkesi ABD’de insan haklarının bir uzantısı olarak gelişmiştir ve bireyselci bir anlayışın ürünüdür. Bu durum toplumsal gelişmişlik düzeyi ile birlikte bireylerin taleplerinin arttığını ve çeşitlendiğini ayrıca toplumsal yapıdaki farklılıkları da ortaya koymaktadır. Hekimlerin % 20’si “Hastamı sorumluluk alması ve karara katılması konusunda cesaretlendiririm” seçeneğini seçmişlerdir. Bu alanda yapılan çalışmalar hastanın karara katılmak ya da yanlış bir şey söyleyeceği düşüncesiyle kararını söylemekten çekindiğini ortaya koymaktadır.¹⁰⁸ Ayrıca Cassell’in Milgram’ın itaat deneylerine atıf yapan çalışması da otorite karşısında uyma davranışı gösterilmesinin beklenen bir davranış olduğunu hekimlere düşen bir işin de hastaların kendi kararlarını vermeleri için cesaretlendirilmeleri olduğudur.¹⁰⁹ 7. ve 11. sorulardan elde edilen veriler birbirini destekler niteliktedir. Hastaların %85,5’inin tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu “genelde” ve “her zaman” hekime bırakmayı tercih ettiklerini ve hastaların %31’i “son kararı hekim vermelidir” şeklinde yanıtlar vermişlerdir. Bazı sosyologlar ve antropologlara göre toplumun bireyleri, aynı kanun, eğitim, dil, aile-hısım-akrabalık düzeni gibi aynı kurumların ve aynı ekolojik çevrenin etkisinde olduklarından, birbirlerine benzer karakter özellikleri göstereceklerdir.¹¹⁰ Sosyalleşme belirli sosyo-kültürel normlara ve beklentilere uyma davranışı meydana getirmektedir. Çalışmada da geleneksel “paternalistik” hasta-hekim ilişkisinin süregeldiği gözlenmektedir.

¹⁰⁸ Bkz. (34), GORDON-EDWARDS, 29.

¹⁰⁹ Bkz. (10), CASSELL, 328–330.

¹¹⁰ Çiğdem KAĞITÇIBAŞI, *İnsan ve İnsanlar*, 267

3. Özellikle cerrahi branştan hekimlerin hastanın karara katılımını daha fazla önemsedikleri görülmüştür. İş riskinin arttığı ve yasal sorumluluk doğurabilecek durumlarda hekimler daha katılımcı davranmaktadırlar.

4. Hekim - hasta ilişkisi incelenirken sosyal sınıf/eğitim, cinsiyet, kültür, dil, yaş, hastanın daha önceki deneyimleri, hekimlerin varsayımları ve hekim-hasta ilişkisinin tarihi gibi, pek çok şey göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalığın akut ya da kronik olması, hastanın yatan hasta ya da poliklinik hastası olması da hastaların tavırlarında farklılaşmaya neden olmaktadır. Yatan hastalar hem daha fazla tıbbi bilgiye sahip olmaktadır, hem de hekimlerle kurulan ilişkinin uzun süreli olması nedeniyle uzmanlık bilgilerinin sınırlılığının daha fazla farkındadırlar. Aynı zamanda yatan hastalar çok daha fazla prosedürle karşılaştığı için daha fazla uyma davranışı ve teslimiyet göstermektedirler. Sonuç olarak farklı klinik ortamlarda farklı modeller uygun olabilir. Zamanın sınırlı olduğu ve hastanın geçen zamanla sağlık açısından zarar gördüğü acil durumlarda paternalistik model hekim-hasta etkileşimine rehberlik yapabilir. Bundan farklı olarak, net ama çelişkili değerlere sahip hastalar söz konusu olduğunda yorumlayıcı model muhtemelen daha meşrudur. Bundan farklı olan ve bir kerelik hekim-hasta iletişimine dayanan (süre giden bir görüşme süreci olmayan) durumlarda bilgilendirici model en uygundur; çünkü burada hastanın değerlerini ideal olan durumlarla kıyaslayabilecek kadar uzun müzakere süreci imkânı yoktur. Tanımlayıcılığı ve kuralları bakımından ideal hekim-hasta ilişkisi *müzakereci modeldir*.

5. Tıp dilinin Türkçeleştirilmesi için bir takım çalışmalar yapılmaktadır. (Bkz. Türkçe Tıp Terimleri Çalıştayı)¹¹¹ Fakat bu çalışmalar henüz yeterli değildir. Hekimlerin hasta ile kurdukları iletişimde “ortak dil” kullanmak noktasında problem yaşadıkları görülmektedir. Bu durum sadece hekim ile hasta arasındaki ilişki ile de sınırlı değildir. Hastanın kullandığı bir ilacın prospektüsünü okuyup anlaması bile şuan için mümkün değildir.

6. Hekimler “hastanın eğitimini” hasta ile hekim arasındaki ilişkinin niteliğini belirleyen en önemli faktör olarak seçmişlerdir. Özellikle sağlığın korunması ve kişinin bedenini tanımaya yönelik sağlık bilgisinin örgün/yaygın eğitim

¹¹¹ Türkçe Tıp Terimleri Çalıştayı, **Hekimlik ve Türkçe**.

kurumlarında verilmesi önemlidir. Yapılan çalışmalarda eğitim alan hastaların tedaviye uyma ve sağlığını korumaya yönelik hayat tarzı değişikliklerini yaptıkları görülmüştür.¹¹² Hekimler her ne kadar en önemli unsurun eğitim olduğunu ifade etseler de hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak için alternatif kaynakları kullanan hastaları “çok bilmiş hasta” şeklinde tanımlamaktadırlar. Hekimler henüz “eğitimli” hastalara karşı nasıl tavır alacaklarını belirleyebilmiş değillerdir. Hasta ile hekim arasındaki “geleneksel paternalistik” ilişkinin hızla değişeceğini varsaymaktayız. Fakat bu dönüşüm için hekimlerinde hazırlıklı olmadıkları gözlenmektedir. Bu nedenle hekimlere verilen eğitiminde günümüz koşullarına uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Hekim karşısında kendi bedeni, sağlığı ve geleceği hakkında verilecek kararlara ortak olmak isteyen hasta profiliyle nasıl iletişim kuracağını ya da hastaların özerkliklerini kazanmalarında onlara nasıl yardımcı olabileceğini bilmelidir.

7. Halk arasında yapılacak en basit bir gözlemde bile; (çalışmalarımız sırasında görüştüğüm hastalar) “hekimlerin burunlarından kıl aldırmayan, küçük dağları ben yarattım havalarında ama iyi hekimler de var tabi ki...” gibi ifadeler ile devam etmektedir. Hekimlere hasta ile ilişkileri hakkında bir soru sorulduğunda “bir günde kaç saat çalışmak zorunda olduğundan, aldığı maaşın yetersizliğinden, hastaların cahilliğinden, kötü yönetimden vb..” bahsetmektedirler. Hiç kimse var olan durumdan memnun değildir. Hastalar hekimlerin kötü muamele etmesinden, hekimler ise kendi şartlarının ne kadar kötü olduğundan şikâyetçidir. Bu çalışma boyunca hekimlerin bir kısmının özellikle hasta hakları ile ilgili sorulara tepkisel yaklaştıkları soruları yanıtlamaktan kaçındıkları gözlenmiştir. Yapılan çalışmalar Tıp fakültesinde eğitime başlayan bir hekim adayının, son sınıfa geldiğinde hastalar hakkında daha olumsuz düşünmeye başladığını göstermiştir¹¹³ Yapılan çalışmalar Tıp fakültelerinde ki eğitim hekimlerin hasta ile olumlu ilişkiler kurması için yeterli olmadığını göstermiştir. Hekimler çok çeşitli sınıflardan ve kültürlerden insanlarla karşılaşmakta ve iletişimle ilgili bir ders almamaktadırlar. Tamamen yetenekleri ölçüsünde olabildiğince hasta ile sağlıklı iletişim kurmaya çalışmaktadırlar. Friedrich Nietzsche 1878’de “insanca, pek insanca”da hekimler için ne diyor: bir hekimin

¹¹² Bkz. (34), GORDON-EDWARDS, 48.

¹¹³ Bkz. (21), KASAPÖĞLU, 260.

zihinsel güçlerinin en yüksek noktasında olmasının sebebi, sadece en son ve yeni yöntemleri beceriyle uygulaması, ya da teşhis koyan hekimlerin ünlü yöntemleriyle, belirtilerden yola çıkarak sebeplere kolayca ulaşması değildir artık. Buna ilaveten herkesle kolayca uyum sağlayabilecek ve gerekirse karşısındakinin yüreğini kolayca söküp alabilecek türden bir hitap yeteneğine, melankoliyi yok edecek kadar cana yakınlığa, bir diplomatın arabulucuk yeteneğine, insan ruhunun sırlarını öğrenebilmek için bir polisin beceri ancak bu sırlara ihanet etmemek için de bir avukatın anlayış yeteneğine, özetle bütün profesyonel mesleklerin beceri ve haklarına gereksinimi vardır.¹¹⁴ Hastaların hekimlerden beklentileri nihai olarak hastalıklarına bir çare bulunması olduğu kadar, aynı zamanda ilgi ve bilgilendirilmedir. Hekimler ise asıl amaçlarını, hastalıklara tanı koyma ve tedavi etme olarak görmektedir. Bu iki kutup arasında bir uzlaşma sağlanamadığı zaman çatışma ortaya çıkacaktır. Bir hastalığın tedavi süreci hekimin tanı koyması ile ne başlayıp ne de bitmektedir. Hekim hastanın hastalığının niteliğinden ya da ciddiyetinden ne kadar emin olursa olsun çeşitli yollarla bunu hastasına anlatmak durumundadır. Hekimlerin hastalarla iyi ilişkilerin nasıl kurulacağına en az hastalıkları nasıl tedavi edeceklerini araştırmaları kadar zaman ayırmaları gerekmektedir.

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarına hasta hakları ve iletişim ile ilgili eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerin Sağlık Bakanlığı dışında Hukuk Fakülteleri, İletişim Fakülteleri ya da hasta derneklerinin desteği ile verilmesi daha anlamlı olacaktır. Hekimler Bakanlığın hasta haklarıyla ilgili yaptığı her türlü faaliyete olumsuz yaklaşmakta aslında kendi haklarını savunması gereken bir bakanlığın “boş işlerle” uğraştığını vurgulamaktadırlar. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hasta hakları uygulamalarına karşı olumsuz tavır almaları herkesin her an rolünün değişebileceği düşünüldüğünde ne kadar yersiz ise de aynı zamanda bir gerçekliktir Hasta haklarının hekimler tarafından bilinmesi ve uygulanması hasta ile hekim arasındaki eşitlikçi ilişki için atılan bir adım olacaktır. Aynı şekilde hastaların “halkın” hasta haklarının neler olduğu konusunda eğitilmesi de gerekmektedir.

¹¹⁴ <http://www.ssk4cerrahi.org/tipatip/tipvesanat.doc>

8. Bu çalışmanın amacı var olduğunu düşündüğüm dönüşümü ortaya koymaktır. Fakat çalışmamda hastaların henüz “karara katılmak” ya da “katılımcı karar almak” gibi bir taleplerinin en azından henüz olmadığı, hekimlerinde “baba” rollerini en azından şimdilik kimseye kaptırmak istemedikleridir. Fakat ileri teknoloji ülkelerinde yaşanmış bir dönüşümün eşiğindeyiz. Her geçen gün televizyon kanallarındaki, gazetelerdeki, İnternetteki sağlık köşelerinin sayılarının artmaktadır. Buna ek olarak halkın anlayacağı dille basılan sağlıkla ilgili bilgiler içeren kitapların sayıları artmaktadır. Medyanın her geçen gün sağlık alanında yaşanan bir skandalı ortaya çıkarması, sağlık alanında ki uzmanların otoritesini sarsmakta ve halkı alternatif kaynaklardan bilgi edinmeye yöneltmektedir. Toplumun ekonomik ve sosyal yapısındaki iyileşme de bilgiye ulaşmada ve alternatif bilgilere yönelmede önemli bir unsurdur.

9. Sağlık alanındaki sorunlar üzerinde en çok tartışılan konuşulan konulardan biri olmasına rağmen sosyal bilimci araştırmacılar, sağlık alanında yeterince çalışma yapmamışlardır. Bu durum ülkemizde sosyolojinin kuramsal anlamda gelişmesinden kaynaklanmış olabilir. Fakat her yıl milyonlarca insan hastaneye gitmektedir. ABD’de bugün çeşitli hasta hekim ilişkisi modellerinden bahsedilmektedir. Ülkemizde ise henüz böyle bir konu gündemde değildir. Var olan ilişki biçimlerinin ortaya konulması ve olabilecek dönüşümlerin/değişimlerin neler olacağını kestirmek sadece sağlık alanında bir açıklık kazanılması anlamında değil, sosyal yapı hakkında da bize bir fikir verecektir. Ayrıca sosyal bilimci araştırmacıların sağlık alanına yeterince ilgi göstermesi ile sağlık alanına ayrılan yatırımların nasıl kullanılacağı, hasta ve yakınlarının neden, ne sıklıkla hastaneye gittikleri, tedavileri boyunca hekimlerin önerilerine uyup uymadıkları ve bunların altında yatan etkenler ortaya çıkartıldığında, ilaç israfı, gereksiz tıbbi tahlil ya da tetkik yapılması oranları düşürülecektir. Örneğin İstanbul Aksaray’daki MR (manyetik rezonans) merkezi sayısının tüm İngiltere’dekinden fazla olduğu ve çekilen MR’ların % 90’ında gereksiz olduğu söylenmektedir.¹¹⁵ Sağlık alanı sadece hekimlerin uzmanlık bilgileri ile yönetilmektedir. Sağlık alanında yapılacak çalışmalar açığa çıkartılacak sonuçlar, sağlık politikalarının oluşturulmasına dayanak olmalıdır. Bu alanda yapılan

¹¹⁵ Mari BENLİ, **MR Çılgınlığı**.

Çalışmaların azlığı nedeniyle sağlık politikalarının belirlenmesi sadece hekimlerin ya da siyasilerin tekelinde olmaktadır.

EKLER

Ek-1.... Hasta Hakları Yönetmeliği

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Kapsam

Madde 2- Bu Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde 3- Bu Yönetmelik; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 uncu maddesinin (c) bendine ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelik'te geçen deyimlerden;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,
- b) Hasta: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi,
- c) Personel: Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri,
- d) Sağlık kurum ve kuruluşu: Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç olmak üzere, sağlık hizmeti verilen resmi veya özel bütün kurum ve kuruluşlar ile tababet icra edilen bütün yerleri,

e) Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını,

ifade eder.

İlkeler

Madde 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Bilgi İsteme

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

tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmaya gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8- Hasta; tabii olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabii tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.

Acil vak'alar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar.

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevkeden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10- Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürllüer hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Ötenazi Yasağı

Madde 13- Ötenazi yasaktır.

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

Tıbbi Özen Gösterilmesi

Madde 14- Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Kayıtların Düzeltmesini İsteme

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

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

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

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

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Hasta Haklarının Korunması

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

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

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakim kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

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

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyiz olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz.

Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir.

Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı

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

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

ALTINCI BÖLÜM

Tıbbi Araştırmalar

Tıbbi Araştırmalarda Rıza

Madde 32- Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz.

Tıbbi araştırmalardan beklenen tıbbi fayda ve toplum menfaati, üzerinde araştırma yapılmasına rıza gösteren gönüllünün hayatından ve vücut bütünlüğünün korunmasından üstün tutulamaz.

Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmayan yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür.

Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi

Madde 33- Araştırmalarda, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınır. Araştırmanın gönüllüye vereceği muhtemel zararlar önceden tespit edilemediği takdirde; gönüllü, rızası bulunsa dahi, araştırma konusu yapılamaz.

Gönüllü; araştırmanın maksadı, usulü, muhtemel faydaları ve zararları ve araştırmaya iştirak etmekten vazgeçebileceği ve araştırmanın her safhasında başlangıçta verdiği rızayı geri alabileceği hususlarında, önceden yeterince bilgilendirilir.

Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli

Madde 34- Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün rızasının maddi veya manevi hiçbir baskı altında olmaksızın, tamamen serbest iradesine dayanılarak alınmasına azami ihtimam gösterilir.

Tıbbi araştırmalarda rıza yazılı şekil şartına tabidir.

Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu

Madde 35- Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette tatbik edilemez. Faydaları bulunması şartı ile reşit ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılması, velilerinin veya vasilerinin rızasına bağlıdır.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, 24 üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.

İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Madde 36- Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmış olsa dahi, sırf tıbbi araştırma amacı ile hasta üzerinde kendi rızası ve Bakanlığın izni bulunmaksızın hiçbir ilaç ve terkip kullanılamaz.

İlaç ve terkiplerin tıbbi araştırmada kullanımı, 29/11/1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

YEDİNCİ BÖLÜM

Diğer Haklar

Güvenliğin Sağlanması

Madde 37- Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar.

Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır.

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir.

İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır.

Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Madde 39- Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere gülyüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve beklentileri sözkonusu ise, beklentilerin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerekğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir.

Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.

Refakatçi Bulundurma

Madde 40- Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.

Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.

Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

Madde 41- Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden buldukları yerlerde de faydalanabilirler:

- a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde,
- b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde,
- c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde.

Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

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

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Madde 43- Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir.

Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

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

b) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir.

Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu

Madde 44- Bu Yönetmelik'te gösterilmiş olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir.

Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyideler saklıdır.

Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü

Madde 45- Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir.

Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler

Madde 46- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurun Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40 ıncı maddesinin ikinci fıkrası, 129 uncu maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır.

Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Madde 47- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikayeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikayet yoluyla gerçekleştirilebilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Son Hükümler

Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi

Madde 48- Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gösterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılabilecek uygun yerlerinde bulundurmaya da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

Saklı Olan Hükümler

Madde 49- Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması maksatları ve kanun hükümleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamalar saklıdır.

Yürürlük

Madde 50- Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 51- Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ek-2... Doktor Anketi

Anket No:

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ MODELLERİ ANKETİ

Bu çalışma Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Yüksek Lisans tezi olarak yapılmaktadır. Hasta ile hekim arasında standardize edilmiş bir iletişim olmayacağı gibi seçenekler arasında da bir doğru cevap yoktur. Her cevap kendi arasında puanlandırılarak hasta ile hekim arasındaki tanı ve tedavi süresince hastanın alınan kararlara katılımı ve hekimlerin katılımcı ilişkiyi destekleme düzeyleri öğrenilmeye çalışılacaktır.

Bu çalışmanın bundan sonra sağlık sosyolojisi alanında yapılacak çalışmalara ışık tutabilmesi için soruları cevaplarırken uygulamaya ilişkin cevaplar vermeniz çok önemlidir. Çalışmanın sonucu hakkında bilgi alabilirsiniz.

Songül MANGAN
M.S.G.SÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Bölümü

E-posta: songul_mangan@yahoo.com

HEKİMİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:

1. Statünüz

- Uzman Hekim
- Doçent
- Profesör

2. Hizmet süreniz

- 1-5yıl
- 5-10yıl
- 10-15yıl
- 15yıl üstü

3. Doğum Yılıınız.....

4.Uzmanlık Alanınız

- Dahili Branş
- Cerrahi Branş
-

5.Cinsiyetiniz

- 1-Kadın
- 2-Erkek

1. Hastaların hastalıkları hakkında farklı kaynaklardan (TV, internet, gazete, kitap vs.) bilgi edinmeleri konusunda ne düşünürsünüz?

- a. Hastalar alternatif kaynaklardan bilgi edinecek yeterlilikte değil.
- b. Alternatif kaynaklar hastayı doğru ve yeterli bilgilendirmez.
- c. Alternatif bilgi kaynakları hastayı ikna etmekte güçlüğüne yol açar.
- d. Alternatif kaynaklardan bilgi edinilmesini özellikle tavsiye ederim.

2. Tedavi planını oluştururken hastalarımı

- a. Alternatif tedavi seçeneklerini sunar kararı hastaya bırakırım.
- b. Alternatif tedavi seçeneklerini sunar en uygun tedavinin hangisi olduğunu belirtirim.
- c. En uygun tedaviyi seçerim.

3. Hastanızla görüşmenizde Latince terimler kullanır mısınız?

- d. Latince terimler kullanmam, hastanın anlayacağı bir dille konuşurum
- e. Latince terimleri gayri ihtiyari kullanırım fakat açıklamasını yaparım
- f. Latince terimleri tıp eğitimin bir sonucu olarak gayri ihtiyari kullanırım

4. Önerdiğim tedaviyi kabul etmeyen hastaya;

- d. Alternatif tedavi seçeneklerini sunarım.
- e. Başka bir hekime yönlendiririm.
- f. ikna etmeye çalışırım.

5. Hastam tedavi seçenekleri konusunda kararsız kaldığında;

- d. Başka bir hekime danışmasını tavsiye ederim.
- e. Başka bir hekime danışması en doğal hakkıdır rahatsız olmam.
- f. Başka bir hekime danışan hastanın tedavisini üstlenmek istemem.

6. Hastaların hastalığı hakkında çok soru sorması hakkında ne düşünürsünüz?

- d. Hastamın hastalığı hakkında çok soru sormasını memnuniyetle karşılarım. Onlara daha iyi yardım edebilmem, hastaların ihtiyaçlarına bağlıdır.
- e. Hastamı yeterince bilgilendirir sorularını kısaca cevaplamaya çalışırım.
- f. Hastamın tanı açısından yardımı olmayan sorularını uygun biçimde engellemeye çalışırım.

7. Tedavi seçenekleri konusunda

- e. Son kararı hekim vermelidir.
- f. Hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli son karar hasta ile birlikte vermelidir.
- g. Hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir.
- h. Son kararı hasta vermelidir.

8. Size göre hasta ile hekim arasındaki iletişimin niteliğini belirleyen en önemli üç faktörü işaretleyiniz.

- Hastanın yaşı
- Hasta ile hekimin buldukları mekân (muayenehane, özel hastane veya devlet hastanesi)
- Hastalığın ciddiyeti (ölümcül, kronik, v.d.)
- Hastanın eğitimi
- Hastanın statüsü

9. Hasta ile hekim arasındaki iletişim

- d. Hekimin yönlendirdiği bir iletişimdir.
- e. Hekimin yönlendirmesi gereken bir iletişimdir.
- f. İşbirliğine dayalı bir iletişimdir.
- g. Hastanın yönlendirmesi gereken bir iletişimdir.

10. Hastalar onların sağlığına ilişkin önerilerimi yerine getirirler çünkü

- e. Ben onlardan daha çok bilgiye sahibim.
- f. Ben onlara isteklerimin nedenlerini anlatır ve izah ederim.
- g. Bu isteklerimi yerine getirdikleri zaman iyileşeceklerini bilirler.
- h. İsteklerimi yerine getirmedikleri zaman tedavilerini kabul etmem.

11. Lütfen size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

Hastalar tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederler.

- d. Hastamı sorumluluk alması ve karara katılması konusunda cesaretlendiririm.
- e. Hastamı tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirerek, kararı onun vermesini isterim.
- f. Hastam için en iyi olduğunu düşündüğüm tedavi şeklini öneririm.

12. Hastaların tedavilerini seçme, reddetme ve durdurma hakları vardır.

- a. Doğru b. Yanlış c. Kısmen doğru d. Kısmen yanlış

13. Aydınlatılmış onam formlarının (bilgilendirilmiş onay) kullanılmasının hastanın tedavi sürecine katılımını sağladığını düşünüyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

14. Hastanın hastalığı ile ilgili her türlü bilgi ve belgeyi isteme hakkı vardır?

- a. Katılıyorum b. Katılmıyorum c. kısmen katılıyorum

15. Hastanız size karşı sinirli davrandığında, sizde ona karşı aynı sertlikte yanıt verir misiniz?

- a. Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

16. Hastanızı başka bir kliniğe sevk ettiğinizde ya da tetkik istediğinizde bunun nedenini açıklar mısınız?

- a. Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

17. Hastanızın aklındaki soruları sorması için muayene sırasında ona vakit tanır mısınız?

- a. Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

18. Hastanızı tedavi seçenekleri, olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirip karara katılmasını sağlar mısınız?

- a. Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

19. Hastanızı tedavinin olası yararları ve yan etkileri hakkında bilgilendirir misiniz?

- a. Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

20. Hastanızın anlattıklarınızı anlayıp anlamadığınızı birkaç soru sorarak kontrol eder misiniz?

- a. Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

21. Hasta hakları yönetmeliğini okudunuz mu?

- a. Evet b. Hayır c. Okumadım fakat hasta haklarını biliyorum

22. Hasta hakları yönetmeliğini yeterli buluyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

23. Hasta hakları yönetmeliği gerekliliklerden doğmuştur.

- a. Doğrub. Yanlış c. Kısmen doğru d. Kısmen yanlış

24. Hastanızın tanı ve tedavi sürecinde hasta hakkı ihlali yaşadığı düşüncesine kapıldınız mı?

a. Hayır

b. Evet ise hastanın hangi hakkı ihlal edilmiştir.

.....

Ek-3... Hasta Anketi

Anket No.....

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ MODELLERİ ANKETİ

Bu çalışma Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünde Yüksek Lisans tezi olarak yapılmaktadır. Hasta ile Hekim arasında standardize edilmiş bir iletişim olamayacağı gibi seçenekler arasında da bir doğru cevap yoktur. Her cevap kendi arasında puanlandırılarak hasta ile hekim arasındaki tanı ve tedavi süresince hastanın alınan kararlara katılımı ve hekimlerin katılımcı ilişkiyi destekleme düzeyleri öğrenilmeye çalışılacaktır.

Bu çalışmanın bundan sonra sağlık sosyolojisi alanında yapılacak çalışmalara ışık tutabilmesi için soruları cevaplarken uygulamaya ilişkin cevaplar vermeniz çok önemlidir. Çalışmanın sonucu hakkında bilgi alabilirsiniz.

Songül MANGAN
M.S.G.S.Ü
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Bölümü

E-posta: songul_mangan@yahoo.com

HASTANIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1.Cinsiyetiniz

- 1-Kadın
- 2-Erkek

2. Yaşınız

3. Eğitim Durumunuz

- 1-Okur Bitirmemiş
- 2-İlköğretim
- 3-Lise
- 4-Üniversite

4. Mesleğiniz

5.Hizmet aldığınız klinik yada poliklinik(Ltf bir tane klinik yada poliklinik yazınız)

.....

6. Sürekli hastaneye gelmenizi gerektiren yada ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

Varsa Nedir?.....

1. Hastalığınız hakkında farklı kaynaklardan(TV, İnternet, gazete, kitap vs.) bilgi edindiniz mi? Lütfen size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz

- a. Doktorum alternatif kaynaklardan bilgi edinmemi özellikle tavsiye etti
- b. Alternatif kaynaklar doğru ve yeterli bilgilendirmez
- c. Alternatif kaynaklardan bilgi edinmedim.
- d. Alternatif kaynaklardan bilgi edindim

2. Doktorum tedavi planını oluştururken

- d. tedavi seçeneklerini sundu seçimi bana bıraktı
- e. tedavi seçeneklerini sundu kendisince en uygun tedaviyi önerdi.
- f. tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmedim.

3. Doktorunuz görüşme esnasında Latince terimler kullandı mı?

- g. Latince terimler kullanmadı. Anlayacağım bir dille konuştu
- h. Latince terimleri gayri ihtiyari kullandı fakat açıklamasını yaptı.
- i. Latince terimler kullandı .

4. Doktorum önerdiği tedaviyi kabul etmediğimde

- d. alternatif tedavi seçeneklerini sundu
- e. başka bir hekime yönlendirdi
- f. ikna etmeye çalıştı

5. Doktorum tedavi seçenekleri konusunda kararsız kaldığımda

- a. Başka bir hekime danışmamı tavsiye etti.
- b. Başka bir hekime danışmamdan rahatsız oldu
- c. Başka bir Hekime danıştığım için tedavimi üstlenmedi

6. Hastalığınız hakkındaki tüm sorularınızı hekime sorabildiniz mi?

- e. Hastalığım hakkındaki tüm soruları hekime sorabildim.
- f. Hastalığım hakkında yeterince aydınlandığımı düşünüyorum.
- g. Hastalığım hakkında aklımdaki soruları sormadım.
- h. Hastalığım hakkında yeterince aydınlanmadım.

7. Tedavi seçenekleri konusunda

- a. Son kararı hekim vermelidir.
- b. Hekim danışman rolü üstlenerek hastayı bilgilendirmeli ve kararı birlikte vermelidirler.
- c. Hekim hastayı bilgilendirmeli ve kendince en doğru olan tedavi seçeneğini önermelidir.
- d. Son kararı hasta vermelidir.

8. Size göre hasta ile hekim arasındaki iletişimin niteliğini belirleyen en önemli üç faktörü işaretleyiniz.

- Hastanın yaşı
- Hasta ile hekimin buluştukları mekân (muayenehane, özel hastane veya devlet hastanesi)
- Hastalığın ciddiyeti (ölümcül, kronik, v.d.)
- Hastanın eğitimi
- Hastanın statüsü

9. Doktorunuz ile arasınızdaki iletişimi nasıl tanımlarsınız

- a. Doktorun yönlendirdiği bir iletişimdir.
- b. Doktorun yönlendirmesi gereken bir iletişimdir.
- c. İşbirliğine dayalı bir iletişim
- d. Hastanın yönlendirmesi gereken bir iletişim.

10. Doktorumun sağlığım hakkındaki önerilerine uyarım çünkü

- i. Benden daha çok bilgiye sahiptir

- j. Doktorum isteklerinin nedenlerini anlatır ve izah eder.
- k. İsteklerini yerine getirdiğim zaman iyileşeceğimi bilirim.
- l. Önerilerine uymazsam tedavimi kabul etmez

11. Tedavi seçenekleri konusunda genelde kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih ederim.

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

12. Hastanın tedaviyi seçme, reddetme ve durdurma hakkı vardır?

- a. Doğru b. Yanlış c. Kısmen doğru d. Kısmen yanlış

13. Aydınlatılmış Onam formlarının (bilgilendirilmiş onay) kullanılmasının tedavi sürecine katılımınızı sağladığını düşünüyor musunuz?(Sadece servis hastaları cevaplayacak)

- A Evet b. Hayır c. Kısmen

14. Doktorunuzdan hastalığımız ile ilgili her türlü bilgiyi alabilmekte misiniz?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

15. Doktorunuza karşı sinirli davrandığımızda, oda size karşı aynı sertlikte yanıt verdi mi?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

16. Doktorunuz sizi başka bir kliniğe sevk ettiğinde ya da tetkik istediğinde bunun nedenini açıkladı mı?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

17. Doktorunuz aklınızdaki soruları sormanız için muayene sırasında size vakit tanıdı mı?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

18. Doktorunuz tedavi seçenekleri, olası yararları ve yan etkileri hakkında sizi bilgilendirip karara katılmanızı sağladı mı?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

19. Doktorunuz tedavinin olası yararları ve yan etkileri hakkında sizi bilgilendirdi mi?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

20. Doktorunuz anlattıklarını anlayıp anlamadığınızı sordu mu?

- a.Hiç b. Ara sıra c. Genelde d. Her zaman

21. Hasta hakları yönetmeliğini okudunuz mu?

- a. Evet b. Hayır c. Okumadım ama bilgim var

22. Cevabınız evet ise hasta hakları yönetmeliğini yeterli buluyor musunuz?

- a. Evet b. Hayır c. Kısmen

23. Hasta hakları yönetmeliği gerekliliklerden doğmuştur.

- a. Doğru b. Yanlış c. Kısmen doğru d. Kısmen yanlış

24. Hekim ile olan tanı ve tedavi sürecinde hasta hakkı ihlali yaşandığı düşüncesine kapıldınız mı?

- a. Hayır
b. Evet ise hangi hakkınız ihlal edilmiştir.

.....

Ek-4.... Hasta Hakları İle İlgili Bildirgeler

HASTA HAKLARI İLE İLGİLİ BİLDİRGELELER LİZBON BİLDİRGESİ 1981

1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayımlanmıştır. Bu bildirge 6 maddeden oluşmaktadır. Bunlar şöyle sıralanabilir:

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

LİZBON BİLDİRGESİ II 1995 (BALI BİLDİRGESİ)

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

- a. Her insan ayırıcılık yapılmaksızın yeterli tıbbi bakım görme hakkına sahiptir.
- b. Her hasta herhangi bir dış müdahale olmaksızın özgürce klinik ve etik kararlar verdiğini bilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
- c. Hasta her zaman yararına en uygun biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi genel kabul gören tıbbi ilkelere uygun olmalıdır.
- d. Kalitenin sağlanması her zaman sağlık bakım sisteminin bir parçası olmalıdır. Özellikle hekimler tıbbi hizmetlerde kalitenin sağlanmasında sorumluluklarını kabul etmelidir.
- e. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda potansiyel hastalar arasında bir seçim yapılması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır.
- f. Hasta sağlık bakımı sürekliliği hakkına sahiptir. Hekimin hastayı tedavi eden diğer sağlık kurumları ile koordinasyon sağlama yükümlülüğü vardır. Hekim ileri tedavi endikasyonu olan durumlarda hastaya yeterli destek ve tedavi için seçenekler sunmadan uygulanmakta olan tedaviyi sonlandıramaz.

2. Seçim yapma özgürlüğü

- a. Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.
- b. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.

3. Kendi kaderini belirleme hakkı

- a. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür.
- b. Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli şekilde bilgilendirilmeye hakkı vardır. Hasta uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır.
- c. Hastanın klinik çalışmalara veya tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.

4. Bilinci kapalı hasta

- a. Bilinci kapalı veya iradesini ifade edebilme durumunda olmayan hastalarda hastanın bilgilendirilmiş onayı en uygun zamanda yasal temsilcisinden alınmalıdır.
- b. Yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi girişim gereken durumlarda daha önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir.
- c. Bununla birlikte bir intihar girişimi söz konusu ise hekimler her zaman bilinci kapalı bir hastanın yaşamını kurtarmaya gayret etmelidir.

5. Yasal ehliyeti olmayan hasta

- a. Hasta çocuk ise veya yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilcinin onayının alınması gereklidir. Bununla beraber bu hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.
- b. Eğer yasal ehliyeti olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır.
- c. Yasal temsilcinin veya hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise karar yasal mercilere bırakılmalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına davranacaktır.

6. Hastanın isteğine karşın yapılan girişimler

a. Hastanın isteğine karşın tanı ve tedavi ile ilgili tıbbi girişimler yasaların izin verdiği ölçüde ve tıbbi etik kuralları gözönüne alınarak sadece istisnai durumlarda yapılabilir.

7. Bilgilendirme hakkı

- a. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.
- b. İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin onun yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir.
- c. Bilgilendirme yerel kültüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.
- d. Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.
- e. Hastalar kendileri yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

8. Gizlilik hakkı

- a. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. İstisna olarak hasta yakınlarının kendileri ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşabilme hakkı olabilir.
- b. Gizli bilgiler sadece hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir.
- c. Hastanın kimliğine ait tüm bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır. Bu tür verilerin alındığı insan ürünleri de aynı şekilde korunmalıdır.

9. Sağlık eğitimi hakkı

a. Her insanın kendi sağlık durumları ve mevcut sağlık hizmetleri hakkında seçim yapmasını kolaylaştıracak sağlık eğitimi alma hakkı vardır. Verilecek eğitim sağlıklı yaşam tarzı ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemleri içermelidir. Herkesin kendi sağlık durumlarından kendilerinin sorumlu oldukları vurgulanmalıdır. Hekimleri aktif olarak eğitim çalışmalarına katılma yükümlülüğü vardır.

10. Onur hakkı

- a. Tüm tıbbi bakım ve eğitim sürecinde hastanın onuruna ve özel yaşamına onun kültür ve değerleri göz önüne alınarak saygı gösterilmelidir.
- b. Hastalar son bilgilerin ışığında acılarının dindirilmesi hakkına sahiptirler.
- c. Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptirler.

11. Dini destek hakkı

Hasta kendi dinlerine uygun bir dini temsilcinin ruhi ve moral tesellisini kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

AMSTERDAM BİLDİRGESİ (28-30 MART 1994)

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

- 1.1.Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
- 1.2.Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.
- 1.3.Herkes fiziksel ve mental bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.
- 1.4.Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
- 1.5.Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir.
- 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.Bilgilendirme

- 2.1.Sağlık servisleri ve bu servislerin en iyi nasıl kullanacağı konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.
- 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.Bilgilendirme, yalnızca bilgi vermemenin hasta üzerine açık ve olumlu bir etkisinin olacağına inanmak gibi geçerli bir nedenin olduğu zamanlarda kısıtlanabilir.
- 2.4.Bilgi, hastanın anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı teknik terminoloji kullanımını en aza indirerek iletilmelidir. Hasta ortak dil konuşmıyorsa çeviri yapılabilir.
- 2.5.Hastalar kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler.
- 2.6.Hastalar kendi yerlerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.
- 2.7.Hastalar ikinci bir görüş alma imkanına sahip olmalıdır.

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.

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

3.Onay

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

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

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.

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

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

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.

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.

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.

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

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.

4.Mahremiyet ve özel hayat

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

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

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

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.

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.

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

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

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.

5.Bakım ve Tedavi

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.

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.

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

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

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.

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

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.

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

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

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

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

6.Başvuru

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

6.2.Bu hakların kullanılması ayırım olmaksızın sağlanmalıdır.

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

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.

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

Ek-5...İstanbul ilindeki Kamu Hastanelerinin Yatak, Hekim ve Poliklinik Sayıları

SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ	YATAK SAYISI Fiili	HEKİM SAYISI		POLİKLİNİK SAYISI
		Uzman	Pratisyen	
Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hast	728	226	479	1.026.737
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hast	815	231	478	1.151.084
Taksim Eğitim ve Araştırma Hast	254	231	182	428.494
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hast	102	40	38	259.580
Haseki Eğitim ve Araştırma Hast	484	260	271	667.269
Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Arş. Hast	236	90	138	1.034.913
Beykoz Devlet Hast	110	67	5	247.967
Büyükkada Dr. Hüsametkin Kural Devlet Hast	25	6		40.716
İstinye Devlet Hast	155	26	7	689.993
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Aras Hast	673	225	362	1.031.022
Pendik Devlet Hast	75	97	10	356.311
Adalet ve Sağlık Bakanlığı Bayrampaşa Dev Hast	180	55	6	363.337
Sarıyer İ.A.Devlet Hast	57	31	3	194.261
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast	131	38	5	425.341
İl Özel İdaresi Ağız ve Diş Has Hast	22	2		7.970
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim ve Araştırma Hast(*)	110	23	38	77.815
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Has. Eğitim ve Araştırma Hast.	495	99	128	267.729
Lutfiye Nuri Burat Dev. Hast.	50	28	4	175.122
Dr.S.Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hast	556	167	204	148.375
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	293	59	110	91.117
Beykoz Çocuk Göğüs Has Hastanesi	38	10	2	31.732

Yedikule Göğüs Has ve Cer.Eğitim ve Arş Hast	422	79	62	231.068
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Sinir Has Eğitim ve Arş Hast	1.693	356	189	656.706
Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Has Eğitim ve Araş. Hast	137	41	27	141.271
İstanbul 70.Yıl Fizik Ted ve Rehabilitasyon Merk	257	44	33	111.678
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast	50	6		33.506
Deri Tenasül Has Hast	79	2	3	7.699
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EA Hast.	526	83	123	492.884
Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	233	16	4	50.434
Eyüp Devlet Hastanesi	144	68		259.515
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1.013	173	281	1.206.334
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	463	197	255	1.188.866
Kartal Devlet Hastanesi	411	114	7	730.329
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	993	191	282	1.527.899
Paşabahçe Devlet Hastanesi	344	68	8	446.894
Süreyyapaşa Göğüs ve Kalp-Damar Hastalıkları EA Hast	1.016	142	76	143.585
Şişli Devlet Hastanesi	74	11		184.244
Meslek Hastalıkları Hastanesi	60	3	3	14.015
Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	133	12	2	55.376
Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	115	25	6	196.899
Fatih Sultan Mehmet EA Hastanesi	184	62	66	278.687
Üsküdar Devlet Hastanesi	211	51	7	214.065
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	260	93	4	447.834
Validebağ Öğretmenler Devlet Hastanesi	188	66	2	190.696
Çatalca Dev. ve Bölge Trafik Hast	60	17	4	197.477
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast	50	27	7	253.274
Büyüçekmece Dev Hast	56	40		47.560
Şile Devlet Hast	25	18	5	90.945
Tuzla Devlet Hastanesi	40	13	4	13
Kağıthane Devlet Hastanesi	75	13	2	8.475
TOPLAM - TOTAL	14.901	4.042	3.932	18.125.113

9. KAYNAKLAR

9.1. Kitaplar

AGAMBEN, Giorgio (2001), **Kutsal İnsan**, 1. Baskı, Ayrıntı, İstanbul

AKAY, Ali (1991), **Tekil Düşünce**, 1.Baskı, Afa Yayınları, İstanbul

TOFFLER, Alvin (1992), **Yeni Güçler Yeni Şoklar**, 1. Basım, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul

AYDIN, Erdem (2001) ,**Tıp Etiğine Giriş**, 1.Baskı, Pegem Yayıncılık, Ankara.

BAMFORTH, Iain (2004), **Kütüphanedeki Beden**, Çev. Begüm Kovulmaz, 1.Baskı Agora Kitaplığı, İstanbul.

CİRHİNLİOĞLU, Zafer (2001), **Sağlık Sosyolojisi**, 1.Baskı, Nobel, Ankara

COCKERHAM, C. William (2001), **Medical Sociology**, 8.Baskı, Prentice Hall, New Jersey

DİKMEN,Aylin (2004), Kırmızı Kar, 1.Basım, Bağlam, İstanbul.

FOUCAULT, Michel (2000) ,**Deliliğin Tarihi**, Çev. Mehmet Ali Kılıçbay, 3.Baskı İmge Kitapevi, Ankara.

FOUCAULT, Michel (2000), **Kliniğin Doğuşu**, Çev. İnci Malak Uysal, 1.Baskı Epos, Ankara

FOUCAULT, Michel (2005), **Özne ve İktidar**, 2.Baskı Ayrıntı Yayınları, İstanbul

GIDDENS, Anthony, (2000), **Sosyoloji**, Haz. Hüseyin Özel - Cemal Güzel, 1.Baskı, Ayraç Yayınevi, Ankara.

HATUN, Şükrü (1999), **Hasta Hakları**, 1.Baskı, İletişim, İstanbul

ILLICH, Ivan (1995), **Sağlığın Gaspsı**, Çev. Süha Sertabiboğlu,1. Baskı, Ayrıntı, İstanbul

IŞIK, Emre (1998), **Beden ve Toplum Kuramı**, 1.Baskı, Bağlam, İstanbul

IŞIK, I. Emre (2004), **Gen Politik**, 1. Baskı, Bağlam, İstanbul

KAĞITÇIBAŞI, Çiğdem (1996), **İnsan ve İnsanlar**, 9. Baskı, Evrim, İstanbul

KASAPOĞLU, Aytül (1999), **Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar**, 1.Baskı Sosyoloji Derneği, Ankara

SAYEK, Füsün(1998), **Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler**, 1.Baskı TTB Yayınları, Ankara

SKOCPOL, Theda (2002), **Tarihsel Sosyoloji**, Çev. Ahmet Fethi, 2.Baskı Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul

SENNETT, Richard (2005), **Otorite**, Çev. Kamil Durand, 2.Baskı Ayrıntı Yayınları, İstanbul.

SERT, Gürkan (2004), **Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde**, 1.Baskı Babil Yayınları, İstanbul

ÖZLÜ, Tefik (2003), **Hekiminizi Nasıl Alırdınız?** , 1.Baskı Kaknüs Yayınları, İstanbul.

TERZANİ, Tiziano (2005), **Atlıkarıncada Bir Tur Daha**, Çev. Eren Yücesan Cendey, 1.Baskı Merkez Kitaplar, İstanbul.

Türkçe Tıp Terimleri Çalıştayı (2003) **Hekimlik ve Türkçe**, 1.Baskı, Türkiye Bilimleri Akademisi yayınları, Bolu.

TÜRKDOĞAN, Orhan (1991), **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, Milli Eğitim Basımevi, İstanbul

WEBER, Max (1993), **Sosyoloji Yazıları**, Çev. Taha Parla, 3.Baskı Hürriyet Vakfı Yayınları, İstanbul.

9.2. Makaleler

STEVEN, Lukes (1997), “İktidar ve Otorite”, Çev. Sabri Tekay, **Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi**, 1.Baskı, Ayraç Yayınevi, Ankara.

FAKIOĞLU, Umut(2002),”Sağlıkta Callcenter Uygulamaları”, **5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı**, Ed. Erol GÖKTÜRK-Adnan ŞAHİN, 1.Baskı Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

TAŞDEMİR, M.-EHLİZ, H.(2002) “İstanbul’daki Bazı Devlet Hastanelerinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının

Değerlendirilmesi”, **5.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı**, Ed. Erol GÖKTÜRK-Adnan ŞAHİN, 1.Basım Osmangazi Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

9.3. Süreli Yayınlar

AYDIN, Erdem (2003), “Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”, **Erciyes Tıp Dergisi**,25, 2, :92-97

BELLİ, Mari (31 Ocak-6 Şubat), “MR Çılgınlığı”, **Milliyet Gazete Pazar**.

CASELL, Eric J. (2005), “Consent or Obedience? Power and Authority in Medicine”, **The New England Journal of Medicine**, vol.352, Jan.27, :328-330

CEGALA Donald J, MARINELLI Terese(2000),”Douglas Post, PhD The Effects of Patient Communication Skills Training on Compliance”, **Arch Fam Med**, 9:57-64.

CLEVELAND, Shields ve Ark. (2005), ”Rochester Participatory Decision-Making Scale(RPAD): Reliability and Validity”, **Annals of Family Medicine**, Vol.3, No.5,September/October, :436–442

EMANUEL, Ezekiel J,and EMANUEL, Linda (1992) “ Four Models of The Physician- Patient Relationship, **JAMA**, 267,:2221-2226

KIZILÇELİK, Sezgin(2003),”Küreselleşme, Beden ve Şizofreni”,**C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, Özel sayısı 25,4,:89-93

LANG, Forest (2000), ” The Evolving Roles of Patient and Physician”, **Archives of Family Medicine**, 9, :65-67

ÖZBAŞARAN, DEDE, Nilgün(2005), “İlaça Göre Hastalık”, **Genç Beyin**, 44, Kasım: 52 – 55

PARSONS, Talcott (2001), “Sağlık ve Hastalık Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi”, Çev. Tülin Kurtarıcı, **Toplumbilim**, 13, Temmuz, :99-107

ROLAND, Epstein ve Ark. (2005)”Patient - Centered Communication and Diagnostic Testing”, **Annals of Family Medicine**, Vol.3,No.5,:415-421

TOPBAŞ, Murat ve Ark. (2005), “Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar?”, **Türkiye Klinikleri J Med. Ethics**, 13,:81-85

TURNER, Bryan S.(2001), “Kapitalizm, Sınıf ve Hastalık”, Çev. Aylin Dikmen, **Toplumbilim**, 13, Temmuz,:109-118

QUILL, Timothy E, BRODY Howard (1996), “Physician Recommendations and Patient Autonomy: Finding a Balance between Physician Power and Patient Choice” **Annals of Internal Medicine**, 1 November ,125:763-769.

9.4. Tezler ve Yayınlanmamış Çalışmalar

BALCI, Murat (2001), **İstanbul’da Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Hasta- Hekim İletişimine Yaklaşımı** Yayınlanmamış lisans tezi, MÜ. Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul.

ÖZER, Ali (2003), **Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları**, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabim Dalı, İstanbul.

POLAT, Nusret (2002), **Sosyolojik Açıdan Michel Foucault’da İktidar Kavramı**, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, MSÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

9.5. Elektronik Kaynaklar

1. <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3413.doc>
2. <http://www.fleshandbones.com/readingroom/pdf/583.pdf>
3. <http://www.saglik.gov.tr>
4. <http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/iheb.html>
5. www.istanbulsaglik.gov.tr/w/hashak/mevzuat/hh_yonerge.asp
6. <http://www.ssk4cerrahi.org/tipatip/tipvesanat.doc>
7. www.msb.gov.tr/prgs/ayim/Ayim_makale_detay.asp?IDNO=68

ÖZGEÇMİŞ

28.11.1973 Avanos doğumludur. İlk ve orta öğretimi Avanos'ta lise öğrenimini devlet parasız yatılı sınavlarını kazanarak Kayseri Atatürk Sağlık Meslek Lisesinde tamamlamıştır. Ebe olarak mezun olmuş ve Batman merkez sağlık ocağında bir yıl mecburi hizmet yapmıştır. 1996 yılında Selçuk Üniversitesinde başladığı sosyoloji eğitimini Mimar Sinan Üniversitesine yatay geçiş yaparak Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesinde tamamlamıştır. 1992-2002 yılları arasında çeşitli kamu hastanelerinde ebe-hemşire olarak görev yapmıştır. 2003 yılından beri bir kamu hastanesinde Basın Halkla İlişkiler Müdürlüğü görevini yapmaktadır.

Evli ve 2 çocuk annesidir.

SUMMARY

This thesis analyzes the basic effects of the social changes on the traditional patient-physician authoritarian relationship. Social roles and institutional structures have been changing in accordance with the democratic demands of the individuals. This principle change can also be seen in the relationship between *physician* who has the knowledge of the long historical patient-physician relationship and *patient* who has mostly a weaker position before the authority of physician.

Alvin Toffler summarizes the relationship between knowledge and power in such a way mentioned above. This condition has not been valid for our country yet. Nevertheless, it can be said that our country is close to be faced with the transformation which had occurred in the advanced technology countries. The patient-physician communication will get become a communication among the *equal subjects* as far as the monopoly over knowledge gets weaken and availability of knowledge gets become easier.

This study analyzes the “decision-making mechanism” and the “participant decision-making” about treatment through the eyes of the physicians who work for a public hospital and the patients who take treatment from those physicians. Having analyzed this process, it has yielded that the “decision-making mechanism” is the dominant factor affecting the character of the patient-physician relationship. For this aim, the *survey method* has been applied on 55 physicians and 126 patients.

Although this study has been very important and useful to prove that the democratic transformation on the patient-physician relationship has not occurred yet in our country, it has been disappointing to see the transformation is still far away than I guess. According to the results of the survey, 85,5% of the patients say “I prefer to leave the decision and the responsibility about treatment to the physician”; and only 57,9% of the patients claim their rights to choose, refuse or halt treatment. However, I believe that the transformation will reflect to another survey which will be applied ten years later with the same questions.

KEYWORDS: Patient-physician relationships, Authority, the Rights of patient, the Decision-making mechanisms, Knowledge.