

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TRABZON İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN SAĞLIK  
PERSONELİNİN HASTA HAKLARI, HASTA GÜVENLİĞİ VE KENDİ HAKLARI  
HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Ayten SARAÇ

Mayıs 2009

TRABZON

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALKSAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TRABZON İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN SAĞLIK  
PERSONELİNİN HASTA HAKLARI, HASTA GÜVENLİĞİ VE KENDİ HAKLARI  
HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI ANKET FORMU

Ayten SARAÇ

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 29.05.2009

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 07.05.2009

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Murat TOPBAŞ

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Gamze ÇAN

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Tefik ÖZLÜ

Enstitü Müdürü : Prof. Dr. Orhan DEĞER

Mayıs, 2009

TRABZON

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
TABLO LİSTESİ	ii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. HAK	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Hakların Sınıflandırılması	4
2.1.3. Sağlık Hizmetleri	5
2.1.3.1. 1920- 1938 Dönemi	5
2.1.3.2. 1938- 1960 Dönemi	6
2.1.3.3. 1961- 1980 Dönemi	6
2.1.3.4. 1980'den Günümüze	6
2.2. HASTA HAKLARI	6
2.2.1. Tanım	6
2.2.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	7
2.2.3. Hasta Haklarının Gerekçesi ve Yasal Mevzuat	8
2.2.4. Hasta Haklarının Sınıflandırılması	9
2.2.4.1. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yer Alan Hasta Hakları	9

2.2.4.2. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yer Almayan Hasta Hakları	10
2.2.5. Dünyada Hasta Hakları Kavramına Bakış	11
2.2.6. Dünyada Hasta Hakları Uygulamaları	11
2.2.7. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi	14
2.2.8. Türkiye’de Hasta Hakları Uygulamaları	15
2.2.8.1. Kamudaki Uygulamalar	15
2.2.8.1.1. Birinci Basamaktaki Hasta Hakları Uygulamaları	15
2.2.8.1.2. İkinci Basamakta Hasta Hakları	16
2.2.8.1.1.3. Üçüncü Basamakta Hasta Hakları	17
2.2.8.2. Özel Hastanelerdeki Uygulamalar	18
2.3. HASTA GÜVENLİĞİ	19
2.3.1. Tanımı ve Önemi	19
2.3.2. Hasta güvenliğinin Tarihsel Gelişimi	20
2.3.3. Dünyada Hasta Güvenliği Kavramına Bakış	21
2.3.4. Türkiye’de Hasta Güvenliği Kavramının Gelişimi	23
2.3.5. Türkiye’de Hasta Güvenliği Uygulamaları	23
2.3.5.1. Kamudaki Uygulamalar	23
2.3.5.1.1. Birinci Basamakta Hasta Güvenliği	23
2.3.5.1.2. İkinci Basamakta Hasta Güvenliği	24
2.3.5.1.3. Üçüncü Basamakta Hasta Güvenliği	25
2.3.5.1.4. Özel Hastanelerde Hasta Güvenliği	25
2.4. SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI	26
2.4.1. Sağlık Personelinin Tanımı ve Sağlık Hizmetlerindeki Önemi	26
2.4.2. Hekim/Sağlık Çalışanın Hakları	26

2.4.3. Hekimin Yüklümlükleri	27
2.4.4. Kusurlu Tıbbi Girişimler (Malpraktis)	27
3. MATERYAL VE METOD	28
3.1. Çalışmanın Tipi, Yeri ve Zamanı	28
3.2. Çalışma Evreni	28
3.3. Veri Toplama Yöntemi	30
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. ÖZET	74
8. ABSTRACT	75
9. KAYNAKLAR	76
10. EKLER	86
11. ÖZGEÇMİŞ	94

Bu tez çalışması, Türkiye Cumhuriyeti Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin (HAHUM) 12 Kasım 2007 tarihli toplantısında alınan 2 nolu karar sonucunda bilimsel olarak desteklenmiştir.

## ÖNSÖZ

Öncelikle yüksek lisansa başladığımdan itibaren gerek ders gerekse tez çalışmalarım süresince kendisinden çok şey öğrendiğim; bilgi, destek ve katkılarını benimle paylaşan değerli danışman hocam Doç. Dr. Murat TOPBAŞ'a ve yine destek ve katkılarını benden esirgemeyen hocam Prof. Dr. Gamze ÇAN'a sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunuyorum.

Aynı zamanda katıldığım ve HAKSAY tarafından düzenlenen Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursunda tezimle ilgili çok faydalı bilgiler edindiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ ve Yrd. Doç. Dr. Yahya DERYAL'e teşekkür ederim.

Tüm bu süreç içinde her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen ablam Yasemin KÜÇÜK ve eşim Yavuz KÜÇÜK'e teşekkür ederim.

**TABLO LİSTESİ**

<b>Tablo 1.</b> Çalışma Yapılan Sağlık Ocaklarının İsimleri	29
<b>Tablo 2.</b> Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri	32
<b>Tablo 3.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre Hasta Haklarını Doğru Bilme Durumu	34
<b>Tablo 4.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslek Grubuna Göre Hasta Haklarını Doğru Bilme Durumu	36
<b>Tablo 5.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Görev Sürelerine Göre Hasta Haklarını Doğru Bilme Durumu	37
<b>Tablo 6.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu	39
<b>Tablo 7.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu	40
<b>Tablo 8.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre Hasta Güvenliğini ile İlgili Tutumları	42
<b>Tablo 9.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslek Gruplarına Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Tutumları	43
<b>Tablo 10.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Görev Yılı Gruplarına Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Tutumları	45
<b>Tablo 11.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Tutumları	46
<b>Tablo 12.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları	48
<b>Tablo 13.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslek Gruplarına Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları	49
<b>Tablo 14.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Görev Yıllarına Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları	51



<b>Tablo 15.</b> Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları	iii 52
<b>Tablo 16.</b> Sağlık Personellerinin Sosyodemografik zeliklerine Göre Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Sağlık Personelinin Hakları Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı	55

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tarih boyunca insanoğlu yaşadığı sürece birçok evrelerden geçmiş, bir takım haklar elde etmek için büyük savaşlar vermiştir. Bu savaşlar sonrasında da temel hak ve özgürlüklerine kavuşmuştur. Zaman içerisinde bu temel hak ve özgürlükler hukuk çerçevesinde bir takım anayasa ve evrensel kanunlarla koruma altına alınarak yasal bir boyut kazanmıştır (1).

İnsanlığın sahip olduğu bu haklardan en önemli olanı ise “insan haklarıdır”. Kişilerin doğuştan insan olarak dünyaya gözlerini açması nedeniyle kazandığı, onurunu güvence altına aldığı, en üstün haklarını ifade eden evrensel bir kavramdır (2,3).

En üstün hak olan insan haklarının sağlık hizmetlerine yansması sonucu elde ettiği, insan haklarının ve özgürlüklerinin sağlık alanında saygı görmesini temin eden diğer önemli bir hak ise “sağlık hakkıdır”. Herkesin bu haktan eşit ve adil bir şekilde yararlanmasını sağlamak ise devlet güvencesi altında gerçekteşmektedir (4,5).

Sırf insan olarak doğmanın bize kazandırdığı saygınlık, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi hasta haklarının temelini oluşturan ilkeler, yasal mevzuatlarla teminat altına alınarak, sağlık hizmetlerini herkes için eşit, ulaşılabilir ve sürekli bir hale getirmeyi amaçlamaktadır. Temelde insan hakları ve değerlerini sağlık alanına uyarlayarak etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu gerçekteşirme çerçevesinde odaklanmaktadır (6-8).

Doksanlı yıllardan günümüze artık toplumsal, sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyde insanların yaşam kalitelerinin yükselmesi ve bilimsel teknolojik gelişmelerle birlikte, hizmet sunumundaki yapılanma ile bireylerin beklentilerindeki çeşitlilik sonucunda, hekim ve diğer sağlık personeli ile aralarında daha düzeyli ve dengeli bir ilişki talebi içerisinde girmişlerdir (9).

Bu gelişmeler ışığında “hasta hakları”, “hasta güvenliği” gibi insancıl yaklaşımları içeren yeni kavramlar, sağlık hizmetlerinde kaliteli, eşit, etkin, sürekli ve ulaşılabilir bir hizmet anlayışı kültürünün oluşumuna katkıda bulunmuşlardır. Oluşturulan bu kültürle amaçlanan, “insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasını” ve “sağlık hizmetlerinin yüksek kalitede sunulmasını” sağlamaktır (10).

20. yüzyılın sonlarına doğru bütün dünyada büyük önem kazanan hasta hakları kavramı dayanağını, uluslararası sözleşmelerden almakta, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişiyi hizmetin merkezine alarak kendi sağlıkları ile ilgili her türlü karar ve işlemde sağlık ekibi ile birlikte yer almasını sağlamaktadır. Bunun sonucunda da hedeflenen hasta memnuniyetinin sağlanması ise, gerek hasta gerekse sağlık çalışanı açısından büyük önem arz etmektedir. Çünkü bu anlayış sadece hastaları koruyan bir kavram değildir. Aynı zamanda sağlık çalışanını bilinçlendiren, gereksiz tartışma ve savunma vermektan koruyan; personelin motivasyonunu ve pozitif tutumunu artıran yasal düzenlemelerdir (11).

Hasta haklarının dünyadaki gelişimi çok eskilere dayanmamakla birlikte 70’li yıllarda gündeme gelmiş, 80’li yıllarda uluslararası alana taşınmış, 90’lı yıllarda yasal düzenlemelerde yaygın biçimde yer almaya başlamıştır. İlk olarak yapılan düzenleme ise Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 yılında yayınladığı Lizbon Bildirgesi’dir. Bu bildirme ile etik ilkelerle düzenlenen hasta-hekim ilişkisini, hukuksal alanda yapılandırabilecek bir hasta hakları çerçevesi içine yerleştirmek için, başta hekim meslek kuruluşları olmak üzere, birçok uluslararası sağlık örgütü, önemli çalışmalar yürütmüştür (6,12,13).

Avrupa da ilk olarak Finlandiya hasta hakları kanununu çıkarmış ve anayasasına koymuştur. Bu konuda kanunlara sahip olmayan ülkeler ise çeşitli yönetmelik ve yönergelerle vatandaşların haklarını koruma altına almışlardır. Bu ülkelerden biri olan Türkiye de ise henüz bir kanun olmamasına rağmen yönetmelik ve yönerge ile hasta hakları koruma altına alınmış, sağlık teşkilatında hastane ve müdürlükler bünyesinde hasta hakları birimleri kurulmuş ve bunlar çeşitli sivil toplum örgütleri ve derneklerin çalışmaları ile desteklenmektedir (14).

Hasta hakları çerçevesinde yer alan etkili ve kaliteli hizmet alınmasında büyük önem arz eden diğer bir kavram ise “hasta güvenliğidir”. Sağlık sistemi büyük risk taşıyan bir hizmet alanı olmasından dolayı, hizmet verilirken kişiler birçok risk ve tıbbi hatalara maruz

kalmaktadır. Maruz kalınan bu hatalar ve riskler gerek sağlık sisteminde milyonlarca dolar paranın kaynağının boŖa harcanmasına, gerekse insan yaŖamanın kalitesini dűŖürmesinden dolayı büyük öneme sahiptir. Yapılan araŖtırmalar, her yıl binlerce insanın bu tıbbi hatalar nedeniyle kalıcı zarar gördüğünü ve yaŖam kalitesini kaybettiğini göstermektedir. Bu hataların sıfıra indirilmesi mümkün olmamakla beraber, hasta güvenliği kültürünün oluşturulması ile birlikte bu hatalar % 50 oranında azaltılabilmektedir. Temel hedef; hizmet sunumu esnasında hatayı önlemek, hatalar sonucu oluşabilecek zararlardan hastaları korumak ve hata olasılığını en aza indirmektir (15,16).

Hasta haklarından bahsederken karşılıklı iki tarafın haklarından bahsetmek gereklidir. Çünkü karşılıklı bir iletiŖim ve işbirliği gerektiren sağlık hizmetlerinin sunumu ve etkin kullanılmasında tek bir tarafın haklarından ve sorumluluklarından söz etmek yanlış olacaktır. Sadece bir tarafın hakkını bilmesi karşılıklı iliŖkinin yürütülmesinde birçok aksaklık ve anlaşmazlıklara sebep olacaktır. Görünürde sağlık çalışanlarına karşı olarak algılanan bu kavramlar gerçekte sağlık personelinin haklarını kullanması açısından onlara en büyük kolaylığı sağlayacaktır. Dünyada ve ülkemizde çok yeni olan bu konu ile ilgili çalışmalar henüz istenilen seviyede değildir. Bu çalışmalar daha çok üniversite ve sağlık müdürlükleri çerçevesinde yapılmaktadır. Özellikle 2. basamak olan hastanelerde bu çalışmaların sıklığı daha fazla göze çarpmaktadır (17).

Bu çalışma da, Trabzon il merkezindeki Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunan sağlık ocaklarındaki sağlık çalışanlarının hasta hakları, hasta güvenliği ve sağlık personelinin kendi hakları konusundaki bilgi ve tutumlarını ölçmek amaçlanmıŖtır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. HAK**

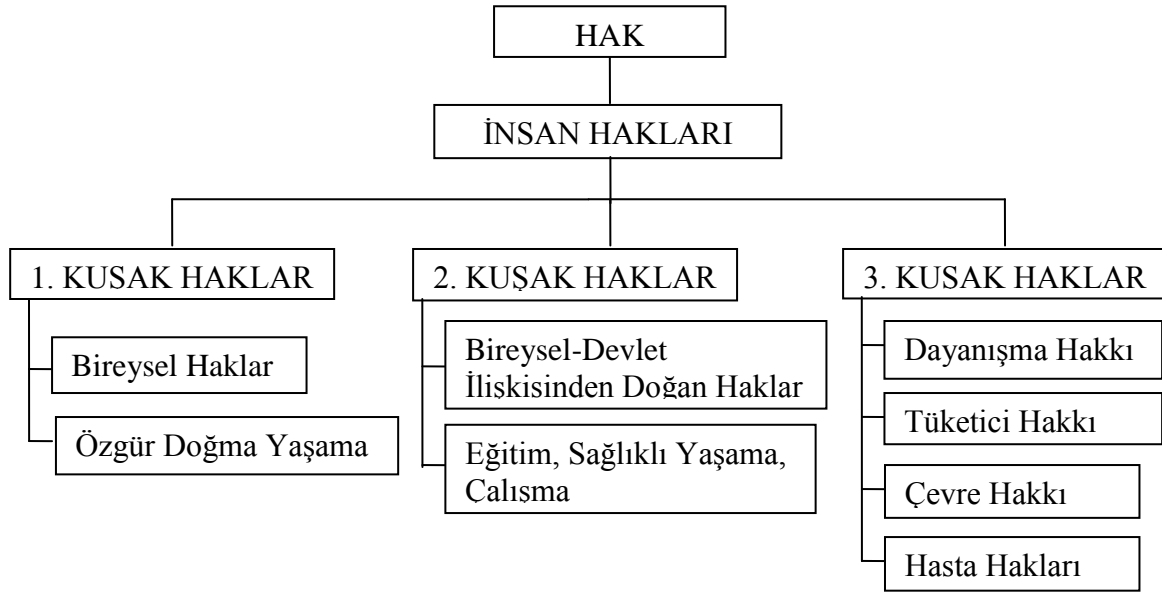
#### **2.1.1. Tanım**

Hak kavramı; doğuştan itibaren duygusal bir dürtü olarak ortaya çıkan, daha sonra insanın kişiliğinin gelişimi ile paralel olarak gelişip değer kazanan, sadece bireyler için değil tüm kamu ve toplum için geçerli olan, hukuk düzeni tarafından korunan bir bilinçlilik (farkındalık) durumudur. Buna göre haklar sadece hukuk tarafından insanlara verilen ve korunan yetkiler olarak tanımlanmasına rağmen, gerçekte toplumsal normları ve sorumlulukları da içermektedir. Haklara müdahale etmek ise, yerine göre hukuktan ya da gelenekten kaynaklanabileceği gibi, sırf ahlaki bir gereklilik olarak ta karşımıza çıkabilmektedir (1,18).

#### **2.1.2. Hakların Sınıflandırılması**

Hukuk kavramında olduğu gibi hak kavramının da niteliği, özü ve esası konusunda görüş birliği yoktur. Toplumsal hayatta ilişkilerin farklı olmasından dolayı haklar ve yükümlülükler de çeşitli şekillerde isimlendirilmektedirler. Hakların sınıflandırılmasının şematik gösterilmesi Şekil 1'de verilmiştir.

İnsan hakları, günümüzde toplumsal yaşamı düzenleyen siyasal, hukuki ve toplumsal düzenlerin dayanağı olarak ta kabul edilmektedir. İnsan haklarının sağlık hizmetlerine bir yansıması olarak kabul edilen sağlık hakkı ise, doğuştan kazanılmış bir insan hakkıdır ve insan haklarının en gençlerinden biridir. 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde "sağlık hakkına" yer vermekte ve bu hakkın korunması için bir yasal mevzuat görevi görmektedir (4,10,19,20).



Şekil 1. Hakların Sınıflandırılması (21).

### 2.1.3. Sağlık Hizmetleri

Sağlık toplumsal bir olgudur ve bunu etkileyen etmenler de toplumsal kaynaklı olduğu için gerekli olan yöntem, araç ve gereçlerin temini de toplumsal boyutta mümkün olacaktır. Sağlık hizmetinden; devlet, toplum, kamu otoritesi, aile, çevre ve birey sorumludur. Sağlık hizmeti “bir ekip hizmeti”dir ve bu hizmetten yararlanan birey de bu ekibin bir parçasıdır (22,23).

#### 2.1.3.1. 1920- 1938 Dönemi

Bu dönemde çıkan yasaların birçoğu hasta hakları ile ilgili maddeleri içermekte ve zamanla bazı değişikliklere uğramakla birlikte, bugün de hala güncelliğin korumaktadır. Bunlardan hasta hakları ile ilgili olarak en önemli olanı 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanundur. Bu kanunun 70. maddesi, 72. maddesi ve 75. maddesi dava ve şikayet hakkı, bilgilerin kayıt altına alınması ve hastanın rızasının alınması ile ilgili olarak atılmış önemli bir adımdır. 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununda ise bulaşıcı hastalıklarla ilgili koruyucu önlemlerin alınması devletin görevidir denilmektedir. Bu kanunun 10. maddesi genel olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ile ilgili olarak önemli bir maddedir (24,25,26).

### **2.1.3.2. 1938-1960 Dönemi**

Bu dönemde sağlık ocaklarının sayısı da hızla artmıştır. Bu dönemde yapılan yasalardan birçoğu hasta haklarını içeren maddelere sahiptir. Sağlık örgütlenmemizin temelini oluşturan bu yasalardan 1953 yılında çıkartılan 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Yasası'nın hasta hakları ile ilgili 2, 4, 5, 6, 14. maddeleri eşit hizmet alma, hastaların bilgilerinin korunması, hekimini seçme gibi hakları içermektedir (25,27). Bunların dışında ise (27, 28);

- Eczacılar ve Eczaneler Yasası (Yıl 1953, Sayı 6197)
- Hemşirelik Yasası (Yıl 1954, Sayı 6283)
- Türk Eczacılar Birliği Yasası (Yıl 1956, Sayı 6643) bu yasalardan bir kaçıdır.

### **2.1.3.3. 1961- 1980 Dönemi**

Bu dönemde 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası 1961'de yürürlüğe girmiştir ve halen yürürlükte dir. 1980'e kadar uygulanan sağlık yasaları da bu yasa çerçevesinde oluşturulmuştur. Yine bu dönemde çıkarılan 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun'un 6. ve 7. maddeleri; organ ve doku alacak hekimlerin aydınlatma ve onam (rıza) hakkı ile ilgili maddelerdir (25,29).

### **2.1.3.4. 1980'den Günümüze**

Bu dönemde çıkarılan İlaç Araştırmaları Hakkındaki Yönetmeliğin 8. maddesi ile Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26. ve 27. maddesi “bilgilendirme ve bilgilendirilmiş onam hakkı” ile ilgili maddelerdir. 1998 yılında ise Hasta Hakları Yönetmeliği ile hasta hakları resmi bir mevzuatla koruma altına alınmıştır (25,29).

## **2.2. HASTA HAKLARI**

### **2.2.1. Tanım**

Hasta hakları insan haklarının bir uzantısı ve sağlık hakkının da tamamlayıcı unsuru olmasından dolayı ayrı bir öneme sahiptir. “ Sağlık hakkı ” ya da “ sağlıklı yaşam hakkı ” olarak tanımlanan hasta hakları, hasta- hekim ilişkisinin, tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde etikten hukuka doğru yeniden düzenlenmesidir (30,31).

Hasta hakları; hasta ile sağlık çalışanı arasında bireysel ve toplumsal düzeyde ortaya çıkan, sağlık çalışanının hastaya ve hastanın da sağlık çalışanına karşı görev ve sorumluluklarını ele alan, bireylerin sağlığına en kısa zamanda ve en iyi şekilde kavuşabilmesi, hastalığın ortaya çıkardığı sınırlama ve kısıtlamalardan olduğunca çabuk kurtulabilmesi için gereksinim duyduğu hizmetleri eşitlik, saygınlık ve konfor içinde alabilmesini sağlayan hizmetler bütünüdür (32,33).

### **2.2.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi**

Hasta haklarının ortaya çıkışı ‘hasta hakkı’ şeklinde değil; hastaya karşı tüm sağlık çalışanının uymaları gereken ‘görevler’ şeklinde olmuş ve etik kurallar içerisinde ele alınmıştır (32). İçeriğinde bu haklar 2500 yıl önce ortaya atılmış olan Hipokrat andındaki hekimlik sanatının vicdani buyrukları ile örtüşmektedir (34). 3.800 yıl önce hazırlanan Hammurabi Kanunlarında hastalara zarar verenlere şiddetli cezalar öngörülmüştür. Eski Mısır’da da hastaya zarar veren hekim cezalandırılırdı. Benzer şekilde Eski Hint’te hastaya zarar veren ve bilirkşi heyetlerince yetersizliğine karar verilen hekime, para cezasından parçalanarak öldürülmeye kadar değişen cezalar verilirdi. Hipokrat daha MÖ 5. yy’ da, hastanın sırlarının korunmasının önemini vurgulamıştır. Yine Roma hukukundan itibaren tedavi maksatlı dahi olsa, hastaya zarar verilmemesi hakkı kanuna gelmiştir (32). 18. ve 19. yüzyıllara gelindiğinde ise, tıp bilimsel ve teknik beceri alanı haline gelmiş, hasta başında gerçekleştirilen tıbbi eylemler; artık evlerden büyük hastane ve üniversitelere kaymış, tıbbi hizmetin yanına araştırma ve eğitim boyutu eklenmiştir. Günümüze yakın dönemde ise batı dünyasında ortaya çıkan eşitlik, bireysellik ve demokrasi gibi kavramlar hekim-hasta ilişkisindeki otorite yapısını sorgulamaya başlamış ve bunu yine ilk olarak hekimler ele almıştır (35,36).

Bu amaçla ilk olarak 2. Dünya savaşıdan sonra 1948’de Birleşmiş Milletler uluslararası düzeyde genel insan hakları ile ilgili bir anlaşma yapmış ve bu anlaşma birçok ülke tarafından imza edilmiştir. 1949’da Dünya Hekimler Birliği’nin (Londra) İngiltere’de kabul ettiği “Uluslararası Tıbbi Etik Yasası” ile Hipokrat Andı’nda yer alan, “zarar vermeme” ilkesine kapsamlı olarak yer verilmiş ve bu konuyla ilgili ilk adımlardan biri olmuştur. Yine 1900’lü yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde hastaların hastanelere karşı açtığı seri davalardan sonra, 1972’de Amerika Hastane Birliği, “Hasta Hakları Bildirgesi”ni



yayınlaşmıştır. Daha sonra bunu, konuyla ilgili ilk uluslararası düzenleme olan Dünya Hekimler Birliği'nin 1981'de Lizbon-Portekiz'de kabul ettiği Lizbon Bildirgesi (Hasta Hakları Bildirgesi) izlemiştir (3,37,38). Bu bildiriye daha sonra Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu tarafından 1984'te hazırlanan Amsterdam'da düzenlenen toplantıda “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirisi” izlemiştir. 1994 yılında Amsterdam'da hazırlanan “Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi”, 1995 yılında Dünya Tabipler Birliğinin yayınladığı “Hasta Hakları Bildirisi” ve 1996 yılında Strasbourg’da yayınlanan “Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi” ise daha sonraki gelişimini sağlamıştır (5,6).

### 2.2.3. Hasta Haklarının Gerekçesi ve Yasal Mevzuat

Hasta hakları, insan haklarının bir devamı olarak sağlık hakkının tamamlayıcı en önemli ögesi ve insanların vazgeçemeyeceği bir hizmet türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son yıllardaki sağlık hizmetlerinde ve tıbbi girişimlerin boyutlarındaki büyük değişim, tıp bilimi ve teknolojisindeki dev gelişmeler, hasta üzerinde gerçekleştirilen işlem ve müdahalelerin miktarında ve tarzında artış, kamuya ait olan ve kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetlerinin, yapısal değişiklikler sonrasında küresel ve ulusal çapta büyük bir sektöre dönüşmesi, bireylerin bu sistemde edilgen konumda kalması, eğitimli nüfusun artması gibi gelişmeler, hizmetten beklentileri artırmıştır (15,33). Bu gelişmelere ışığında toplumlar, bilginin kolay elde edilmesi ve bireylerin kendi yaşam planlarıyla ilgili olarak toplumdan ve onun kurumlarından hak ve hizmet talep edebilmeleri nedeniyle hızla evrimleşmişler, taleplerini karşılamaya yönelik hizmetlerde kalite, verimlilik, ulaşılabilirlik, süreklilik ve ekonomik açıdan elde edilebilir olma gibi özellikler aranmaya başlamışlar. Bu dönüşüm çerçevesinde konu ile ilgili ülkemizdeki yasal mevzuata baktığımızda ise (38,39,40,41);

- Tababet ve Şuabatı sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928)
- Umumi Hıfzıssıhha Yasası (1930)
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (1960)
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961)
- Nüfus Planlaması Kanunu (1983)
- Organ Aktarımı İle İlgili 2238 Sayılı Yasa (1979)
- İlaç Araştırmaları Yönetmeliği (1993)
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998) ve Hasta Hakları Yönergesi (2003) şeklindedir.

Ülkemizde bu haklar ilk olarak Hasta Hakları Yönetmeliği ile resmi bir kimlik kazanmıştır (42). 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere “Sağlık Tesislerinde Hasta Uygulamalarına İlişkin Yönerge” hazırlanarak 15.10.2003 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur (12,43,44).

## **2.2.4. Hasta Haklarının Sınıflandırılması (42)**

### **2.2.4.1. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yer Alan Hasta Hakları**

#### **▪ *Sağlık Hizmetlerinden Adalet ve Hakkaniyet İlkeleri Çerçevesinde Faydalanma Hakkı :***

i. Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalı.

ii. Kadın veya erkek herkesin sağlık hizmetinden yararlanma hakkı vardır.

iii. Hasta, hem teknik standartlar hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki insani ilişkiler bakımından kaliteli hizmet alma hakkına sahiptir.

▪ ***Eşitlik İçinde Hizmete Ulaşma Hakkı:*** Irk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet almaya hakkı vardır.

▪ ***Bilgi Talep Edebilme Hakkı:*** Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonucunu, tanı, hastalığın ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir. Herhangi bir başka kuruma sevk ya da nakil durumlarında, (acil bir durum yoksa) kişiye ayrıntılı bilgi verilmesi gerekmektedir.

▪ ***Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı:***

▪ ***Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme Hakkı:***

▪ ***Bilgi İsteme Hakkı:*** Sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü veya yazılı olarak istemeye hakkı vardır.

▪ ***Mahremiyete Saygı Gösterilmesi ve Bunu Talep Hakkı:*** Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir.

- ***Tıbbi Müdahalede Hastanın Rıza ve İzin Hakkı:***
  - i. Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur.
  - ii. Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir.
  - iii. Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dâhil edilmelidir.
- ***Tedaviyi Reddetme ve Durdurma Hakkı:*** Tedaviyi reddetmeye veya durdurulmasını istemeye hakkı vardır. Ama kendisine bunun risk ve zararları anlatılmalıdır.
- ***Güvenliğin Sağlanması ve Rahatlık Hakkı:*** Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.
- ***Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma Hakkı:*** Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet vermemek şartı ile hastaları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekân belirlenir.
- ***Hastanın Ziyaret Hakkı:*** Kurum ve kuruluşlarca belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etmeye hakkı vardır.
- ***Refakatçi Bulundurma Hakkı:*** Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkânlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.
- ***Başvuru ve Şikâyet Hakkı:*** Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları vardır.

#### **2.2.4.2. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yer Almayan Hasta Hakları (17,45)**

- i. Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme Hakkı
- ii. Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım İsteme Hakkı
- iii. Kayıtları İnceleme ve Kayıtların Düzeltmesini Talep Etme Hakkı
- iv. Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşları Dışında Verilmesi Hakkı
- v. İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi Hakkı
- vi. Tıbbi Özen Gösterilmesi Hakkı
- vii. Hastaya Yeterli Vakit Ayrılması ve Hastanın Vaktine Riayet Edilmesi Hakkı

### 2.2.5. Dünyada Hasta Hakları Kavramına Bakış

Hasta hakları dünyada hak ettiği önemi son yıllarda yapılan çalışmalarla görmeye başlamıştır. Tıbbi anlamda gelişmelere rağmen, sağlığa ayrılan kaynakların olması gerekenin çok altında olması ve sağlık alanındaki eşitsizlikler, bunun gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin hepsinde görülmesi, bu durumun tüm ülkelerin ortak sorunu olduğunu bize göstermektedir. Özellikle Avrupa ve diğer birçok ülke sağlıkla ilgili anayasalarına belirgin, sosyal haklar ve hasta haklarını içeren yasal mevzuatlar eklemişler ve bu sosyal haklar belirgin hasta haklarını korumak için, genel bir çerçeve oluşturmuştur. Bu konudaki çalışmalar 1990 yılı başında yapıldı ve Avrupa'da İnsan Hakları adıyla kitaplaştırıldı. Mart 1994'da Amsterdam'da bir Hasta Hakları Avrupa Konsültasyonu toplandı. Konsültasyon Avrupa da hasta hakları ilkelerini onayladı. 1996 yılında Slovenya'nın Ljubljana kentinde Avrupa Sağlık Reformları Konferansı Bölge Ofisi tarafından gerçekleştirildi. Bunu 1998 yılında daha kapsamlı bir çalışma izledi. Hasta haklarının geliştirilmesi hakkında, güncel bilgi sunumunun geliştirilmesi ile ilgili tekniklerin seçiminde donanımlı olunması için Ofis, Hasta Hakları ve Vatandaşların Bilgilendirilmesi Ağı'nı kurdu. Daha sonra ilk Yıllık gözden geçirme 1997 baharında gerçekleştirildi (28,36,46).

### 2.2.6. Dünyada Hasta Hakları Uygulamaları

Hasta hakları, insan hak ve özgürlüklerinin sağlık alanına yansımaları olan özel garantilerdir. Hasta haklarının dayanakları ve korunması konusunda ülkeler arasında önemli farklılıklar vardır.

#### Almanya

Almanya'da hastaların bazı haklara kavuşması bir anlamda 1883 yılına kadar inebilmektedir. Toplumun %90'nının sağlık sigorta sistemi içinde olduğu belirtilmektedir. Anayasadaki bazı hükümler hasta hakları ile ilgilidir ve yaşama hakkı ve fiziksel bütünlüğe önem verir. Hasta hakları 1983 yılında Sağlık Sigorta Kanunu ve Sosyal Kodda yer almış ve 1992'de Danışma Konseyi aldıkları bir kararla, mevcut hükümlerin bir hasta hakları yönetmeliğinde toplanmasını önermişlerdir. Almanya'da ilke olarak hastalar hekimlerini seçebilmektedir. Hastalar hastalıkları hakkında tam olarak aydınlatılma hakkına sahip olup, Alman ceza yasası meslek sırrı konusunda son derece katı kurallara sahiptir (46,47,48).

## **Belçika**

Belçika'da hasta hakları ile ilgili özel bir yasa yoktur. Belçika'da hastaların hakları farklı yasaların ve diğer yasal düzenlemelerin içinde yer almaktadır. Belçika'da ilke olarak hasta, hekimini seçme hakkına sahiptir. Bunun yanı sıra hastanın her zaman tedaviyi ve sağlık hizmetlerini reddetme hakkı bulunmaktadır. Belçika'da hastaların bilgilendirme haklarının yanı sıra bilgilendirilmeme hakları da vardır. Hastaların mahremiyet hakları kapsamlı olarak güvence altına alınmıştır. Hasta kendisi ile ilgili bilgileri hekiminin açıklamasına izin verse bile hekimini bu bilgileri açıklamaya zorlayamamaktadır. Hekimler ise hasta ile ilgili bilgileri 30 yıl süresince saklamakla yükümlüdürler. Belçika aynı zamanda ötenaziyi Hollanda'nın ardından kabul eden 2. ülke olmuştur (49,50).

## **Danimarka**

Hasta hakları Danimarka'nın uzun süre gündeminde olmuştur. 1938'de psikiyatri hastalarının özerklikleri ve onurlarının korunmasına yönelik bir yasa parlamentoda kabul edilmiştir. Ülkedeki sağlık mevzuatı hasta haklarına yönelik pek çok madde içermesine rağmen hasta haklarına yönelik rehberler hazırlanarak sağlık kurumları ve hasta hakları ile ilgili kuruluşlara dağıtılmış bu yolla toplum ve sağlık personeli aydınlatılmaya çalışılmıştır. 1992 yılında ise hasta hakları ile ilgili bir taslak Danimarka Parlamentosuna sunulmuştur. Danimarka'da 1 Temmuz 1998'de hasta hakları yasası kabul edilerek yürürlüğe girmiştir (46,47,49).

## **Finlandiya**

Finlandiya'da hasta haklarına yönelik özel bir yasal düzenleme oluşturulması konusundaki tartışmalar 1980 yılında başlamış ve Finlandiya'da bu konudaki Hastaların Statü ve Hakları Hakkındaki yasa 1992'de kabul edilmesi ve 1993 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte ülke hasta hakları konusunda Avrupa'daki ilk yasal düzenlemeye sahip ülke olmuştur. Hastaların diğer yasalardan kaynaklanan hakları bulunmasına karşın 1993 yılında yürürlüğe giren yasa ile birlikte hastalar, gereksinimleri olduğunda, tıbbi bakım ve nitelikli sağlık hizmeti alma ve kendi bedenleri hakkında karar verme hakkına ulaştıkları gibi aynı yasal düzenleme ile küçük hastaların statüsü, acil tedavi, karar verme yetisi olmayan hastaların (18 yaş altı) durumu da açıklığa kavuşturulmuştur (46,47,49).

## **Fransa**

Fransa’da hasta hakları ilk kez 1936 yılında Mercer davasında bir Yüksek Mahkeme kararı ile gündeme gelmiştir. Mahkeme sağlık hizmetleri ile ilgili olarak hasta ile hekim arasında bir kontrat olduğu hükmünü belirtmiştir. Buna göre hasta tedavi sırasında bilimsel gelişmeleri yansıtan tedavi yöntemlerini isteme hakkına sahiptir. Hasta hakları konusuna değinen ilk hukuk metni ise 20 Eylül 1994 tarihli bakanlık genelgesidir. 4 Mart 2002 tarihinde ise Fransa’da “Hasta Hakları ve Sağlık Sisteminin Niteliği” konulu bir yasa yürürlüğe girmiştir (46,49).

## **Hollanda**

Hollanda Avrupa’da hasta hakları konusunda en yoğun çabaların görüldüğü ülkelerden biridir. 1995 yılının başlarında yürürlüğe giren Tıbbi Sözleşme Yasası (Medical Contracts Act) çerçevesinde aydınlatılmış onam, hasta özerkliği, 16 yaşına giren çocuğun tedavi sözleşmesi yapabileceği, bilgilendirilme ve hastanelerin yükümlülükleri gibi konular kapsamlı olarak yasanın güvencesi altına alınmıştır. Hollanda’da hastalar hekimlerini seçme hakkına sahiptir. Tıbbi sözleşme yasası çerçevesinde hastalar tedaviyi reddedebilmektedirler. Bunun yanı sıra hekimler de hastaları ile olan ilişkilerinde güven unsurunun zedelendiğini düşünüyorlarsa hastalarını reddetme hakkına sahiptirler. Hastaların kendileri ile ilgili bilgilere ulaşma ve mahremiyet hakları ise Tıbbi Sözleşme Yasasının yanı sıra Kişisel Verilerin Korunması Yasası (Personal Data Protection Bill) kapsamında da güvence altındadır. Meslek sırrı ise Tıbbi Sözleşme Yasasının yanı sıra ülkenin Ceza Hukuku kapsamında da yer almaktadır (46,47,49).

## **İngiltere**

İngiltere’de hasta haklarına olan ilgi özellikle 1990’ların başında başlamıştır. Bu dönemde hasta haklarının temel çerçevesi çizilmiş, bazı standartlar oluşturulmuş ve Ulusal Sağlık Hizmetlerinde reformlara gidilmiştir. Hastalara pratisyen hekimlerini seçme hakkı verilmesine rağmen uzman hekimini seçme hakkı verilmemiştir. 1987 yılında yürürlüğe giren Verilerin Korunması Yasası (Data Protection Act) ile de hastalara ait bilgiler de dâhil bilgisayar ortamındaki bilgilerin gizli tutulması güvence altına alınmıştır (46,47,49).

## **Norveç**

Norveç'te hasta hakları ile ilgili konular, bu konudaki yasa yürürlüğe girinceye kadar farklı yasalar içinde yer almaktaydı. Özellikle 1980'den sonra ülkede hasta haklarını geliştirmeye yönelik girişimler yaşanmaya başlanmıştır. 1996 yılında Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları hakkında bir taslak hazırlamak üzere toplanmışlar ve 1997 yılında 3 ay boyunca tartışılmış. Daha sonra 2 Temmuz 1999 tarihinde yürürlüğe giren hasta hakları yasasında, aydınlatılmış onam ve çocuklardan alınacak aydınlatılmış onamın yöntemi ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Bunun yanı sıra adı geçen yasa hastalara “hastanesini seçme hakkı”, “hastaya özgü bir tedavi planının oluşturulması hakkı” gibi hakları da güvence altına almaktadır (46,49).

## **Avustralya**

Avustralya'da hastanelerde karşılaşılan sorunları çözmek için Hasta Temsilcisi (Patient Representative) bulunmaktadır. Şikayetler hastane yoluyla çözülemediği zaman Sağlık Hizmetleri Komisyonuna (Health Services Commissioner) başvurulur. Ayrıca bu konuda danışmak ve bilgi almak için Halk Sözcüsü Büroları kurulmuştur. Yasaların tanıdığı bilgi edinme özgürlüğü için FOI adında bir kuruluş çalışmaktadır (51).

### **2.2.7. Türkiye’ de Hasta Haklarının Gelişimi**

Sağlık hizmetlerinin Türkiye’de mesleki etik ilkelerle denetlenmesini sağlamak amacıyla ilk ayrıntılı düzenleme, 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Yasa” ile olmuştur. Daha sonra 1953 yılında çıkarılan 6023 sayılı “Türk Tabipler Birliği Yasası” ile işleyişleri daha açık hale getirilmiştir. Türkiye’de hasta-hekim ilişkilerini düzenleyen ilk yazılı metin ise, Türk Tabipleri Birliği tarafından 1960’da hazırlanan “ Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ”dir. Bu nizamname “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipler Birliği'nin Ekim 1998'de Ankara'da yaptığı 47. Büyük Kongresi'nde kabul edilmiştir. 1979 yılında kabul edilen “Organ ve Doku Alınması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanunla”, 1983 yılında kabul edilen “Nüfus Planlaması hakkında Kanun” ve 1993 yılında kabul edilen “İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte” hasta hakları ile ilgili bazı düzenlemeler yer almaktadır (5,41). Ayrıca Anayasamız 17. ve 20. ve 56. maddelerle sağlık hakkını güvence altına almış ve sağlık hakkının sağlık hizmetlerindeki somutlaştırılmış hali olan hasta hakları yasal çerçeve ile

koruma altına alınmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın direkt hasta haklarıyla ilgili olarak çıkarttığı ve kesin ifadelerle hakları tanımladığı yasal mevzuat 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğidir. Bunu takiben 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" hazırlanarak 15.10.2003 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Nisan 2005 tarihinde yayımlanmış olan Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile, pilot bölge uygulamaları kapsamında temel sağlık hizmetlerine ve ülke geneline yayılmıştır. Yönerge'nin yasal dayanağı Hasta Hakları Yönetmeliğidir (12,31).

## **2.2.8. Türkiye'de Hasta Hakları Uygulamaları**

### **2.2.8.1. Kamudaki Uygulamalar**

#### **2.2.8.1.1. Birinci Basamaktaki Hasta Hakları Uygulamaları**

Türkiye'de sağlık sektörü, son yıllarda dünyadaki gelişmeler doğrultusunda sürekli gelişme içerisinde olmuş ve verdiği sağlık hizmetinin nasıl daha kaliteli, etkin ve süreklilik içerisinde verilebileceğinin arayışlarına girmiştir (52).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri (BBSH) tanımı ve stratejileri, Dünya' da ilk olarak 1978'de Alma Ata Konferansında belirlenip önemi vurgulanmış ve bu protokol birçok ülke tarafından imzalanmış ve dünyaya duyurulmuştur. 1986 yılında DSÖ Küresel Program Komisyonu tarafından tanımlanmış ve birçok ülke tarafında kabul edilmiştir (53). Kabul edilmesinin ardından birçok Avrupa ülkesi BBSH'i yerleştirecek ve geliştirecek kararlar almış, sağlığı iyileştirecek politikalar geliştirmişlerdir. Bu ülkelerden birisi de Türkiye'dir (54). Türkiye, 1961 yılında 224 sayılı yasa ile başlamış olduğu "sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri uygulaması" nedeni ile BBSH uygulamalarına birçok Avrupa ülkesinden daha avantajlı konumda başlamıştır. Bu uygulamalarda temel hizmet birimleri "sağlık ocakları" olarak ele alınmış, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel sağlık hizmetlerini üstlenmiştir (55). Günümüzde ise, birinci basamak neredeyse, neredeyse devre dışı kalmıştır (56).



Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum/birey katılımına en fazla ihtiyaç duyan hizmet alanıdır. Amaç yaşamın nasıl ve kimlerle planlanıp değerlendirileceğine, kaynakların üretim ve dağıtım-paylaşım sürecinde kimlerin hangi etkinlikte yer alacaklarına ilişkin olarak kişilerin, bilgilendirilmiş olarak, öz sorumlulukla, sağlıklarını planlama- üretim süreçlerine katılmalarını sağlamaktadır (57). Birinci basamakta hizmet veren sağlık ocağı hekimi ve diğer sağlık çalışanlarının, hastayı daha önceden biliyor ve tanıyor olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli yanıdır (58).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel unsuru olmasına rağmen sağlığı koruyucu bilgilendirmenin sağlanması ne yazık ki yapılmamakta ya da çok az yapılmaktadır. Çünkü bizim ülkemizde bilgilendirme genellikle herhangi bir yakınması olan kişinin bu sorununu gidermek için sağlık kuruluşuna başvurduğu sırada olmaktadır. Oysa bu hasta haklarının yerine getirilmesi açısından çok önemli bir eksikliklerdir. İkinci nokta olan sağlığı bozacak durumları, tümüyle ortadan kaldırmak, daha oluşmadan gerekli önlemleri almak ya da riski azaltmak, tüm bunlar olamıyorsa olabildiğince erken tanıyarak sorun büyümeden çözümlenmesini sağlamaktır. Birinci basamak hekiminin ilacı gerçek ve bilimsel nitelikleriyle tanması ve tedavi sürecine de “aydınlatılmış onam”ın belirleyici olduğu bir işbirliği yaklaşımına girmesi gerekmektedir (57,58). Sonuç olarak bir bütün olan sağlık hizmetleri, hasta haklarının uygulanması yönünden de benzer özelliklere sahiptir. Hasta ya da sağlıklı birey olsun hangi basamağa başvurursa vursun, sahip oldukları haklar aynıdır ve devlet bu hakları sahip olduğu yasal mevzuatla planlama yapıp korumakla yükümlüdür (54,58).

#### **2.2.8.1.2. İkinci Basamakta Hasta Hakları**

Ülkemizde genellikle sağlık hizmetleri denildiğinde akla ilk olarak ikinci basamak sağlık kuruluşları gelmektedir. Bu nedenle de sağlık sektöründe hizmeti alanlar da verenler de, başta hastaneler olmak üzere tedavi edici sağlık kurumlarını uzun süre ön planda tutmuşlardır (54). Türkiye’de bunun sonucu olarak, hastaneler kapasitelerinin üzerinde hasta başvurusuyla karşılaşmış, insanlar hastane kapılarında uzun kuyruklar oluşturmuş ve sonuçta beklentilerini karşılayamadığı için hasta memnuniyeti sağlanamamıştır. Hastaneler kompleks yapılardır ve verilen hizmet şekli de karmaşıktır. Bu yüzden verilen hizmette karşılaşılabilecek hasta hakları ve bakımı ile ilgili sorunları göz önünde bulundurmamak ve ona göre bir yapılanma içine girme ihtiyacı hissetmişlerdir (59). Hasta Hakları Yönetmeliğinin

1998 yılında yayımlanmasına rağmen, 2003 yılına kadar uygulamada herhangi bir düzenleme yapılmadı. Hasta hakları uygulamasına fiilen 15 Şubat 2004'te 38 ilde 60 devlet hastanesinde başlandı. Sağlık tesislerinde hasta haklarını korumak ve sorunlara çözüm bulmak amacıyla 100 yataklı ve üzerindeki hastanelerde Hasta Hakları Kurulları oluşturulmuştur. 100 yatak altındaki hastanelerde ise Hasta Hakları İletişim Birimleri kurulmuştur (19,44).

### **2.2.8.1.1.3. Üçüncü Basamakta Hasta Hakları**

Üniversite hastaneleri, tıp fakültesi olan üniversitelerin uygulama ve araştırma merkezleri olarak kurulmuş, aynı zamanda sağlık hizmeti de veren kurumlardır. Bu kurumların asıl varlık nedeni sadece sağlık hizmeti vermek değil bunun yanı sıra işin eğitim ve araştırma boyutunu da yürütmektir (60). Üniversitelerin asıl işlevi, araştırma ve eğitim olduğundan üniversite hastaneleri bu temel işlevlerini yerine getirirken, bir taraftan da topluma sağlık hizmeti sunarlar. Üniversite hastaneleri diğer sağlık kurumlarında tanı konulamamış, tedavi edilememiş hastaların araştırılıp tedavi edilmek üzere gönderildiği üst referans kurumlardır. Tanısı ve tedavisi zor, komplike hastaları kabul ettikleri için, üniversite hastanelerinde hastalara çok sayıda, ayrıntılı, ileri, pahalı tetkik ve girişimler uygulanır. Üniversite hastanesinde hasta başına düşen personel, tüketilen zaman, verilen emek, harcanan malzeme, kullanılan cihaz, uygulanan teknoloji çok daha fazladır. Bundan dolayı üniversite hastaneleri verdiği hizmetlerin niteliğinden dolayı, hasta hakları konusunu üzerinde daha özenle durmalıdır çünkü özellikle işin araştırma boyutunda daha fazla önem kazanmaktadır (60,61). Üniversite hastanelerinin hizmet boyutunun daha geniş kapsamlı olmasından dolayı, hasta hakları kurullarının yanı sıra yapılacak olan araştırmalar içinde özel etik tıbbi kurullara ve kendini bu konuda sürekli geliştirecek yayın, araştırma vb. çalışmalara ihtiyaç duymaktadır. Tıp fakülteleri bu konuda kendilerini daha da geliştirerek, çeşitli dernekler kurup bu işin gönüllüleri olarak hizmet vermeye devam etmektedirler. Bunlara örnek olarak KTU Tıp Fakültesi Hastanesinde kurulmuş olan HAKSAY (Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği) bu konuda çok değerli çalışmalara sahiptir. Bu dernek yılda iki kez yayınladığı "Sağlık Hakkı Dergisi" ve çeşitli illerde yaptıkları konferanslar ve düzenledikleri "Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu" ile geniş kitlelere ulaşmışlardır.

### 2.2.9.2. Özel Hastanelerdeki Uygulamalar

Devlet tüzel kişiliğine ait (resmi) hastaneler ile il özel idarelerine, belediyelere ve diğer kamu tüzel kişilerine ait hastaneler dışında kalıp; özel hukuk tüzel kişilerine veya gerçek kişilere ait hastaneler “özel hastane” kavramında değerlendirilmektedirler (Yön.m.2)(35).

Özel hastanelerle ilgili yürürlükteki kanun, 1933 yılında kabul edilmiş çok eskimiş bir düzenlemedir. Çağdaş ihtiyaçlara ve taleplere cevap vermekten çok uzaktır. Özel hastaneleri; “Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları hususi hastanelerden sayılır” diyerek tanımlamaktadır (HHK.m.1) (62). Kamuda sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve hastane sayısı ve kalitesindeki artışa paralel şekilde son yıllarda özel hastane sayısında da fark edilir bir artış gözlenmektedir. 1981 yılında ülkemizde sadece 83 özel hastane varken 2001’de bu sayı 240’a ulaşmıştır. Özel hastanelerle ilgili son yapılan araştırmaya göre, ülke genelinde sayısı 308’e ulaşan özel hastanelerden geçen yıl 13.5 milyona yakın insan yararlandı. Bu da gösteriyor ki, özel hastanelerden faydalanan hasta ve hasta yakınlarının sayısının artmasına paralel olarak hasta hakları ile ilgili bir düzenlemeye gidilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (25,62). Anayasa ve kanunlarla Sağlık Bakanlığına verilmiş sağlık hizmetlerini yönetme, planlama ve düzenleme görevi gereği çıkarılmış Hasta Hakları Yönetmeliği, özel hastaneleri de aynı şekilde kapsamına almakta ve şu şekilde açıklamaktadır: “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” (m.2) (42).

Böylece, Hasta Hakları Yönetmeliği, açık bir düzenleme ile kamuya ait olmayan özel sağlık kuruluşları ile kamu görevlisi sayılmayan (serbest) sağlık çalışanlarını, hatta sağlık çalışanı olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesinde sorumlu olarak görev alan kimseleri de kapsamına almaktadır. Bakanlık tarafından 2004 yılında yayımlanan “Özel Hastaneler Yönetmeliğine” özel hastanelerdeki hasta hakları ile ilgili madde eklenmiştir (Ek Madde-2). Hasta ile özel hastane arasında kurulacak sözleşme ilişkisine “hastaneye kabul sözleşmesi” veya kısaca “hastane sözleşmesi” adı verilmektedir. Bu sözleşme bağı nedeniyle özel hastane,

kendisine başvuran hastayı iyileştirmek (sağlığına kavuşturmak) amacıyla ayakta veya hastaneye yatırarak tedavisini üstlenmektedir. Özel hastanenin sözleşmeden kaynaklanan bu temel borcu yanında, yatırma, yedirip içirme ve diğer bakım hizmetlerini sağlama gibi yan yükümlülükleri de doğmaktadır. Sağlık kuruluşlarının sunmakta oldukları sağlık hizmetleri ve bunlardan yararlanma şartları konusunda önceden hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere, kolay erişilebilir ve anlaşılabilir şekilde kapsamlı bir tanıtım yapmakla yükümlüdürler ve rızanın aydınlatılmış olması da ayrı bir önem arz eder (62). Bundan dolayı Bakanlık özel hastanelerde de hasta ve hasta yakınlarının bir hak ihlaline maruz kaldıklarında nereye ne şekilde başvuruda bulunmalarını belirlemek için çalışma başlattı. Özel hastanelerdeki hasta hakları uygulamaları ile ilgili olarak da Özel Hastaneler Yönetmeliğinde ve Hasta Hakları Yönetmeliğinde bağlayıcı hükümler bulunuyor, ilgili hükümlere göre buralarda da hasta hakları birimleri kurulmuştur (63).

## **2.3. HASTA GÜVENLİĞİ**

### **2.3.1. Tanımı ve Önemi**

Sağlık hizmetleri gelişen teknoloji ve sosyokültürel yapıdaki değişikliklerle birlikte bilgiye hızlı ve kolay ulaşılabilirliğin sonucunda, bireyler kendi yaşam planlarıyla ilgili olarak toplum ve onun kurumlarından hak ve hizmet talebi içerisine girmişlerdir (15). Sağlık hizmetlerinde kalite; doğru işlemleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında doğru yaparak istenilen ve beklenen sonuçlara ulaşmaktır (64,65).

Hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlıkta kalitenin temel unsurudur. Yapılan araştırmalar, sağlık hizmeti almak üzere bir sağlık kurumuna gitmenin tehlikelilik açısından yüksek dağ tırmanışı ve bunjee-jumping gibi yüksek riskli etkinlikler kümesinde yer aldığını göstermiştir (17). Yine yapılan araştırmalarda en iyi hastanelerde bile her 100 hastanın %6.7'sinde ciddi sonuçları olan ya da potansiyel ciddi sorunlara yol açabilecek ilaç hatalarının olduğunu, sadece ABD'de tıbbi hatalar nedeniyle yaşanan ölümlerin genel sıralamada 5. sırada yer aldığını ve bu şekilde her gün ortalama 100 hastanın hayatını kaybettiğini, tıbbi hatalar nedeniyle bu ülkede yılda 44 ila 98 bin kişinin hayatını kaybettiğini ve bunların ülke ekonomilerine getirdiği ağır yükleri görmekteyiz. ABD'de tıbbi hataların yıllık maliyetinin 17 milyar USD olduğu görülmüştür. Ayrıca her yıl 5000 sağlık

çalışanı işyerindeki yaralanmalar nedeniyle Hepatit-B, Hepatit-C ve HIV etkenlerine ya da diğer türlü iş kazalarına maruz kalmakta ve bunların % 88' i ise basit önlemler alınarak önlenemez nitelikte olmasından dolayı, hasta güvenliğini sağlama ve tıbbi hataları önleme çabaları başlatılmış ve bu amaç doğrultusunda bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmaya çalışılmıştır (16,61,65,66,67).

Hasta güvenliği kültürü, kurumun en öncelikli konusu ve ortak değeri olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle de kurumların bu kültürü oluşturabilmeleri için; yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlendiği, tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden rapor edilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam oluşturulmaya çalışması, riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümler üretmeye ve hasta güvenliği konusuna kaynak ayırmaya özen göstermesi gerekmektedir (16,68,69).

### **2.3.2. Hasta Güvenliğinin Tarihsel Gelişimi**

Teknolojideki hızlı ilerlemeler ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması, sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavi yöntemlerini etkilemekte, bakım planlarının ve tıbbi uygulamalardan doğabilecek riskleri yeniden gözden geçirme gerekliliğini doğurmaktadır (15,65).

Tüm bu gelişmeler ışığında hasta güvenliği, 1951 yılında kurulan Sağlık Bakımı Organizasyonları'nın Akreditasyonu'nda Birleşik Komisyon (JCI) yüksek düzeyde kalite ve güvenliği sağlamak için çalışmalarına başlamış fakat gerçek anlamda 1960'lardan beri sağlık sisteminde yerini almıştır. Konunun öncelikli sorun olarak görülmesi ise 1999- 2000'li yıllarda Institute of Medicine'in yayınladığı iki rapor doğrultusunda olmuştur. Bu rapora göre, ABD'de her yıl 98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir (66,70). Birleşik komisyon ilk kez Temmuz 2002'de Ulusal Hasta Güvenliği Hedeflerini duyurmuştur. Bunu 2005 yılı Haziran'da 2006 Hasta Güvenliği Hedefleri ve Gereklilikleri raporu izlemiştir. Yine Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 1996 yılında olay raporlama sistemini kurmuştur. Sistem, gönüllü ve gizli bir sistemdir (15,66). 2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve üye ülkeler hasta güvenliği konularına odaklanmak üzere World Alliance for Patient Safety Birliğini kurmuştur (71).

Hasta güvenliği ile ilgili çalışmalar yapan dünyadaki önemli kuruluşları Australian Patient Safety Foundation, Anesthesia Patient Safety Foundation, Consumers Advancing Patient Safety, Canadian Patient Safety Institute, Institute for Safe Medication Practices, Institute for Healthcare Improvement, National Center for Patient Safety, National Patient Safety Foundation, National Patient Safety Agency, Patient Safety First, Patient Safety International, Patient Safety Institute, The Leapfrog Group for Patient Safety, WHO World Alliance for Patient Safety şeklinde sıralayabiliriz (72).

### **2.3.3. Dünyada Hasta Güvenliği Kavramına Bakış**

Hasta güvenliği ile ilgili yapılan bilimsel çalışmaların ilklerinden biri, 1964 yılında Schimmel tarafından yapılmış ve bir üniversite hastanesine başvuran 240 hastanın % 20'sinin bir şekilde yaralandıklarını, hatta bu % 20'nin % 20'sinin de ciddi ve ölümcül şekilde yaralandıklarını ortaya koymuştur (73). Yine ABD'de tıbbi uygulamalara yön veren en etkili kuruluş olarak Ulusal Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine /IOM) 1995'lerde kalite çalışmaları serisine başlamıştır (73,74). Çeşitli ülkelerdeki uygulamalara bakıldığında;

#### **Ukrayna**

Safety for Patients Foundation 2002 yılında Ukrayna'da kurulmuş olan ve kar amacı gütmeyen bir sivil toplum örgütüdür. Kuruluşun temel faaliyetleri arasında Ukrayna sağlık hizmetlerinin, tıbbi hizmet ve tedavilerin gelişiminin desteklenmesi, hasta hakları, profesyonel tıbbi ve adli çevrelerin mevcut hasta haklarının korunması çerçevesinde yer alan pratik ve bilimsel konuların analiz ve araştırmaları hakkındaki girişimlerinin desteklenmesi ve uygulanması, hasta organizasyonları arasında uluslararası seviyede anlamlı işbirliğinin sağlanması yer almaktadır (71).

#### **Danimarka**

Danimarka yasaları özellikli yan etkileri sağlık profesyonellerinin bildirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bildirimlerden sağlık kurumlarının öğrenmesini sağlamak adına ise yasalar, bildirim yapıldığında sağlık çalışanını zor durumda bırakmayan bir şekilde tasarlanmıştır (65).

## **İngiltere**

İngiltere’de Kraliyet Fonuna bağlı gönüllü bir kuruluş, 1980 yılında Kanada Akreditasyon Standartları’nı bir kaç hastanede pilot olarak uygulamaya koymuştur. Standartların yararlı olduğu görüldükten sonra Ulusal Sağlık Hizmetleri’nce (NHS) deneyimler ışığında revize edilen standartlar kullanılmaya başlanmıştır. 1990 yılında Kraliyet fonu tarafından kurulan King’s Fund Organizational Audit kurulunun ismi 1998 yılında Health Quality Services olarak değiştirilmiş ve kurul 2000 yılında bağımsız bir yapıya kavuşmuştur (65,70).

## **Hollanda ve İsveç**

Cezalandırıcı olmayan, gönüllü raporlama sistemi mevcut olmasına rağmen ölümle sonuçlanan olayların raporlanması ise zorunludur. Hastalar veya çalışanlar bu bildirim yapabilirler. 1997 yılından beri her tıbbi kuruluşun bir kalite sistemini bulunmaktadır. National Board of Health and Welfare tarafından mevcut kalite sistemleri düzenlenip standardize edilmiştir. Yan etkiler, neredeyse hatalar, ekipman hataları, intihar ve diğer zarar veren olayların bildirilmesi beklenmektedir. Bu yolla, günlük olarak ortalama 1100 zorunlu, 2400 gönüllü rapor alınmaktadır (65).

## **Avustralya**

Avustralya’da 1977 yılına kadar tam bir akreditasyon sistemi oluşturulmamış olsa da hastanelerin akreditasyonuna 1926 yılında başlanmıştır. Sonrasında akreditasyon ülke çapında yaygınlaşmış ve tıp örgütlerinden destek almıştır (70).

## **Kanada**

1958 yılında Kanada Ulusal Sağlık Sistemi’nin öncülüğünde Sağlık Hizmetleri Akreditasyonu Kanada Konseyi (CCHSA) kurulmuştur. Akreditasyon sistemi tüm yönleriyle JCAHO’yu takip etmiştir (70).

## **Amerika Birleşik Devletleri**

Sağlık sektöründeki hasta güvenliği kapsamında ilk akreditasyon kurumu 1951' de ABD'de American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" olarak kurulmuştur. Amerika'da ulusal devlete bağlı bir raporlama sistemi bulunmamaktadır. Ancak 50 eyaletin 21'i zorunlu bir raporlama sistemine sahiptir. Zorunlu olarak bildirilmesi beklenen olaylardan biri beklenmeyen ölümlerdir. Yanlış taraf cerrahisi de bildirilmesi gereken diğer bir olaydır (52,70).

### **2.3.4. Türkiye'de Hasta Güvenliği Kavramının Gelişimi**

Konuyla ilgili en eski tarihli kaynaklar tıp yazmalarıdır. Özellikle Beylikler döneminden başlamak üzere Osmanlı döneminde birçok onam belgesine rastlanmaktadır. 1861 yılında yayımlanan Belediye İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname'nin 18'inci maddesinde de eczacıların ilacın imalinde olduğu kadar dağıtımında da çok dikkatli olması gerektiği ve ilacın kimin olduğunu bildirir etiket konulması gerektiği bütün eczacılara duyurulmuştur (75). Ülkemizde henüz yapılandırılmış bir hasta güvenliği sistemi ve bir hata raporlama (olay bildirim ) sistemi mevcut değildir. Bu nedenle World Health Organization liderliğinde yürütülen World Alliance For Patient Safety çalışması kapsamında dünyadaki tüm raporlama sistemleri gözden geçirilmiş ve ortak bir sınıflandırmaya gidilmiştir. Türkiye'de son yıllarda hasta güvenliği ve sağlıkta kaliteyi geliştirmeyi amaç edinen dernekler kurulmuştur. Bunlardan en önemlisi ise Hasta Güvenliği Derneği'dir (65).

### **2.3.5. Türkiye'de Hasta Güvenliği Uygulamaları**

#### **2.3.5.1. Kamudaki Uygulamalar**

##### **2.3.5.1.1. Birinci Basamakta Hasta Güvenliği**

Dünyada 20. yy başlarında koruyucu hekimlik hizmetleri gelişmeye başlamıştır. Hasta güvenliği kapsamında bakım hizmetlerinin örgütlenmesinde çağdaş hasta bakımı görüşü, evde, ayakta, hastanede ve tıp merkezlerinde tedaviyi bir bütün olarak örgütleme ve koşullar elverdiği ölçüde evde-ayakta tedaviye ağırlık vermektir. Bu yaklaşım hastaların daha iyi



bakılması, maliyetin düşmesi, bireylerin verimliliğinin artırılması, hata ve risklerin azaltılması, iş gücü kayıplarının en aza indirilmesi ve beşeri sermaye oluşumunun hızlandırılmasına önemli katkılar sağlamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi, bakımın sürekliliği, iletişim becerisi, hastaların sağlık eğitimi, kronik hastalıkların yönetimi, uygun tıbbi kayıt tutma-saklama, acil ve mesai dışı hizmet, ekip çalışması, meslektaş ve hastalarla profesyonel ilişkiler, maliyet-yarar analizi yapma, öğretme ve araştırma kavram ve uygulamalarının bütünüdür. Bu da birinci basamakta hasta güvenliğinin önemini daha iyi göstermektedir (55,70).

### **2.3.5.1.2. İkinci Basamakta Hasta Güvenliği**

Hastanelerin şimdiye kadar şifa dağıtan ortamlar olduğu düşünülürken, günümüzde hastalar ve hastane çalışanları için birçok riski bünyesinde barındırdığını görmekteyiz. Ülkemizde hasta güvenliğini destekleyen merkezi bir otorite olmaması ve kurumların kendi inisiyatiflerine bırakılması, sağlık hizmet sunumunda standardize edilmiş süreçlerin kullanılmaması, tıp eğitiminde farklı kültürlere sahip eğitmenlerden gelen davranışların meslek hayatına yansıtılması ve standardizasyonun anlamsız bulunması, kayıt sistemlerinin ve kaydetme kültürünün yetersiz olması, eğitim altyapısının çeşitlilik göstermesi, kalite bilincine sahip sağlık yöneticisi sayısının yetersiz olması, kesintisiz sağlık hizmeti sunuyor olmak, uluslararası standartlarla çalışmayı mecbur kılmayan bir yapının olması hasta güvenliği kültürünün oluşmasını günümüze kadar engellemiştir (15,68).

Hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin karmaşık ve fazla risk arz eden hizmetler boyutuna ulaşması konunun önemini bize göstermiştir. Hastaneler verdiği hizmetler itibarı ile sayamayacağımız kadar fazla risk barındırmaktadır. Bunlar ilaç güvenliği, cerrahi operasyonların riskleri, fiziki koşullar, kullanılan araç-gereçlerin kalitesi, laboratuvar sonuçlarının güvenilirliği, hastanın doğru tanımlanması, enfeksiyon riskleri ve daha sayabileceğimiz birçok riski kapsamaktadır. Öncelikle riskli alanları tespit edilip, bunların riskleri ölçümlenmeli ve konuyla ilgili iyileştirici önlemler alınmalıdır (68,70). Bu gün gelinen noktada sağlık kurumları kendilerine bu amaçla JCI'ın, 2008 yılı için 6 temel süreci hedef edinmişlerdir. Sağlık kurumlarında oluşturulacak hasta güvenliği kültürü sayesinde; hataların, süreçlerin ve sistemle ilgili sorunların açıkça ve cezalandırılma korkusu olmadan tartışılabildiği bir ortam oluşturulacak, hasta güvenliği ile ilgili yapılan çalışmaların başarılı

ve sürekli olmasını sağlayacak ve sonuç olarak tanı ve tedavi süreçleri ile sağlık çıktıları (hizmetleri) önemli ölçüde iyileşecektir (70,76).

### **2.3.5.1.3. Üçüncü Basmakta Hasta Güvenliği**

Fakülte hastaneleri, devlet hastanelerine göre daha karmaşık bir yapıya sahiptirler. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra işin içine eğitim ve araştırma boyutları da eklenmiştir. Çalışan personel sayısının fazlalığı da üniversite hastanelerini daha da kompleks bir hale büründürmüştür çünkü devlet hastanelerine göre çok daha büyük bir ekip hizmet vermektedir (65). Gelişen teknolojinin tüm nimetlerini bünyelerinde barındırmaları nedeniyle de yapılandırılmaları daha farklı olmaktadır. Verilen hizmet devlet hastanelerine göre çok boyutlu olduğu için hasta güvenliği daha fazla önem arz etmektedir. Ayrıca yapılan araştırmaların gerek insan haklarına uygunluğu gerekse sahip olduğu riskler açısından mutlak bir hasta güvenliği kültürü oluşturulmasına ihtiyaçları vardır. Fakülte hastaneleri hasta güvenliği açısından etik kurullar, güvenli bilgi kayıt sistemi, bilgilendirilmiş onam, yan etki bildirim mekanizmaları, kalite ve enfeksiyon kontrol birimleri ve araştırmacıların yeterliliği gibi yapısal mekanizmalara yer vermektedir. Bu mekanizmalarda sağlık çalışanları, istatistikçi, etik uzmanları, hukuk danışmanları gibi uzmanlaşmış bir takım, periyodik olarak bir araya gelerek sürmekte olan klinik çalışma verilerini incelemeler ve buna göre karar vericilere yol gösterir. Hedefleri ise, yapılan yanlışları saptamak, bunların tekrarlanmaması için sebeplerini araştırmak ve tedbir almak kadar, hasta-hekim ilişkisini geliştirmek ve hizmet sunumunda şeffaflığı sağlamaktır (60,61).

### **2.3.5.1.4. Özel Hastanelerde Hasta Güvenliği**

Özel hastanelerin organizasyonu ve yönetiminde belirli bir standart yoktur. Fakat diğer kamu kurumları gibi gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerden birinci derecede sorumludurlar. Dünya standartlarının gerektirdiği ölçü ve standartlar esas alınmalı ve buna uygun nitelikte araç- gereç ve donanıma sahip olmalıdırlar. Hasta hakları yönetmeliğinin aynen geçerli olduğu bu kurumlar da “ herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarından güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme hakları vardır” hükmü geçerlidir. Yine hastanelerde yapılacak klinik araştırmaların da etik ve hukuki kurallara uygun olarak yapılmasının sağlanması yine hastane yönetiminin görevleri arasındadır (25,62,63).

## 2.4. SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI

### 2.4.1. Sağlık Personelinin Tanımı ve Sağlık Hizmetlerindeki Önemi

Sağlık personelinin, sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan, bu hizmeti vermek için öncesinde donanımlı bir eğitimden geçen, görevini yerine getirirken hukuki ve etik kurallara bağlı olarak çalışan bir ekibin her bir üyesi olarak tanımlayabiliriz. Hasta hakları yönetmeliğine göre sağlık personeli tanımı; 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” olarak yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli sunumunun sağlanabilmesi için hekim/sağlık çalışanı ile hasta arasında iyi bir ilişkinin var olması gerekmektedir (42,77).

### 2.4.2. Hekim/Sağlık Çalışanın Hakları

Sağlık hizmetinin sunumu bir ekip işidir. Çağdaş hizmet anlayışında ise, sağlığı ilgilendiren değişik konularda eğitim almış kişilerle birlikte bu hizmetlerin verilmesi gerekliliği benimsenmiştir. Bu ekibin birer halkası olan her bir sağlık çalışanı hastalar gibi aşağıda sıralayacağımız bazı haklara sahiptirler. Bu haklar aşağıdaki sıralanmaktadır (78).

- Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Nitelikli Bir Eğitim Görme ve Kendini Yenileme Hakkı
- Hekimlerin Çağdaş Bilimsel Tıp Olanaklarını Uygulama Hakkı
- Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Mesleğini Uygularken Etik İlkelere Bağlı Olma Hakkı
- Hekimlerin Ve Sağlık Çalışanlarının Baskı Altında Olmadan Mesleklerini Uygulama Hakkı
- Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Kendi Değerlerine Ters Düşen Durumlardan Kaçınma Hakkı
- Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Kendi ve Ailelerinin Sağlığını Koruma Hakkı
- Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Yeterli Bir Gelir Düzeyi Talep Etme Hakkı
- Hekimlerin/Sağlık Çalışanının Yönetmelik Süreçlere Katılma Hakkı
- Tanıklıktan Çekilme Hakkı
- Acil Hizmetlerin Hızır Ambulans Sistemi İle Gerçekleştirilmesi
- Hekimin Hastayı Reddetme Hakkı ve Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı
- Hekimin Danışma/ Konsültasyon İsteme Hakkı

- İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı
- Hastalara Yeterli Zaman Ayırma Hakkı

### 2.4.3. Hekimin Yükümlülükleri

Hekimler hastalarının sağlığına, kişiliğine, iç hukuk ve milletler arası hukuktan doğan haklarına saygı göstermekle yükümlüdür. Hekimlerden beklenen, tıp mesleğinin gerektirdiği bilgi ve tecrübeye sahip olmaları, mesleklerini uygularken yeterli dikkat ve özeni göstermeleri, hukuk ve etik kurallara uygun hareket etmeleridir (79).

### 2.4.4. Kusurlu Tıbbi Girişimler (Malpraktis)

Dünya Tıp Birliği'nin 1992 yılı Tıbbi Malpraktis Bildirgesi'nde; tıbbi hatanın, hastanın tedavisi için geçerli olan bakım standardına uymada hekimin yetersizliğini, beceri eksikliğini veya hastada direkt bir zarara neden olacak şekilde hastanın bakımını ihmal etmeyi içerdiği belirtilmektedir. Bu tanım sağlık alanında, hastaya müdahale yetkisi bulunan tüm sağlık personelinin öneri ve uygulamaları sonucu hastalığın, normal seyri dışına çıkarak oluşan olayları kapsamaktadır. Her hastanın uygulama sonucunda bundan yarar göreceği umulur fakat tıpta bunun garantisi yoktur. Bazen beklenmeyen sonuçlarla karşılaşılabilir. Bunlara "izin verilen risk" adı verilir ve bundan dolayı hekim sorumlu tutulmaz. Bazen de müdahale sonucu oluşan bu riskten ötürü hekim suçlu tutulabilir. Kast (amaçlama) ve İhmal (savsama, önemsememe) olmak üzere 2 şekilde tanımlanmaktadır. Hukuki sorumluluğun doğması için, tıbbi uygulamanın hukuka aykırı olması veya oluşan zararda o hekimin kusurlu olduğunun saptanması gerekir. Bunun için öncelikle, tıbbi uygulama ile ortaya çıkan bedeni zarar veya ölüm arasında sebep sonuç ilişkisinin (illiyet, nedensellik bağı) bulunması ve bunun ispat edilmesi gerekir. Kast doğrudan olabileceği gibi, olası kast şeklinde de gerçekleşebilir. Hekimin bulaşıcı hastalığa yakalanan bir kişiyi öldürmek için etkisiz tedavide bulunurken, başka kimselerin de bu hastalığa yakalanmasını göze alması ve bu kimselerin de bu hastalığa yakalanarak ölmeleri ise olası kast ile kasten öldürme söz konusu olacaktır. Ötenazi ise her türlü ölümlerinde yasaklanmıştır. Son yasal düzenlemelerde, sağlık çalışanlarının kusurlu tıbbi girişimleri diğer meslek gruplarında olduğu gibi TCK'nın 22. maddesi, 85. maddesi (taksirle öldürme) ve 89. maddesi (taksirle yaralama) kapsamına girmektedir (79,80).

### **3. MATERYAL VE METOD**

#### **3.1. Çalışmanın Tipi, Yeri ve Zamanı**

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 1 Mart 2008-31 Mayıs 2008 tarihleri arasında Trabzon ilinde merkeze bağlı 26 sağlık ocağı personeli üzerinde yapılmıştır.

#### **3.2. Çalışma Evreni**

Araştırma için KTU Tıp Fakültesi Etik Kurul' una başvurularak 25/02/2008 tarihinde Etik Kurul Onay Belgesi alınmıştır. Daha sonra Trabzon Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmış, çalışma hakkında ilgili sağlık ocakları yazılı olarak bilgilendirilmişlerdir.

Çalışmada evrenin tamamını oluşturan merkeze bağlı tüm sağlık ocaklarında çalışan tüm sağlık personeline ulaşılması hedeflenmiştir. Toplamda 365 kişi olan sağlık personelinden bir kısmının bireysel olarak çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, yıllık izin, rapor gibi nedenlerden dolayı çalışmaya katılmaması dışında 245 kişiye ulaşılarak (katılım hızı %67.1) anket yapılmıştır.

**Tablo 1.** Çalışma Yapılan Sağlık Ocaklarının İsimleri

SAĞLIK OCAĞI ADI	TOPLAM ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI (n)	ARAŞTIRMAYA KATILAN PERSONEL SAYISI (n)	ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN YÜZDESİ
Merkez 1 Nolu Sağlık Ocağı	36	21	58.3
Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı	41	19	46.3
Merkez 4 Nolu Sağlık Ocağı	26	20	76.9
Merkez 5 Nolu (Fatih) Sağlık Ocağı	39	20	51.2
Merkez Akoluk Sağlık Ocağı	4	1	25.0
Merkez Aktoprak Sağlık Ocağı	4	4	100.0
Merkez Akyazı Sağlık Ocağı	4	4	100.0
Merkez Aydınlıkevler Mah. Sağlık Ocağı	13	11	84.6
Merkez Bahçecik Sağlık Ocağı	17	13	76.4
Merkez Beşirli Sağlık Ocağı	21	14	66.6
Merkez Boztepe Sağlık Ocağı	16	15	93.7
Merkez Bulak Sağlık Ocağı	5	5	100.0
Merkez Çağlayan Sağlık Ocağı	12	8	66.6
Merkez Çimenli Sağlık Ocağı	2	1	50.0
Merkez Çukurçayır Sağlık Ocağı	8	8	100.0
Merkez Dolaylı Sağlık Ocağı	4	3	75.0
Merkez Dr.Hakan Yıldırım Sağlık Ocağı	20	16	80.0
Merkez Erdoğan Mah.Sağlık Ocağı	30	16	53.3
Merkez Gürbulak Sağlık Ocağı	2	2	100.0
Merkez Kalkınma Sağlık Ocağı	13	10	76.9
Merkez Konaklar Sağlık Ocağı	12	9	75.0
Merkez Uğurlu Sağlık Ocağı	5	3	60.0
Merkez Yalınca Sağlık Ocağı	5	5	100.0
Merkez Kireçhane Sağlık Ocağı	8	5	62.5
Merkez Yeşilova (Dereli) Sağlık Ocağı	3	3	100.0
Merkez Pelitli Sağlık Ocağı	15	9	60.0
<b>TOPLAM</b>	<b>365</b>	<b>245</b>	<b>67.1</b>

### 3.3. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmaya ilişkin veriler mesai saatleri içerisinde yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır. Sağlık çalışanlarına anket öncesi çalışmanın amacı ve anketle ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Anketler, bizzat araştırmayı yapan kişi tarafından uygulanmıştır.

Anket çalışması toplam olarak 42 tane bilgi ve tutum sorusundan oluşmaktadır. Ankette 1. bölümde; sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, eğitim, meslek grupları, görev yılı, görev yeri gibi sosyo-demografik bilgilerin yanı sıra daha önce hasta hakları ile ilgili bir eğitim alıp almadıkları ve bu konuyla ilgili yasal mevzuat hakkındaki bilgilerini içeren 2 ayrı soru yer almaktadır. Yine 2. bölümde; 16 tane bilgi içeren Hasta Hakları ile ilgili soru yer almakta, 3. bölümde Hasta Güvenliği ile ilgili olarak 16 adet tutum sorusu ile yine 4. bölümde; sağlık personelinin haklarını içeren 10 adet tutum sorusu bulunmaktadır.

### 3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Ankette 2. bölümde yer alan hasta hakları ile ilgili bilgi sorularının hazırlanmasında Uluslararası Hasta Hakları Bildirgeleri ve Ülkemizde kullanılan” Hasta Hakları Yönetmeliği ve Yönergesi” esas alınmıştır. Her bir bilgi sorusu 0- 1 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Toplam 16 puandır.

3. bölümde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili bilgileri içeren tutum soruları 16 madde içeren “Katılıyorum”, “Katılmıyorum” şeklinde değerlendirilerek ölçüm sağlanmıştır. Her bir tutum sorusu 0- 1 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Toplam 16 puandır.

4. bölümde ise Sağlık Personelinin Haklarını ilgilendiren yine 10 tutum sorusu yer almaktadır. Yine “Katılıyorum”, “Katılmıyorum” şeklinde değerlendirme yapılmıştır. Her bir soru 0- 1 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Toplam 10 puandır.

Anket çalışmasıyla ilgili veriler SPSS 13.0 Windows Paket Program kullanılarak kodlanıp istatistiksel analizleri yapılmıştır. Çalışmada elde edilen niteliksel veriler için sayı (%), niceliksel veriler için ise aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma, Student-T testi, One-Way ANOVA testi kullanılmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan toplam 245 sağlık personelinin %61.6'sı kadın, %38.4'ü ise erkektir. Kadınların yaş ortalamaları  $33.8\pm 5.5$ ; erkeklerin yaş ortalamaları  $39.7\pm 6.3$ ; genel olarak yaş ortalaması  $36.1\pm 6.5$  olup personelin %33.9'u 40 yaş ve üzeri, %46.5'inin görev yılı ise 15 yıl ve üzeridir. Araştırmaya alınan sağlık personelinin %14.7'si doktor, %47.8'i ebe, hemşire ve ebe-hemşire, %22.4'ü sağlık memuru, çevre sağlık teknisyeni ve laborant, %15.1'i tıbbi sekreter ve hizmetli grubudur.

Sağlık personelinin eğitim durumlarına bakıldığında ise %1.2'i ilkokul, %4.9'u ortaokul, %5.7'si normal lise, %26.9'u sağlık meslek lisesi, %26.5'i 2 yıllık açık öğretim, %16.7'si 2 yıllık sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu, %2.9'u 4 yıllık sağlık yüksek okulu, %15.1' i tıp fakóltesi mezunu olduğu görölmektedir.

Araştırmaya katılanların %68.2'si yasal mevzuatı (yönetmelik-yönerge) bilmekte, personelin yalnızca %13.9'u hasta hakları ile ilgili olarak eğitim almış, %86.1'i ise eğitim almamıştır.

Bu çalışmada araştırmaya katılan sağlık personellerin sosyodemografik özellikleri; cinsiyet, meslek grubu, yaş grubu ve görev süresi olarak 4 grup altında incelendi. Bu sosyodemografik özelliklerin sınıflandırılması Tablo 2' de verilmiştir.



**Tablo 2.** Araştırmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri

ÖZELLİKLER	n = 245	
	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	151	61.6
Erkek	94	38.4
<b>Meslek Grupları</b>		
Doktor	36	14.7
Ebe, Hemşire, Ebe-Hemşire	117	47.8
Sağlık Memuru, Çevre Sağlık Tek, Laborant	55	22.4
Tıbbi Sekreter, Hizmetli	37	15.1
<b>Eğitim Düzeyleri</b>		
İlkokul	3	1.2
Ortaokul	12	4.9
Lise	14	5.7
Sağlık Meslek Lisesi	66	26.9
Açık Öğretim 2 Yıllık	65	26.5
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (2 Yıllık)	41	16.7
Sağlık Yüksek Okulu (4 Yıllık)	7	2.9
Tıp Fakültesi	37	15.1
<b>Görev Süreleri</b>		
5 Yıl Altı	21	8.6
5-9 Yıl	35	14.3
10-14 Yıl	75	30.6
15 Yıl ve Üzeri	114	46.5
<b>Yaş Grubu</b>		
30 Yaş Altı	53	21.6
30-34 Yaş	61	24.9
35-39 Yaş	48	19.6
40 Yaş ve Üzeri	83	33.9

Sağlık personellerine yöneltilen hasta hakları ile ilgili sorulara bakıldığında (Tablo 3) sağlık personellerinin; “hastanın insancıl bakım alma hakkı”, “saygınlık görme hakkı” ve “öncelik hakkı” ile ilgili sorularda %97.4’e çıkan bir oranda doğru cevap verdikleri, hastanın “bilgi isteme hakkı”, “rıza gösterme hakkı” ve “şikâyette bulunma hakkı” ile ilgili sorularda ise %15.9’a kadar düşen bir oranda doğru cevap verdikleri tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre Hasta Haklarını Doğru Bilme Durumu

HASTA HAKLARI	KADIN (n =151)		ERKEK (n=94)		TOPLAM (n=245)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmamalı.</b>	<b>123</b>	<b>91.5</b>	<b>57</b>	<b>60.6</b>	<b>180</b>	<b>73.5</b>
Öğrencilerle hasta başı eğitim yapılırken hastadan izin alınmalıdır.	104	68.9	51	54.3	155	63.3
<b>Hasta dosyasının bir örneğini veya fotokopisini alması, kurum için sakıncalı değildir.</b>	<b>99</b>	<b>65.6</b>	<b>55</b>	<b>58.5</b>	<b>154</b>	<b>62.9</b>
Hasta isterse, zarar gördüğü kurumu dava edebilir.	91	60.3	61	64.9	152	62.0
<b>Tıbbi durumu en ağır olanın öncelik hakkı vardır.</b>	<b>147</b>	<b>97.4</b>	<b>86</b>	<b>91.5</b>	<b>233</b>	<b>95.1</b>
Hastanın acı çekmeden ölmesi için, yaşamına son verilmesini isteme hakkı yoktur.	131	86.8	69	73.4	200	81.6
<b>Hastanın bilinci kapalı ise, hekimin önerdiği tedavilere göre, ailesi karar verir.</b>	<b>107</b>	<b>70.9</b>	<b>54</b>	<b>57.4</b>	<b>161</b>	<b>65.7</b>
Muayene sırasında, hasta refakatçi bulundurma hakkı vardır.	64	42.4	34	36.2	98	40.0
<b>Yabancı uyruklu kimselere öncelik tanınmamalıdır.</b>	<b>140</b>	<b>92.7</b>	<b>72</b>	<b>76.6</b>	<b>212</b>	<b>86.5</b>
Hasta muayene ve tedavisinde yardımcı olacak hemşirenin adını bilmelidir.	83	55.0	46	48.9	129	52.7
<b>Yönlendirici tabela ve işaretlerin bulunması sadece kurum düzenini sağlamak için değildir.</b>	<b>32</b>	<b>21.2</b>	<b>31</b>	<b>33.0</b>	<b>63</b>	<b>25.7</b>
Hastanın ötenazi istemesi insancıl bakım alma hakkı değildir.	138	91.4	82	87.2	220	89.8
<b>Yemeklerden memnun olmayan bir hasta aşçıdan şikâyetçi olabilir.</b>	<b>24</b>	<b>15.9</b>	<b>27</b>	<b>28.7</b>	<b>51</b>	<b>20.8</b>
Aile planlaması düşünen bir hasta kullanacağı yönteme kendisi karar vermelidir.	131	86.8	68	72.3	199	81.2
<b>Hasta hakları çerçevesindeki ihmal ve zararlardan sadece personel sorumlu tutulmaz.</b>	<b>105</b>	<b>69.5</b>	<b>55</b>	<b>58.5</b>	<b>160</b>	<b>65.3</b>
Hastaya enjeksiyon yaparken mutlaka onayının alınması gereklidir.	46	30.5	21	22.3	67	27.3

Tablo 4’de ise sağlık personellerine yöneltilen hasta hakları ile ilgili sorulara verilen doğru cevapların meslek gruplarına göre dağılımını verilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde sağlık personellerinin bütün meslek gruplarında “hastanın öncelik hakkı”, “saygınlık görme hakkı” ve “insancıl bakım alma hakkı” konusu ile ilgili sorularda %98.3’lere çıkan bir oranda doğru cevap verdikleri; “şikâyette bulunma hakkı”, “bilgi isteme hakkı” ve “rıza gösterme hakkı” konusu ile ilgili sorularda %10.8’lere kadar düşen bir oranda doğru cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Yöneltilen soruların doğru cevaplanma bakımından kıyaslanmasında en çok doğru cevabın doktor grubu ve ebe, hemşire ve ebe-hemşire grubu tarafından, en az doğru cevabın ise sağlık memuru, laborant ve evre sağlık teknisyeni tarafından tıbbi sekreter ve hizmetli grubu tarafından verildiği Tablo 4’den grlmektedir.

Bütün meslek gruplarının özellikle “hastanın öncelik hakkı” ile ilgili sorularda yüksek oranlarda doğru cevap vermelerine karşın, “hastanın şikâyette bulunma hakkı” ile ilgili soruda çok düşük oranlarda cevap verebildikleri, “tenazi”, “sağlık personelinin adını bilme”, “Hastanın bilincinin yerinde olmadığı durumlarda ailesi karar verebilir” gibi sorularda ise %50-80 oranlarında doğru cevap vermişlerdir.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin hasta hakları ile ilgili sorulara verilen doğru cevaplarının görev yıllarına göre dağılımını (Tablo 5) incelendiğinde sağlık personellerinin bütün görev yılları gruplarında “hastanın öncelik hakkı”, “saygınlık görme hakkı” ve “insancıl bakım alma hakkı” konusu ile ilgili sorularda doğru cevap verme oranlarının yüksek; “şikâyette bulunma hakkı”, “bilgi isteme hakkı” ve “rıza gösterme hakkı” konusu ile ilgili sorularda ise düşük olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık personellerinin hizmet süreleri dikkate alındığında 10-14 yıl arası görev yapmış personellerin hasta hakları ile ilgili sorulara doğru cevap verme oranlarının daha fazla olduğu, 5 yıldan daha az görev yapmış personellerin hasta hakları ile ilgili sorulara doğru cevap verme oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslek Grubuna Göre Hasta Haklarını Doğru Bilme Durumu

<b>HASTA HAKLARI</b>	<b>Doktor (n = 36)</b>		<b>Ebe, Hemşire, Ebe-Hem. (n=117)</b>		<b>Sağ. Mem, Ç. S. Tekn, Laborant (n=55)</b>		<b>Tıb. Sek, Hizmetli (n=37)</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmamalı.</b>	<b>27</b>	<b>75.0</b>	<b>98</b>	<b>83.8</b>	<b>38</b>	<b>69.1</b>	<b>17</b>	<b>45.9</b>
Öğrencilerle hasta başı eğitim yapılırken hastadan izin alınmalıdır.	27	75.0	84	71.8	35	63.6	9	24.3
<b>Hasta dosyasının bir örneğini veya fotokopisini alması, kurum için sakıncalı değildir.</b>	<b>22</b>	<b>61.1</b>	<b>85</b>	<b>72.6</b>	<b>28</b>	<b>50.9</b>	<b>19</b>	<b>51.4</b>
Hasta isterse, zarar gördüğü kurumu dava edebilir.	24	66.7	73	62.4	36	65.5	19	51.4
<b>Tıbbi durumu en ağır olanın öncelik hakkı vardır.</b>	<b>35</b>	<b>97.2</b>	<b>115</b>	<b>98.3</b>	<b>52</b>	<b>94.5</b>	<b>31</b>	<b>83.3</b>
Hastanın acı çekmeden ölmesi için, yaşamına son verilmesini isteme hakkı yoktur.	30	83.3	101	86.3	44	80.0	25	67.6
<b>Hastanın bilinci kapalı ise, hekimin önerdiği tedavilere göre, ailesi karar verir.</b>	<b>31</b>	<b>86.1</b>	<b>83</b>	<b>70.9</b>	<b>33</b>	<b>60.0</b>	<b>14</b>	<b>37.8</b>
Muayene sırasında, hasta refakatçi bulundurma hakkı vardır.	10	27.8	53	45.3	23	41.8	12	32.4
<b>Yabancı uyruklu kimselere öncelik tanınmamalıdır.</b>	<b>33</b>	<b>91.7</b>	<b>109</b>	<b>93.2</b>	<b>46</b>	<b>83.6</b>	<b>24</b>	<b>64.9</b>
Hasta muayene ve tedavisinde yardımcı olacak hemşirenin adını bilmelidir.	18	50.0	68	58.1	28	50.9	15	40.5
<b>Yönlendirici tabela ve işaretlerin bulunması sadece kurum düzenini sağlamak için değildir.</b>	<b>13</b>	<b>36.1</b>	<b>26</b>	<b>22.2</b>	<b>16</b>	<b>29.1</b>	<b>8</b>	<b>21.6</b>
Hastanın ötenazi istemesi insancıl bakım alma hakkı değildir.	31	86.1	109	93.2	49	89.1	31	83.8
<b>Yemeklerden memnun olmayan bir hasta aşçıdan şikâyetçi olabilir.</b>	<b>10</b>	<b>27.8</b>	<b>20</b>	<b>17.1</b>	<b>13</b>	<b>23.6</b>	<b>8</b>	<b>21.6</b>
Aile planlaması düşünen bir hasta kullanacağı yönteme kendisi karar vermelidir.	34	94.4	104	88.9	39	70.9	22	59.5
<b>Hasta hakları çerçevesindeki ihmal ve zararlardan sadece personel sorumlu tutulmaz.</b>	<b>27</b>	<b>75.0</b>	<b>80</b>	<b>68.4</b>	<b>31</b>	<b>56.4</b>	<b>22</b>	<b>59.5</b>
Hastaya enjeksiyon yaparken mutlaka onayının alınması gereklidir.	15	41.7	40	34.2	8	14.5	4	10.8

**Tablo 5.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Görev Sürelerine Göre Hasta Haklarını Doğru Bilme Durumu

HASTA HAKLARI	5 Yıl Altı (n=21)		5-9 Yıl (n=35)		10- 14 Yıl (n=75)		15 Yıl Üstü (n=114)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmalıdır.</b>	13	61.9	27	77.1	61	81.3	79	69.3
Öğrencilerle hasta başı eğitim yapılırken hastadan izin alınmalıdır.	13	61.9	24	68.6	54	72.0	64	56.1
<b>Hasta dosyasının bir örneğini veya fotokopisini alması, kurum için sakıncalı değildir.</b>	12	57.1	26	74.3	44	58.7	72	63.2
Hasta isterse, zarar gördüğü kurumu dava edebilir.	11	52.4	23	65.7	45	60.0	73	64.0
<b>Tıbbi durumu en ağır olanın öncelik hakkı vardır.</b>	17	81.0	33	94.3	74	98.7	109	95.6
Hastanın acı çekmeden ölmesi için, yaşamına son verilmesini isteme hakkı yoktur.	17	81.0	27	77.1	60	80.0	96	84.2
<b>Hastanın bilinci kapalı ise, hekimin önerdiği tedavilere göre, ailesi karar verir.</b>	13	61.9	20	57.1	55	73.3	73	64.0
Muayene sırasında, hasta refakatçi bulundurma hakkı vardır.	9	42.9	12	34.3	33	44.0	44	38.6
<b>Yabancı uyruklu kimselere öncelik tanınmamalıdır.</b>	15	71.4	29	82.9	69	92.0	99	86.8
Hasta muayene ve tedavisinde yardımcı olacak hemşirenin adını bilmelidir.	8	38.1	18	51.4	48	64.0	55	48.2
<b>Yönlendirici tabela ve işaretlerin bulunması sadece kurum düzenini sağlamak için değildir.</b>	4	19.0	7	20.0	27	36.0	25	21.9
Hastanın ötenazi istemesi insancıl bakım alma hakkı değildir.	17	81.0	29	82.9	70	93.3	104	91.2
<b>Yemeklerden memnun olmayan bir hasta aşçıdan şikâyetçi olabilir.</b>	4	19.0	10	28.6	13	17.3	24	21.1
Aile planlaması düşünülen bir hasta kullanacağı yönteme kendisi karar vermelidir.	15	71.4	30	85.7	60	80.0	94	82.5
<b>Hasta hakları çerçevesindeki ihmal ve zararlardan sadece personel sorumlu tutulmaz.</b>	14	66.7	25	71.4	49	65.3	72	63.2
Hastaya enjeksiyon yaparken mutlaka onayının alınması gereklidir.	5	23.8	7	20.0	27	36.0	28	24.6

Tablo 6’da çalışmaya katılan sağlık personellerinin hasta hakları ile ilgili sorulara personellerin yaş gruplarına göre doğru cevap verme oranları verilmiştir. Yine cevaplar incelendiğinde diğer gruplamalarda olduğu gibi aynı haklar üzerinde doğru bilme oranının yüksek ve düşük olduğu saptanmıştır. 30-34 yaş grubu içersinde olan personellerin en fazla doğru yanıt verdiği, 40 yaş ve üzeri grubunda olan personelin ise daha az doğru yanıt verdiği gözlemlenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin hasta hakları konusunda eğitim alıp almadığı dikkate alınarak sorulara doğru cevap verme oranları Tablo 7’de verilmiştir. Eğitim alan personellerle almayan personeller arasında genel olarak doğru cevap verme oranlarının birbirlerine yakın olduğu; bilgi isteme hakkı ve rıza gösterme hakkı ile ilgili sorularda iki grubun da düşük oranlarda doğru cevap verdiği saptanmıştır.

**Tablo 6.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu

<b>HASTA HAKLARI</b>	<b>30 Yaş Altı (n=53)</b>		<b>30 - 34 Yaş (n=61)</b>		<b>35 - 39 Yaş (n=48)</b>		<b>40 Yaş ve Üstü (n=83)</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmamalı.</b>	<b>44</b>	<b>83.0</b>	<b>49</b>	<b>80.3</b>	<b>37</b>	<b>77.1</b>	<b>50</b>	<b>60.2</b>
Öğrencilerle hasta başı eğitim yapılırken hastadan izin alınmalıdır.	42	79.2	42	68.9	29	60.4	42	50.6
<b>Hasta dosyasının bir örneğini veya fotokopisini alması, kurum için sakıncalı değildir.</b>	<b>32</b>	<b>60.4</b>	<b>44</b>	<b>72.1</b>	<b>31</b>	<b>64.6</b>	<b>47</b>	<b>56.6</b>
Hasta isterse, zarar gördüğü kurumu dava edebilir.	35	66.0	37	60.7	30	62.5	50	62.2
<b>Tıbbi durumu en ağır olanın öncelik hakkı vardır.</b>	<b>50</b>	<b>94.3</b>	<b>60</b>	<b>98.4</b>	<b>45</b>	<b>93.8</b>	<b>78</b>	<b>94.0</b>
Hastanın acı çekmeden ölmesi için, yaşamına son verilmesini isteme hakkı yoktur.	42	79.2	52	85.2	42	87.5	64	77.1
<b>Hastanın bilinci kapalı ise, hekimin önerdiği tedavilere göre, ailesi karar verir.</b>	<b>37</b>	<b>69.8</b>	<b>40</b>	<b>65.6</b>	<b>34</b>	<b>70.8</b>	<b>50</b>	<b>60.2</b>
Muayene sırasında, hasta refakatçi bulundurma hakkı vardır.	20	37.7	28	45.9	19	39.6	31	37.3
<b>Yabancı uyruklu kimselere öncelik tanınmamalıdır.</b>	<b>45</b>	<b>84.9</b>	<b>57</b>	<b>93.4</b>	<b>45</b>	<b>93.8</b>	<b>65</b>	<b>78.3</b>
Hasta muayene ve tedavisinde yardımcı olacak hemşirenin adını bilmelidir.	29	54.7	37	60.7	25	52.1	38	45.8
<b>Yönlendirici tabela ve işaretlerin bulunması sadece kurum düzenini sağlamak için değildir.</b>	<b>12</b>	<b>22.6</b>	<b>16</b>	<b>26.2</b>	<b>11</b>	<b>22.9</b>	<b>24</b>	<b>28.9</b>
Hastanın ötenazi istemesi insancıl bakım alma hakkı değildir.	44	83.0	60	98.4	42	87.5	74	89.2
<b>Yemeklerden memnun olmayan bir hasta aşçıdan şikâyetçi olabilir.</b>	<b>12</b>	<b>22.6</b>	<b>8</b>	<b>13.1</b>	<b>10</b>	<b>20.8</b>	<b>21</b>	<b>25.3</b>
Aile planlaması düşünen bir hasta kullanacağı yönteme kendisi karar vermelidir.	46	86.8	53	86.9	41	85.4	59	71.1
<b>Hasta hakları çerçevesindeki ihmal ve zararlardan sadece personel sorumlu tutulmaz.</b>	<b>36</b>	<b>67.9</b>	<b>40</b>	<b>65.6</b>	<b>35</b>	<b>72.9</b>	<b>49</b>	<b>59.0</b>
Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmamalı.	15	28.3	23	37.7	16	33.3	13	15.7



**Tablo 7.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu

HASTA HAKLARI	Eğitim Alan (n=34)		Eğitim Almayan (n=211)	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmamalı.</b>	27	79.4	153	72.5
Öğrencilerle hasta başı eğitim yapılırken hastadan izin alınmalıdır.	23	67.6	132	62.6
<b>Hasta dosyasının bir örneğini veya fotokopisini alması, kurum için sakıncalı değildir.</b>	20	58.8	134	63.5
Hasta isterse, zarar gördüğü kurumu dava edebilir.	20	58.8	132	62.6
<b>Tıbbi durumu en ağır olanın öncelik hakkı vardır.</b>	33	97.1	200	94.8
Hastanın acı çekmeden ölmesi için, yaşamına son verilmesini isteme hakkı yoktur.	27	79.4	173	82.0
<b>Hastanın bilinci kapalı ise, hekimin önerdiği tedavilere göre, ailesi karar verir.</b>	20	58.8	141	66.8
Muayene sırasında, hasta refakatçi bulundurma hakkı vardır.	12	35.3	86	40.8
<b>Yabancı uyruklu kimselere öncelik tanınmamalıdır.</b>	27	79.4	185	87.7
Hasta muayene ve tedavisinde yardımcı olacak hemşirenin adını bilmelidir.	16	47.1	113	53.6
<b>Yönlendirici tabela ve işaretlerin bulunması sadece kurum düzenini sağlamak için değildir.</b>	12	35.3	51	24.2
Hastanın ötenazi istemesi insancıl bakım alma hakkı değildir.	31	91.2	189	89.6
<b>Yemeklerden memnun olmayan bir hasta aşçıdan şikâyetçi olabilir.</b>	8	23.5	43	20.4
Aile planlaması düşünen bir hasta kullanacağı yönteme kendisi karar vermelidir.	30	88.2	169	80.1
<b>Hasta hakları çerçevesindeki ihmal ve zararlardan sadece personel sorumlu tutulmaz.</b>	22	64.7	138	65.4
Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanılmamalı.	12	35.3	55	26.1

Sağlık personeline yöneltilen hasta güvenliği ile ilgili tutumlara verilen doğru cevapların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 8) kadın personellerin hasta hakları ile ilgili sorularda olduğu gibi erkek personellere göre daha yüksek oranlarda doğru cevap verdiği görülmüştür. Ankete katılan sağlık personellerine yöneltilen “Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptırabilir.” tutumuna “*katılmıyorum*” diyerek doğru cevap veren kadın personellerin oranı %96.0 iken erkek personellerin oranı %93.6 olmuştur.

Ancak sağlık personellerine “Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmelidir.” tutumu yöneltildiğinde “*katılmıyorum*” diyerek doğru cevabı verenlerin oranı kadınlarda %24.5’e erkeklerde ise %13.8’e kadar düşmüştür. Diğer tutumlara verilen doğru cevapları oranları kadın ve erkek personeller için değişiklik göstermiş olup ortalama doğru cevap oranı % 66.0 olmuştur.

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin hasta güvenliği ile ilgili sorulara verilen doğru cevapların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Personellere yöneltilen ve personellerin yüksek oranda doğru bildiği “Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptıramaz.” tutumunu doktorların doğru bilme oranı %100; ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunun %96.6; sağlık memuru, laborant, çevre sağlığı teknisyeni grubunun %92.7 ve tıbbi sekreter, hizmetli grubunun %89.2 olduğu ve en yüksek doğru bilme oranının bu tutumda olduğu görülmüştür.

Ancak; “Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmemelidir.” tutumunu verilen doğru cevap oranı ise doktorlarda %30.6’ya, ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunun % 23.9’a, sağlık memuru, laborant, çevre sağlığı teknisyeni grubunun %14.5’e ve tıbbi sekreter, hizmetli grubunun %8.1’e kadar düştüğü ve en düşük doğru bilme oranının bu tutumda olduğu görülmüştür.

Meslek grupları dikkate alındığında hasta güvenliği ile ilgili tutumlarda doğru olan tutumu bilme oranı en yüksek doktorlarda, en düşük tıbbi sekreter ve hizmetli grubunda olduğu görülmüştür.

**Tablo 8.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre Hasta Güvenliğini ile İlgili Tutumları

HASTA GÜVENLİĞİ	Kadın (n=151)		Erkek (n=94)		Toplam (n=245)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hemşire, yoğunluk nedeniyle tedavi yapacağı ilaçları 2-3 saat önceden hazırlayamaz.</b>	112	74.2	60	63.8	172	70.2
Doktorun IM olarak istem yaptığı bir ilacı, hemşire hastanın isteği üzerine IV olarak yapamaz.	144	95.4	85	90.4	229	93.5
<b>Ayağı kırık olan muayene masasından hasta düşerse, sorumlu kişi hemşire değildir.</b>	108	71.5	52	55.3	160	65.3
Hemşire, hekim isteminde olmadığı halde, çok ağrısı olan hastasına ağrı kesici ilaç veremez.	123	81.5	65	69.1	188	76.7
<b>Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptırılmaz.</b>	145	96.0	88	93.6	233	95.1
Doktor, anne adayının tıbbi herhangi bir sorunu olmamasına karşın, kişinin isteği üzerine doğumu sezeryanla gerçekleştiremez.	108	71.5	62	66.0	170	69.4
<b>Mesai bitimine yakın aşı için sağlık ocağına başvuran bir bebek için, aşı flakonu açılmayıp ertesi günü gelmesi önerilebilir.</b>	43	28.5	32	34.0	75	30.6
Arı sokması sonucu boğazındaki ödem nedeniyle solunum sıkıntısına giren hastaya, yakınlarının izin vermemesi halinde trakeostomi yapılmaz.	133	88.1	82	87.2	215	87.8
<b>Bekâr bir kadının muayenesinde gebeliğinin sorgulanması gereklidir.</b>	87	57.6	38	40.4	125	51.0
Serviste yer olmadığı zaman, doktorun hastasını farklı bir servise yatırıp, oradan takip etmesi bir sakınca arz etmez.	115	76.2	80	85.1	195	79.6
<b>10 gündür serviste yatan bir hastanın aniden ateşinin çıkması, hastanın hijyen kurallarına uymadığını göstermez.</b>	114	75.5	69	73.4	183	74.7
Her hastanın kolunda isim yazan bantlar bulunmalıdır.	100	66.2	64	68.1	164	66.9
<b>Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmemelidir.</b>	37	24.5	13	13.8	50	20.4
Sağlık personeli tüm cerrahi müdahaleler öncesi araç ve gereçlerini mutlaka saymalıdır.	140	92.7	82	87.2	222	90.6
<b>Serviste uzun süre yatan bir hastada yatak yarasının oluşması hasta yakınlarının, hastanın yatak içi hareketini yeterince yaptırmamasından kaynaklanmamaktadır.</b>	87	57.6	38	40.4	125	50.0
Kan şekerinin doktor isteminde günde 4 defa ölçülmesi gereken bir hastanın, hemşire tarafından gerekli görülürse kan şekeri 6-8 kez ölçülebilir.	57	37.7	24	25.5	81	33.1

**Tablo 9.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslek Gruplarına Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Tutumları

HASTA GÜVENLİĞİ	Doktor (n=36)		Ebe, Hemş, Ebe-Hemş, (n=117)		Sağ. M, Ç. S. Tek, Laborant (n=55)		Tıb. Sek Hizmetli (n=37)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hemşire, yoğunluk nedeniyle tedavi yapacağı ilaçları 2-3 saat önceden hazırlayamaz.</b>	<b>30</b>	<b>83.3</b>	<b>84</b>	<b>71.8</b>	<b>39</b>	<b>70.9</b>	<b>19</b>	<b>51.4</b>
Doktorun IM olarak istem yaptığı bir ilacı, hemşire hastanın isteği üzerine IV olarak yapamaz.	34	94.4	112	95.7	51	92.7	32	86.5
<b>Ayağı kırık olan muayene masasından hasta düşerse, sorumlu kişi hemşire değildir.</b>	<b>26</b>	<b>72.2</b>	<b>82</b>	<b>70.1</b>	<b>34</b>	<b>61.8</b>	<b>18</b>	<b>48.6</b>
Hemşire, hekim isteminde olmadığı halde, çok ağrısı olan hastasına ağrı kesici ilaç veremez.	32	88.9	94	80.3	41	74.5	21	56.8
<b>Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptıramaz.</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>113</b>	<b>96.6</b>	<b>51</b>	<b>92.7</b>	<b>33</b>	<b>89.2</b>
Doktor, anne adayının tıbbi herhangi bir sorunu olmamasına karşın, kişinin isteği üzerine doğumu sezeryanla gerçekleştiremez.	27	75.0	62	53.0	31	56.4	17	45.9
<b>Mesai bitimine yakın aşı için sağlık ocağına başvuran bir bebek için, aşı flakonu açılmayıp ertesi günü gelmesi önerilebilir.</b>	<b>10</b>	<b>27.8</b>	<b>33</b>	<b>28.2</b>	<b>20</b>	<b>36.4</b>	<b>12</b>	<b>32.4</b>
Arı sokması sonucu boğazındaki ödem nedeniyle solunum sıkıntısına giren hastaya, yakınlarının izin vermemesi halinde trakeostomi yapılmaz.	34	94.4	102	87.2	49	89.1	30	81.1
<b>Bekâr bir kadının muayenesinde gebeliğinin sorgulanması gereklidir.</b>	<b>24</b>	<b>66.7</b>	<b>72</b>	<b>61.5</b>	<b>15</b>	<b>27.3</b>	<b>14</b>	<b>37.8</b>
Serviste yer olmadığı zaman, doktorun hastasını farklı bir servise yatırıp, oradan takip etmesi bir sakınca arz etmez.	23	63.9	91	77.8	48	87.3	33	89.2
<b>10 gündür serviste yatan bir hastanın aniden ateşinin çıkması, hastanın hijyen kurallarına uymadığını göstermez.</b>	<b>31</b>	<b>86.1</b>	<b>82</b>	<b>70.1</b>	<b>43</b>	<b>78.2</b>	<b>27</b>	<b>73.0</b>
Her hastanın kolunda isim yazan bantlar bulunmalıdır.	25	69.4	79	67.5	38	69.1	22	59.5
<b>Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmemelidir.</b>	<b>11</b>	<b>30.6</b>	<b>28</b>	<b>23.9</b>	<b>8</b>	<b>14.5</b>	<b>3</b>	<b>8.1</b>
Sağlık personeli tüm cerrahi müdahaleler öncesi araç ve gereçlerini mutlaka saymalıdır.	34	94.4	108	92.3	46	83.6	34	91.9
<b>Serviste uzun süre yatan bir hastada yatak yarasının oluşması hasta yakınlarının, hastanın yatak içi hareketini yeterince yaptırmamasından kaynaklanmamaktadır.</b>	<b>24</b>	<b>66.7</b>	<b>69</b>	<b>59.0</b>	<b>17</b>	<b>30.9</b>	<b>15</b>	<b>40.5</b>
Kan şekerinin doktor isteminde günde 4 defa ölçülmesi gereken bir hastanın, hemşire tarafından gerekli görülürse kan şekeri 6-8 kez ölçülebilir.	13	36.1	42	35.9	9	16.4	17	45.9

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin hasta güvenliği ile ilgili doğru tutumları bilme oranlarının görev yıllarına göre dağılımı Tablo 10’da verilmiştir. Bu tablo incelendiğinde genel olarak aynı tutumlarda bütün görev yılı gruplarının birbirine yakın oranlarda doğru cevap verdikleri grlmektedir. Hasta güvenliği ile ilgili bütün tutumlar dikkate alındığında, görev süresi 5-9 yıl olanların doğru tutumları bilme oranları en yüksek, görev süresi 15 yıl ve üzeri olanlarda ise en düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 11’de hasta güvenliği ile ilgili tutumların personellerin yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Yaş gruplarına göre doğru tutumlar incelendiğinde yine aynı tutumlarda yüksek veya düşük oranlarda doğru bilinildiği tespit edilmiştir. Yine aynı tablodan 30 yaş altı grubunda doğru tutumun bilinme oranının en yüksek olduğu, 30-34 yaş, 35-39 yaş gruplarının 30 yaş altı grubuna yakın oranlarda doğru bildiği ve 40 yaş ve üzeri grubunda olan personelin ise daha az doğru yanıt verdiği grlmektedir.

**Tablo 10.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Görev Yılı Gruplarına Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Tutumları

HASTA GÜVENLİĞİ	5 Yıl Altı (n=21)		5-9 Yıl (n=35)		10- 14 Yıl (n=75)		15 Yıl Üstü (n=114)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hemşire, yoğunluk nedeniyle tedavi yapacağı ilaçları 2-3 saat önceden hazırlayamaz.</b>	15	71.4	23	65.7	55	73.3	79	69.3
Doktorun IM olarak istem yaptığı bir ilacı, hemşire hastanın isteği üzerine IV olarak yapamaz.	19	90.5	34	97.1	70	93.3	106	93.0
<b>Ayağı kırık olan muayene masasından hasta düşerse, sorumlu kişi hemşire değildir.</b>	11	52.4	28	80.0	50	66.7	71	62.3
Hemşire, hekim isteminde olmadığı halde, çok ağrısı olan hastasına ağrı kesici ilaç veremez.	14	66.7	27	77.1	59	78.7	88	77.2
<b>Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptırılmaz.</b>	20	95.2	34	97.1	71	94.7	108	94.7
Doktor, anne adayının tıbbi herhangi bir sorunu olmamasına karşın, kişinin isteği üzerine doğumu sezeryanla gerçekleştiremez.	12	57.1	21	60.0	46	61.3	58	50.9
<b>Mesai bitimine yakın aşı için sağlık ocağına başvuran bir bebek için, aşı flakonu açılmayıp ertesi günü gelmesi önerilebilir.</b>	7	33.3	9	25.7	16	21.3	43	37.7
Arı sokması sonucu boğazındaki ödem nedeniyle solunum sıkıntısına giren hastaya, yakınlarının izin vermemesi halinde trakeostomi yapılmaz.	17	81.0	31	88.6	72	96.0	95	83.3
<b>Bekâr bir kadının muayenesinde gebeliğinin sorgulanması gereklidir.</b>	9	42.9	20	57.1	40	53.3	56	49.1
Serviste yer olmadığı zaman, doktorun hastasını farklı bir servise yatırıp, oradan takip etmesi bir sakınca arz etmez.	16	76.2	27	77.1	60	80.0	92	80.7
<b>10 gündür serviste yatan bir hastanın aniden ateşinin çıkması, hastanın hijyen kurallarına uymadığını göstermez.</b>	15	71.4	28	80.0	58	77.3	82	71.9
Her hastanın kolunda isim yazan bantlar bulunmalıdır.	14	66.7	24	68.6	49	65.3	77	67.5
<b>Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmemelidir.</b>	5	23.8	8	22.9	21	28.0	16	14.0
Sağlık personeli tüm cerrahi müdahaleler öncesi araç ve gereçlerini mutlaka saymalıdır.	19	90.5	33	94.3	70	93.3	100	87.7
<b>Serviste uzun süre yatan bir hastada yatak yarasının oluşması hasta yakınlarının, hastanın yatak içi hareketini yeterince yaptırmamasından kaynaklanmamaktadır.</b>	11	52.4	27	68.6	38	50.7	52	45.6
Kan şekerinin doktor isteminde günde 4 defa ölçülmesi gereken bir hastanın, hemşire tarafından gerekli görülürse kan şekeri 6-8 kez ölçülebilir.	11	52.4	19	54.3	26	34.7	25	21.9

**Tablo 11.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Hasta Güvenliği ile İlgili Tutumları

HASTA GÜVENLİĞİ	30 Yaş Altı (n=53)		30-34 Yaş (n=61)		35-39 Yaş (n=48)		40 Yaş ve Üstü (83)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hemşire, yoğunluk nedeniyle tedavi yapacağı ilaçları 2-3 saat önceden hazırlayamaz.</b>	38	71.7	47	77.0	33	68.8	54	65.1
Doktorun IM olarak istem yaptığı bir ilacı, hemşire hastanın isteği üzerine IV olarak yapamaz.	51	96.2	56	91.8	44	91.7	78	94.0
<b>Ayağı kırık olan muayene masasından hasta düşerse, sorumlu kişi hemşire değildir.</b>	37	69.8	44	72.1	34	70.8	45	54.2
Hemşire, hekim isteminde olmadığı halde, çok ağrısı olan hastasına ağrı kesici ilaç veremez.	40	75.5	50	82.0	38	79.2	60	72.3
<b>Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptırılmaz.</b>	52	98.1	60	98.4	45	93.8	76	91.6
Doktor, anne adayının tıbbi herhangi bir sorunu olmamasına karşın, kişinin isteği üzerine doğumu sezeryanla gerçekleştiremez.	35	66.0	33	54.1	27	56.3	42	50.6
<b>Mesai bitimine yakın aşı için sağlık ocağına başvuran bir bebek için, aşı flakonu açılmayıp ertesi günü gelmesi önerilebilir.</b>	12	22.6	12	19.7	16	33.3	35	42.2
Arı sokması sonucu boğazındaki ödem nedeniyle solunum sıkıntısına giren hastaya, yakınlarının izin vermemesi halinde trakeostomi yapılmaz.	47	88.7	55	90.2	42	87.5	71	85.5
<b>Bekâr bir kadının muayenesinde gebeliğinin sorgulanması gereklidir.</b>	30	56.6	38	62.3	25	52.1	32	38.6
Serviste yer olmadığı zaman, doktorun hastasını farklı bir servise yatırıp, oradan takip etmesi bir sakınca arz etmez.	43	81.1	45	73.8	37	77.1	70	84.3
<b>10 gündür serviste yatan bir hastanın aniden ateşinin çıkması, hastanın hijyen kurallarına uymadığını göstermez.</b>	40	75.5	47	77.0	37	77.1	59	71.1
Her hastanın kolunda isim yazan bantlar bulunmalıdır.	37	69.8	39	63.9	33	68.8	55	66.3
<b>Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmemelidir.</b>	12	22.6	19	31.1	7	14.6	12	14.5
Sağlık personeli tüm cerrahi müdahaleler öncesi araç ve gereçlerini mutlaka saymalıdır.	50	94.3	58	95.1	45	93.8	69	83.1
<b>Serviste uzun süre yatan bir hastada yatak yarasının oluşması hasta yakınlarının, hastanın yatak içi hareketini yeterince yaptırmamasından kaynaklanmamaktadır.</b>	31	58.5	36	59	26	54.2	32	38.6
Kan şekerinin doktor isteminde günde 4 defa ölçülmesi gereken bir hastanın, hemşire tarafından gerekli görülürse kan şekeri 6-8 kez ölçülebilir.	24	45.3	21	34.4	19	39.6	17	20.5

Araştırmaya katılan personellere yöneltilen sağlık personellerinin hakları ile ilgili tutumlara verilen doğru cevapların cinsiyete göre dağılımı Tablo 12’de verilmiştir. Sağlık personellerinin hakları ile ilgili tutumlara verilen doğru cevaplar incelendiğinde kadın personellerin verdiği doğru cevapların oranı diğer konularda olduğu gibi erkek personellere göre daha fazla olduğu Tablo 12’den görülmektedir.

Ankete katılan sağlık personellerine yöneltilen “Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorundadır.” tutumuna “*katılmıyorum*” diyerek doğru cevap veren kadın personellerin oranı %92.1 iken erkek personellerin oranı %86.2 olmuştur. Ancak sağlık personellerine “Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.” tutumu yöneltildiğinde “*katılıyorum*” diyerek doğru cevabı verenlerin oranı kadınlarda %27.8’e erkeklerde ise %33.0’a kadar düşmüştür. Diğer tutumlara verilen doğru cevapları oranları kadın ve erkek personeller için değişiklik göstermiş olup ortalama doğru cevap oranı %65.7 olmuştur.

Sağlık personellerinin hakları ile ilgili tutumlara verilen doğru cevap oranlarının meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 13’den incelendiğinde, personellere yöneltilen ve personellerin yüksek oranda doğru bildiği “Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorunda değildir.” tutumu olmuştur. Doktorların sağlık personellerinin hakları ile ilgili tutumlara verdiği doğru cevap oranı daha fazla olmuştur. Ancak “Kamuda çalışan bir hekim hastayı reddedebilir.” tutumuna verilen doğru cevap oranı diğer meslek gruplarında ortalama %78.0’larda iken doktorlarda bu oran %30.6 olmuştur.

Sağlık personellerine yöneltilen “Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.” tutumunda verilen doğru cevap oranı her meslek grubu için ortalama %30.0’lara kadar düşmüştür.



**Tablo 12.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Cinsiyete Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları

SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI	Kadın (n=151)		Erkek (n=94)		Toplam (n=245)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kamuda çalışan bir hekim, hastane idaresi izin vermezse, mesleki kongre ve konferanslara katılabilir.</b>	<b>56</b>	<b>37.1</b>	<b>32</b>	<b>34.0</b>	<b>88</b>	<b>35.9</b>
Kamuda çalışan bir hekim meslek sırrı nedeniyle, hastasıyla ilgili hukuki davalarda tanıklık etmekten çekilebilir.	100	66.2	54	57.4	154	62.9
<b>Özelde çalışan bir hekim, tek hekim olarak çalışıyorsa hastayı reddedemez.</b>	<b>110</b>	<b>72.8</b>	<b>72</b>	<b>76.6</b>	<b>182</b>	<b>74.3</b>
Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorunda değildir.	139	92.1	81	86.2	220	89.8
<b>Hekim/sağlık personeli mesleğindeki acemiliğinden dolayı oluşan bir kusurdan sorumlu tutulabilir.</b>	<b>116</b>	<b>76.8</b>	<b>67</b>	<b>71.3</b>	<b>183</b>	<b>74.7</b>
Kamuda çalışan bir hekim hastayı reddedebilir.	99	65.6	70	74.5	169	69.0
<b>Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.</b>	<b>42</b>	<b>27.8</b>	<b>31</b>	<b>33.0</b>	<b>73</b>	<b>29.8</b>
Özelde görev yapan bir hekimin, başkasının karnesini getiren bir hastanın ilaçlarını, getirilen karneye yazmama hakkı vardır.	129	85.4	66	70.2	195	79.6
<b>Kamuda görev yapan bir hekim, hastası için en ucuz tedavi yöntemini seçmek zorunda değildir.</b>	<b>83</b>	<b>55.0</b>	<b>53</b>	<b>56.4</b>	<b>136</b>	<b>55.5</b>
Bir hekimin, apandisit ameliyatı yapacağı hastasından, HIV testini yaptırmasını isteme hakkı vardır.	135	89.4	75	79.8	210	85.7

**Tablo 13.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Meslek Gruplarına Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları

SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI	Doktor (n=36)		Ebe, Hemşire, Ebe-Hemşire (n=117)		Sağ. Mem, Çev. Sağ. Tek, Laborant (n=55)		Tıb. Sek, Hizmetli (n=37)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kamuda çalışan bir hekim, hastane idaresi izin vermezse, mesleki kongre ve konferanslara katılabilir.</b>	12	33.3	46	39.3	18	32.7	12	32.4
Kamuda çalışan bir hekim meslek sırrı nedeniyle, hastasıyla ilgili hukuki davalarda tanıklık etmekten çekilebilir.	30	83.3	71	60.7	32	58.2	21	56.8
<b>Özelde çalışan bir hekim, tek hekim olarak çalışıyorsa hastayı reddedemez.</b>	23	63.9	86	73.5	41	74.5	32	86.5
Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorunda değildir.	33	91.7	107	91.5	51	92.7	29	78.4
<b>Hekim/sağlık personeli mesleğindeki acemiliğinden dolayı oluşan bir kusurdan sorumlu tutulabilir.</b>	32	88.9	89	76.1	40	72.7	22	59.5
Kamuda çalışan bir hekim hastayı reddedebilir.	11	30.6	82	70.1	44	80.0	32	86.5
<b>Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.</b>	17	47.2	28	23.9	16	29.1	12	32.4
Özelde görev yapan bir hekimin, başkasının karnesini getiren bir hastanın ilaçlarını, getirilen karneye yazmama hakkı vardır.	33	91.7	101	86.3	40	72.7	21	56.8
<b>Kamuda görev yapan bir hekim, hastası için en ucuz tedavi yöntemini seçmek zorunda değildir.</b>	24	66.7	64	54.7	29	52.7	19	51.4
Bir hekimin, apandisit ameliyatı yapacağı hastasından, HIV testini yaptırmasını isteme hakkı vardır.	35	97.2	106	90.6	43	78.2	26	70.3

Tablo 14’te sağlık personellerinin hakları ile ilgili tutumlara verilen doğru cevapların oranlarının dağılımını araştırmaya katılan personellerin görev yıllarına göre verilmiştir. Bu tablo incelendiğinde genel olarak aynı tutumlarda bütün görev yılı gruplarının birbirlerinden farklı oranlarda doğru cevap verdikleri görölmektedir.

Yine diğer gruplamalarda olduğu gibi (cinsiyet, meslek grubu) en çok doğru cevabın verildiği tutum “Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorunda değildir.”, en az doğru cevabın verildiği tutum ise “Kamuda alışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.” olmuştur.

Yine Tablo 14’ten en az doğru cevabın verildiği grubun Hasta güvenliği ile ilgili bütün tutumlar dikkate alındığında, görev süresi 10-14 yıl olanların doğru tutumları bilme oranları en yüksek, görev süresi 5 yıl altı olanlarda ise en düşük olduğu saptanmıştır.

Sağlık personellerin hakları ile ilgili tutumların doğru yanıtlanma oranlarının verildiği tablo 15 incelendiğinde hasta güvenliği ile ilgili tutumların personellerin yaş gruplarına göre dağılımını verilmiştir. Yaş gruplarına göre doğru tutumlar incelendiğinde yine aynı tutumlarda yüksek veya düşük oranlarda doğru bilinildiği tespit edilmiştir. Yine aynı tablodan 30-34 yaş grubunda doğru tutumun bilinme oranının en yüksek olduğu, 30 yaş altı, 35-39 yaş gruplarının birbirlerine yakın oranlarda olduğu ve 40 yaş ve üzeri grubunda olan personelin ise daha az doğru yanıt verdiği görölmektedir.

**Tablo 14.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Görev Yıllarına Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları

SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI	5 Yıl Altı (n=21)		5-9 Yıl (n=35)		10- 14 Yıl (n=75)		15 Yıl Üstü (n=114)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kamuda çalışan bir hekim, hastane idaresi izin vermezse, mesleki kongre ve konferanslara katılabilir.</b>	5	23.8	20	57.1	27	36.0	36	31.6
Kamuda çalışan bir hekim meslek sırrı nedeniyle, hastasıyla ilgili hukuki davalarda tanıklık etmekten çekilebilir.	13	61.9	19	54.3	50	66.7	72	63.2
<b>Özelde çalışan bir hekim, tek hekim olarak çalışıyorsa hastayı reddedemez.</b>	15	71.4	23	65.7	61	81.3	83	72.8
Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorunda değildir.	20	95.2	31	88.6	70	93.3	99	86.8
<b>Hekim/sağlık personeli mesleğindeki acemiliğinden dolayı oluşan bir kusurdan sorumlu tutulabilir.</b>	15	71.4	24	68.6	59	78.7	85	74.6
Kamuda çalışan bir hekim hastayı reddedebilir.	16	76.2	23	65.7	51	68.0	79	69.3
<b>Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.</b>	5	23.8	10	28.6	20	26.7	38	33.3
Özelde görev yapan bir hekimin, başkasının karnesini getiren bir hastanın ilaçlarını, getirilen karneye yazmama hakkı vardır.	17	81.0	28	80.0	60	80.0	90	78.9
<b>Kamuda görev yapan bir hekim, hastası için en ucuz tedavi yöntemini seçmek zorunda değildir.</b>	10	47.6	19	54.3	49	65.3	58	50.9
Bir hekimin, apandisit ameliyatı yapacağı hastasından, HIV testini yaptırmasını isteme hakkı vardır.	16	76.2	33	94.3	67	89.3	94	82.5

**Tablo 15.** Araştırmaya Katılan Sağlık Personelinin Yaş Gruplarına Göre Sağlık Personelinin Hakları ile İlgili Tutumları

SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI	30 Yaş Altı (n=53)		30-34 Yaş (n=61)		35-39 Yaş (n=48)		40 Yaş ve Üstü (n=83)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kamuda çalışan bir hekim, hastane idaresi izin vermezse, mesleki kongre ve konferanslara katılabilir.</b>	<b>24</b>	<b>45.3</b>	<b>24</b>	<b>39.3</b>	<b>11</b>	<b>22.9</b>	<b>29</b>	<b>34.9</b>
Kamuda çalışan bir hekim meslek sırrı nedeniyle, hastasıyla ilgili hukuki davalarda tanıklık etmekten çekilebilir.	34	64.2	40	65.6	30	62.5	50	60.2
<b>Özelde çalışan bir hekim, tek hekim olarak çalışıyorsa hastayı reddedemez.</b>	<b>34</b>	<b>64.2</b>	<b>50</b>	<b>82.0</b>	<b>32</b>	<b>66.7</b>	<b>66</b>	<b>79.5</b>
Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorunda değildir.	48	90.6	58	95.1	45	93.8	69	83.1
<b>Hekim/sağlık personeli mesleğindeki acemiliğinden dolayı oluşan bir kusurdan sorumlu tutulabilir</b>	<b>38</b>	<b>71.7</b>	<b>50</b>	<b>82.0</b>	<b>41</b>	<b>85.4</b>	<b>54</b>	<b>65.1</b>
Kamuda çalışan bir hekim hastayı reddedebilir.	36	67.9	46	75.4	27	56.3	60	72.3
<b>Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.</b>	<b>12</b>	<b>22.6</b>	<b>12</b>	<b>19.7</b>	<b>19</b>	<b>39.6</b>	<b>30</b>	<b>36.1</b>
Özelde görev yapan bir hekimin, başkasının karnesini getiren bir hastanın ilaçlarını, getirilen karneye yazmama hakkı vardır.	46	86.8	53	86.9	37	77.1	59	71.1
<b>Kamuda görev yapan bir hekim, hastası için en ucuz tedavi yöntemini seçmek zorunda değildir.</b>	<b>32</b>	<b>60.4</b>	<b>33</b>	<b>54.1</b>	<b>26</b>	<b>54.2</b>	<b>45</b>	<b>54.2</b>
Bir hekimin, apandisit ameliyatı yapacağı hastasından, HIV testini yaptırmasını isteme hakkı vardır.	48	90.6	57	93.4	41	85.4	64	77.1

Araştırmaya katılan sağlık personellerinin bazı sosyodemografik özelliklerine göre hasta hakları, hasta güvenliği ve sağlık personelinin hakları bilgi puanlarının dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

Sağlık personelinin cinsiyete göre hasta hakları bilgi puanları incelendiğinde kadınların bilgi puan ortalaması  $10.4 \pm 2.3$ , erkeklerin bilgi puan ortalaması  $9.2 \pm 2.7$  olup aralarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $P=0.001$ ).

Meslek grupları arasındaki bilgi puanlarına bakıldığında doktorların  $10.8 \pm 2.3$ , ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunda  $10.7 \pm 2.3$ , sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant grubunda  $9.4 \pm 1.9$ , tıbbi sekreter, hizmetli grubunda  $7.6 \pm 2.7$  olduğundan gruplar arasında anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $P=0.0005$ ). Bu farklılık sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant grubu ile tıbbi sekreter, hizmetli grubunun puan ortalamalarının diğer iki gruba göre farklılık göstermesinden kaynaklanmaktadır.

Personellerin görev sürelerine göre tablo incelendiğinde bilgi puan ortalamalarının 5 yıl altı grubunda  $8.9 \pm 3.3$ ; 5-9 yıl arası grupta  $9.9 \pm 2.6$ ; 10-14 yıl arası grupta  $10.5 \pm 2.4$ ; 15 yıl ve üzeri grupta  $9.7 \pm 2.4$  olmasından dolayı grupların aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $P=0.101$ ).

Yaş gruplarına göre yapılan incelemede ise 30 yaş altı grubunda bilgi puan ortalaması  $10.2 \pm 2.7$ , 30-34 yıl grubunda  $10.6 \pm 2.0$ , 35-39 yıl grubunda  $10.3 \pm 2.6$ , 40 yıl ve üzeri grubunda  $9.0 \pm 2.6$  olup aralarında anlamlı bir farklılık söz konusudur ( $P=0.002$ ). 30-34 yaş grubu ile 40 yıl ve üzeri grubun arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Sağlık personelinin cinsiyete göre hasta güvenliği ile ilgili bilgi puanları incelendiğinde kadınların bilgi puan ortalaması  $10.8 \pm 1.8$ , erkeklerin bilgi puan ortalaması  $9.2 \pm 2.7$  olup aralarında anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $P=0.0005$ ).

Meslek gruplarına göre bilgi puanları incelendiğinde ise doktorlarda puan ortalaması  $11.5 \pm 1.8$ , ebe, hemşire, ebe-hemşirelerde  $10.7 \pm 1.8$ , sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborantlarda  $9.8 \pm 1.5$ , tıbbi sekreter, hizmetlilerde ise  $9.4 \pm 1.7$  olup aralarında anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $P=0.0005$ ). Aralarındaki bu farklılık hasta haklarında olduğu gibi sağlık

memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant grubu ile tıbbi sekreter, hizmetli grubundan kaynaklanmaktadır.

Personellerin görev sürelerine göre tablo incelendiğinde bilgi puan ortalamalarının 5 yıl altı grubunda  $10.2 \pm 2.2$ , 5-9 yıl arası grupta  $11.1 \pm 1.7$ , 10-14 yıl arası grupta  $10.7 \pm 1.9$ , 15 yıl ve üzeri grupta  $10.1 \pm 1.7$  olmasından dolayı grupların aralarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $P=0.012$ ). Bu farklılık 5-9 yıl ile 15 yıl ve üzeri grupları arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Yaş gruplarına göre yapılan incelemede ise 30 yaş altı grubunda bilgi puan ortalaması  $10.9 \pm 2.0$ , 30-34 yıl grubunda  $10.8 \pm 1.7$ , 35-39 yıl grubunda  $10.6 \pm 2.0$ , 40 yıl ve üzeri grubunda  $9.7 \pm 1.6$  olup aralarında anlamlı bir farklılık söz konusudur ( $P=0.0005$ ). Bu farklılık, 40 yıl ve üzeri grubun 30 yaş altı ve 30-34 yaş arası gruplarından farklı olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre kendi hakları ile ilgili bilgi puanları incelendiğinde, kadınların bilgi puan ortalaması  $6.7 \pm 1.3$ , erkeklerin bilgi puan ortalaması  $6.4 \pm 1.4$  olup aralarında anlamlı bir farklılık yoktur ( $P=0.097$ ).

Meslek gruplarına göre bilgi puanları incelendiğinde ise doktorlarda puan ortalaması  $6.9 \pm 1.2$ , ebe, hemşire, ebe-hemşirelerde  $6.7 \pm 1.2$ , sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborantlarda  $6.4 \pm 1.3$ , tıbbi sekreter, hizmetlilerde ise  $6.1 \pm 1.6$  olup aralarında anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $P= 0.035$ ). Aralarındaki bu farklılığın doktor grubu, tıbbi sekreter ve hizmetli grubunun arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Personellerin görev sürelerine göre tablo incelendiğinde bilgi puan ortalamalarının 5 yıl altı grubunda  $6.3 \pm 1.2$ , 5-9 yıl arası grupta  $6.6 \pm 1.5$ , 10-14 yıl arası grupta  $6.9 \pm 1.2$ , 15 yıl ve üzeri grupta  $6.4 \pm 1.4$  olmasından dolayı grupların aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $P=0.137$ ).

Yaş gruplarına göre yapılan incelemede ise 30 yaş altı grubunda bilgi puan ortalaması  $6.6 \pm 1.4$ , 30-34 yıl grubunda  $6.9 \pm 1.1$ , 35-39 yıl grubunda  $6.4 \pm 1.1$ , 40 yıl ve üzeri grubunda  $6.3 \pm 1.5$  olup aralarında anlamlı bir farklılık söz konusudur ( $P=0.049$ ). Bu farklılık 30-34 yıl, 40 yıl ve üzeri grubun arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 16.** Sağlık Personellerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Sağlık Personelinin Hakları Bilgi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Puan Ortalaması		
		Hasta Hakları	Hasta Güvenliği	Sağlık Per. Hakları
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	151	10.4 ± 2.3	10.8 ± 1.8	6.7 ± 1.3
Erkek	94	9.2 ± 2.7	9.8 ± 1.8	6.4 ± 1.4
P		0.001	<0.0005	0.097
<b>Meslek Grubu</b>				
Doktor	36	10.8 ± 2.3	11.5 ± 1.8	6.9 ± 1.2
Ebe, Hemşire, Ebe-Hemşire	117	10.7 ± 2.3	10.7 ± 1.8	6.7 ± 1.2
Sağ. Memuru, Çev. Sağ. Tekn, Laborant	55	9.4 ± 1.9	9.8 ± 1.5	6.4 ± 1.3
Tıbbi Sekreter, Hizmetli	37	7.6 ± 2.7	9.4 ± 1.7	6.1 ± 1.6
P		<0.0005	<0.0005	0.035
<b>Görev Yılı</b>				
5 yıl altı	21	8.9 ± 3.3	10.2 ± 2.2	6.3 ± 1.2
5-9 Yıl	35	9.9 ± 2.6	11.1 ± 1.7	6.6 ± 1.5
10-14 Yıl	75	10.5 ± 2.4	10.7 ± 1.9	6.9 ± 1.2
15 Yıl ve Üzeri	114	9.7 ± 2.4	10.1 ± 1.7	6.4 ± 1.4
P		0.042	0.012	0.137
<b>Yaş Grubu</b>				
30 Yaş Altı	53	10.2 ± 2.7	10.9 ± 2.0	6.6 ± 1.4
30-34 Yıl	61	10.6 ± 2.0	10.8 ± 1.7	6.9 ± 1.1
35-39 Yıl	48	10.3 ± 2.6	10.6 ± 2.0	6.4 ± 1.1
40 Yıl ve Üzeri	83	9.0 ± 2.6	9.7 ± 1.6	6.3 ± 1.5
P		0.002	<0.0005	0.049



## 5. TARTIŞMA

Sağlık hizmetleri; bilgi birikimini, teknolojiyi, sanatsal yaklaşımı ve iletişim becerilerini kapsayan bir alandır. Sunulan hizmetin tek boyuta indirgenemeyecek kadar çok yönlü bir etkinlik olması, bu hizmeti bir meslek olmanın ötesinde uygulamalı bir bilim, aynı zamanda bir sanat ve bir alt kültür olarak görmemizi de sağlamaktadır.

Bu nedenle hekim/sağlık çalışanı, uğraş alanı olan insanı yalnızca biyolojik özellikleri ile değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleriyle de değerlendirmek durumundadır. Böylece görevini, meslek onuru ve saygınlığı içerisinde yerine getirecektir (6,77).

Sağlık hizmetlerindeki bu anlayış çerçevesinde gündeme gelen, insan hakları ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanması olarak tanımlanan Hasta Hakları kavramının, hem sağlık çalışanları hem de toplum tarafından yeterince bilinmesi ile iki tarafın da haklarını bilmesi ve bu doğrultuda gelişen beklentilere uygun davranışlar sergilemesi kapsamında gerekli ve yararlı olacaktır. Dolayısıyla, haklarına uygun davranılan hastaların beklentileri de gerçekleşmiş olmakta, bu durum onların, sunulan hizmetten ve kurumdan memnuniyetini artırarak, kaliteli hizmet sunumunu gerçekleştirecektir (7,13).

Hekim/sağlık çalışanı verdiği hizmetin içerdiği yüksek risklerin bilincinde olarak, etkin ve kaliteli hizmet anlayışı ile görevini icra etmekle sorumludur. Sağlık sisteminin kompleks ve karmaşık bir yapıya sahip olmasından dolayı, bu süreçleri iyi tanıyarak bu doğrultuda hem kendi sağlığını hem de hastanın sağlığını koruyucu önlemlere yönelik özveri ile çalışmalı ve kendini gelişen tıp bilimi doğrultusunda sürekli yenilemek durumundadır.

Bu çalışma ile, son zamanlarda ihmal edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasında, artık ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde olduğu gibi büyük önem arz eden hasta hakları, hasta güvenliği ve sağlık personelinin kendi hakları gibi sağlık hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olan bu kavramlar ele alınmış ve Trabzon il merkezindeki

birinci basamağın durumu belirlenmiştir. Çünkü ülkemizde bu konularla ilgili birinci basamakta çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu çalışma ile durumun tespit edilip, konunun önemine dikkat çekilmesi, yapılacak eğitim ve çalışmalara yardımcı olması amaçlanmıştır.

Yapılan çalışmada katılım oranı %67.1 olarak elde edilmiş, yaklaşık %34 gibi bir oranın, kişilerin yıllık izin, rapor, doğum izni ve katılmak istememesi (özellikle hasta haklarını kendilerine karşı haklar olarak görmeleri, merkezlerde yoğun çalışılan sağlık ocaklarında çalışan personelin zaman ayırmak istememeleri, zaman kaybı olarak görmeleri, çalışma ortamlarındaki memnuniyetsizlik, konu ile ilgili yeterli bilgilerinin olmayışı) gibi nedenlerden dolayı olduğu görülmüştür.

Konularla ilgili eğitimlerin ikinci basamakta gibi fazla ve etkin olmaması, süreklilik arz etmemesi nedeniyle sınırlı olmasından dolayı, sağlık personelinin hasta hakları ilgili olarak %13.9'u gibi çok az bir kısmının eğitim aldığı görülmüştür. Fakat yapılan eğitimlerin de istenilen düzeyde olmaması sebebiyle, eğitim alanlarla almayanlar arasında bir farklılık bulunmamıştır.

Demircan ve ark. sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik yaptıkları çalışmalarında (2005), öğrencilerin %52.6'sı hasta hakları ile ilgili eğitim ve bilinçlendirmenin gerekliliğini ifade ettiği ve %92.5'i daha önce hasta hakları ile ilgili bilgi almadığını saptamışlardır (81).

Teke ve ark. bir eğitim hastanesinde hemşireler üzerinde yaptıkları bir araştırmada (2005), hemşirelerin %45.0'ı (54 kişi) gibi çok önemli bir kısmının, hasta hakları gibi çok güncel bir konuda eğitim almadıkları görülmektedir (13).

Eşiyok ve ark. tarafından diş hekimlerine yönelik yapılan bir çalışmada (2007) ise diş hekimlerinin %56.9'unun eğitim almadığı belirlenmiştir (82).

Ocaktan ve ark. yaptığı çalışmada (2004), ise hasta hakları konusunda bilgisini yeterli bulanların %63.5 olduğu saptanmıştır (83).

Bu sonuçlarda yapılan çalışmaların daha çok, konunun üzerinde önemle durulduğu ikinci ve üçüncü basamakta yapıldığı görülmektedir. Birinci basamakta yapılan bu çalışmada, sağlık çalışanlarının gerek meslek öncesi, gerekse çalışma ortamlarında hasta hakları

konusunda yeterli eğitim almadıklarını, alınan eğitimlerin de yeterli olmadığı, bu konuda ciddi eksikliklerin olduğu görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan doktorların %69.4'ü; ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunun %72.6'sı, sağlık memuru, laborant, çevre sağlığı teknisyeni grubunun %70.9'u, tıbbi sekreter, hizmetli grubunun %48.6'sı, genel olarak bakıldığında ise %68.2'si yasal mevzuatı bildiği görülmüştür.

Özdemir ve ark. yaptığı bir çalışmada (2008), hekimlerin %60.0'ının hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerin farkında olduğunu saptamışlardır (84).

Özer ve ark. Kayseri il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerini belirlemek üzere yaptığı çalışmasında (2007), araştırma kapsamına alınan hekimlerin % 56.1'inin Türkiye'de hasta hakları ile ilgili yazılı mevzuat olduğunu bildiğini belirlemişlerdir (5).

Mazıcıoğlu ve ark. ise araştırma görevlilerinin Hasta Hakları Yönetmeliği hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik yaptığı çalışmasında (2004), hekimlerin Hasta Hakları Yönetmeliğinin yayınlanma tarihini bilme oranını (%62.6) olarak belirlemişler ve bunların %12.9 oranında yönetmeliğin tarihini doğru olarak ifade edebildiğini görmüşlerdir (9).

Elde edilen bilgiler doğrultusunda sağlık personelinin hasta haklarının çerçevesi olan Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi konusunda, orta düzeyde bilgilerinin olduğunu ve çoğunun sadece isim olarak duyduğu ve içerik konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

Ülkemizde hasta haklarının yasal çerçevesini oluşturan Hasta Hakları Yönetmeliği doğrultusunda planlanan çalışmada tüm sağlık personelinin hasta hakları bilgi düzeyleri 16 puan üzerinden değerlendirilmiş, hasta hakları ile ilgili bilgi puan ortalaması  $9.9 \pm 2.5$  ve elde edilen sonucun olması gereken tam puanının %61.2'sini oluşturmakta olduğu saptanmıştır.

Topbaş ve ark. intern ve asistan hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada (2005) ise bu oranı %60.0 olarak bulmuşlardır (6).

Duran ve ark. bir devlet hastanesinde çalışan sağlık personeline yönelik yaptığı çalışmasında (2008) ise, %56.9'unun hasta haklarını yeterince bildiğini saptamışlardır (84).

İngiltere'de sağlık personeline yönelik yapılan bir çalışmada da, doktor ve hemşirelerin hastaların gizliliği ve İnsan Hakları Sözleşmesi (1998) hakkında oldukça düşük düzeyde bilgilerinin olduğu ve konu ile ilgili eğitimlerin yapılmasının gerekliliği rapor edilmiştir (85).

Öztürk ve ark. hekim, hemşire ve hastaların hastanede uygulanan hasta haklarını değerlendirmelerine yönelik çalışmalarında (2007), Hasta Hakları Bilgi Ölçeği ortalama puanlarına bakıldığında, üniversite hastanesindeki hekimlerin 35.37, hemşirelerin 36.31, hastaların 33.32 olduğu ve devlet hastanesindeki hekimlerin 36.46, hemşirelerin 35.66, hastaların 34.03 ortalama puan aldıklarını saptamışlardır (86).

Yapılan bu çalışmalar sonucunda, sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük önem arz eden hasta haklarını, bilme ve uygulama konusunda personelin bilgisinin yeterli olmadığı, bu konuda gerekli özenin gösterilmediği ve sıkıntılar yaşandığı şeklinde ifade edilebilir.

Giderek karmaşık bir hal alan sağlık sisteminde insan onuru ve bütünlüğü, yaşam hakkı gibi kutsal saydığımız insan haklarının, sağlık hizmetlerindeki somutlaştırılmış hali olan hasta hakları daha etkin ve kaliteli hizmet sunumu için hayati önem taşımaktadır (87). Bu nedenle sağlık çalışanlarının hizmeti sunarken hasta haklarına uygun davranışlar sergilemesi gerekmektedir. “İnsancıl bakım alma, saygınlık görme gibi haklar” insan olmanın getirdiği en temel haklardandır.

Çalışmada hasta hakları ile ilgili doğru cevapların verilme oranlarına bakıldığında, tüm meslek gruplarında, “hastanın öncelik hakkı, saygınlık görme hakkı ve insancıl bakım alma hakkı” konusu ile ilgili sorularda %98.3'lere çıkan bir oranda doğru cevap verdikleri; “şikâyette bulunma hakkı, bilgi isteme hakkı ve rıza gösterme hakkı” konusu ile ilgili sorularda %10.8'lere kadar düşen bir oranda doğru cevap verdikleri tespit edilmiştir.

Ocaktan ve ark. yaptığı bir çalışmada (2004)ise, en çok kabul gören tutum örneklerinin “mahremiyetin korunması”, “hastanın uygulanan tedavinin alternatifleri konusunda bilgilendirilmesi gerektiği” (%100.0) olduğu ve bunu “araştırmalara katılması için

onayının alınması” izlemektedir (%98,7). En az kabul göreni ise “hastaların hekim ve hemşireleri ismen tanınması gerektiği (%61.1) şeklinde bulmuştur (83).

Özer ve ark. Kayseri il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili yaptığı çalışmasında (2007), hekimlerin en çok “başvurduğu kuruluştaki verilen hizmetleri bilme” (%98.2), “müdahale için onam vermeden önce bilgilendirilme” (%96.5), “önerilen tedaviyi reddetme” (%95.2), “hakların ihlali halinde müracaat ve şikâyetle bulunma” (%94.4), “kendisine hizmet veren hekimi tanıma” (%92.3) gibi hakları bildiği; en az olarak “hastaların hakkında başkalarına bilgi verilmemesi” (%16.5), “bilimsel araştırmalarda gönüllünün menfaatinin toplum menfaatinin üstün tutulması” (%35.0), “tıbbi müdahale sırasında refakatçi bulundurulması” (%39.3), “kayıtları ile ilgili hataların düzeltilmesini isteme” (%49.5) ve “başka hekimlerden görüş alma” (%52.1) olarak bulunmuştur (5).

Duran ve ark. ise yaptığı çalışmalarında (2008), sağlık personelinin hizmet sunarken en çok “mahremiyete saygı hakkı” (%80), en az “hastanın rızasının alınması hakkı” ve “izin hakkını” dikkate aldıkları, “müracaat, şikâyet ve dava hakkı”(%20.0) ve “ötenazi yasağını” dikkate aldıkları belirlenmiştir (84).

Ataç ve ark. yaptığı diğer bir çalışmada (2003) ise, çalışmaya katılanların %86.6’sının “mahremiyete saygı gösterilmesi” konusunda memnun olduklarını, asistanların %75.3’ünün, internlerin %61.4’ünün mahremiyet hakkı ile ilgili olarak olumlu tutum sergiledikleri, “hastanın bilgilerinin saklanması ve istemediği kişilerin bilgilendirilmemesi” hususunda doktor (%95.3), hemşire (%94.4) ve diğer sağlık personeli (%93.2) ile memur ve hasta bakıcıların (%92.2) olduğu bulunmuştur (39).

Topbaş ve ark. yaptığı bir çalışmada (2005) ise, her iki grupta da hasta haklarından en fazla “Tıbbi müdahalede hastanın rızasının alınması” (asistan %87.4; intern %84.2), en düşük de “İnsani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma” (asistan %9.3; intern %2.6) olarak doğru yanıtladıklarını bulmuşlardır (6).

Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının ölçülmesine yönelik KTÜ Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada (2007), sağlık çalışanlarının %76.0’ı hasta haklarının yükselen bir değer olduğunu kabul etmekte ve %66.4’ü hasta haklarını sağlık çalışanlarının

aleyhine görmemektedir. Yine sağlık çalışanlarının %59.2'si hastaların “mahremiyet hakkının hastalığının tedavisini kadar önemli olmadığını”, %68.0'ı “tıbbi müdahalenin kurallara uygun yapılmasının, hastanın özel durumlarını gözetmeye mani olduğunu” ve %83.2'si “hasta yoğunluğu nedeniyle hastaya yeterli özenin gösterilemediğini” ifade etmişlerdir (88).

Aksoy ve ark. yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin yaptıkları çalışmada (2002), “gerek doktorların ifadesi ile gerekse sizin kendi tahminlerinize göre ölümcül hasta olduğunuzu ve ölümünüzün yakın olduğunu bilseniz; hastanede kalıp son ana kadar yaşamınızın uzatılması için çaba harcanmasını mı istersiniz? Evinize gitmeyi mi tercih edersiniz? Neden?” sorusunu sorduğumuzda sağlık çalışanı olanların %34.0'ı hastanede kalmayı tercih etmiştir. Yani son ana kadar insan onuruna yakışır bir bakım almayı tercih etmişlerdir. Yine bilgilendirilme hakkı ile ilgili olarak “Bir yakınınızın kanser veya benzeri ölümcül hastalığı olsa (terminal dönemde); durumun hastanın kendisine mi söylenmesini istersiniz yoksa bir yakınına mı söylenmesini istersiniz? Neden?” sorusuna sağlık çalışanı olanların %58.0'ı yakınına söylenmesini uygun bulmuştur (89).

Sur ve ark. hekim ve hastaların “hasta haklarına yaklaşımları konusunda yaptığı bir çalışmada (2009), hekimlerin (n=310) %64.2'si hastalarının hekim seçme hakları olduğunu, %32.9'u hastanın tedaviyi reddetme haklarına uyulması gerektiğini, %39.4'ü hastalarının hastalıklarının gidişi hakkında ayrıntılı bilgilendirilme hakları olduğunu belirtmişlerdir. İnsanlar üzerinde deneysel amaçlı araştırma yapılmasını uygun bulan hekim oranı %43.2'dir. Hekimlerin %35.8'i deneysel amaçlı araştırmaları uygun bulmaz iken, %21.0'ı bu konuda bir görüş belirtmemiştir (90).

Tüm bu çalışmalarda genel olarak sağlık personelinin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini incelediğimizde, özellikle birinci basamakta yapılan bu çalışmada olduğu gibi şikayet ve dava hakkı, rıza gösterme hakkı ve bilgilendirilme hakkı konusundaki oranların, buradaki çalışmalardan çok farklı sonuçlar içermediği, özellikle birinci basamakla, diğer hastaneler arasındaki oranlar farklılık göstermektedir. Bu farklılığın birinci basamakta eğitimlerin eksikliğinden kaynaklandığı söylenilebilir.

Tablo 16'da görüldüğü gibi sağlık personelinin hasta haklarına yönelik bilgi durumları değişkenlere göre incelendiğinde, kadınların erkeklere göre; doktor ve ebe, hemşire, ebe-

hemşire grubunun diğer sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant ve tıbbi sekreter, hizmetli grubuna göre; çalışma yılı fazla olanların az olanlara göre bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Duran ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında (2008), hasta haklarına yönelik bilgi durumları değişkenlere göre incelenmiş ve erkeklerin kadınlara göre; hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (84).

Özer ve ark. yaptığı çalışmada (2007), erkek hekimlerin ortalama bilgi puanının kadın hekimlerden daha yüksek olduğu ve hekimlik süresi uzadıkça bilgi puanının da yükseldiği görülmüştür (5)

Topbaş ve ark. yaptığı çalışmalarında (2005) ise, kadın asistanlar ile erkek asistanlar arasında puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (6).

Ocaktan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında (2004) ise, kadın ve erkek sağlık çalışanlarının bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (83).

Çalışmaların sonucunda cinsiyet konusunda belirgin bir farklılık olmadığı göze çarpmaktadır. Bu nedenle yapılan bu çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunun bayan olması nedeniyle de bilgi puan ortalaması yüksek olarak ortaya çıkmaktadır.

Tıbbın sınırlarını giderek zorlaması karşısında hastanın tedavisi en temel bakımı, ölümüne kadar sınırsız olarak garanti altına alınıp korunmalıdır. Her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Sağlık personeli her durumda tıbbi özeni göstermekle yükümlüdür (17).

Ötenazi yasağı ile ilgili soruya doğru cevap verilmesi yönünde doktorların %83.3, ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunun %86.3, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant grubunda %80.0, tıbbi sekreter, hizmetli grubunda ise %67.6 oranlarında doğru cevap verdikleri görülmüştür.

Özer ve ark. sağlık personeline yönelik yaptığı çalışmalarında (2007), hekimlerin sadece %67.5'i Türkiye'de ötenazi yasağı olduğunu bilmektedir. Öte yandan, %38.2'si ötenazi hakkı olması gerektiğini, %44.6'sı olmaması gerektiğini, %17.2'si ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir (5).

Teke ve ark. çalışmasında (2007) ise “sağlık çalışanlarının, hastanın sağlığını korumak ve ıstırabını dindirmekle yükümlü olup ötenazi dahil her türlü girişimi yapabilmelidir” sorularına verilen doğru cevap %30.8 şeklinde olmuştur (13).

Yapılan bu çalışma ile birlikte sağlık personelinin diğer çalışmaların aksine, yüksek oranlarda hastaya ötenazi uygulanması hakkının olmadığını bilmekte ve buna karşı çıkmaktadır.

Hasta haklarının yanı sıra hasta güvenliğinin sağlanması da, daha iyi bir sağlık hizmeti için gereklidir ve bunun en büyük faydası halka ihtiyaçları doğrultusunda bir bilinç kazandırmasıdır. Toplumdaki hastalanmalar ve ölüm oranlarındaki artışlar hasta güvenliği kavramının gelişimine katkı sağlamıştır. Amerika'da Medicare'in yaptığı bir araştırmada, yıllık 1.000 kişinin ilaç kullanımından etkilendiği belirlenmiştir. Bu oran konunun ciddiyeti açısından önemli bir göstergedir (91).

Hasta güvenliği kültürü organizasyonel ve bireysel öğrenme sonucunda gelişir. Bu organizasyonel gelişimde kültürel değişim önemlidir. Bu değişimde sağlık hizmeti sisteminde yer alan takım ve liderlerinin hasta güvenliği yönetimi ve bakım kalitesi konusunda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bunu sağlamak için de takımın cesaretlendirilmesi, hastanın bilinçlendirilmesi ve organizasyonel bir kültürün oluşturulması gerekmektedir.

Teknolojideki hızlı gelişmeler sağlık çalışanlarının tanı, tedavi, bakım planı ve tıbbi uygulamalarını etkilemekte ve bunların yeniden gözden geçirilmesini zorunlu hale getirmektedir (92,93). Hasta güvenliği kültürün planlanması aşamasında hastanın bakış açısı da göz önünde bulundurulmalı ve hastanın aktif rolü tanımlanmalıdır (94).

Sağlık hizmetlerinin yapısı itibarı ile yüksek oranda risk içermektedir. Bu alanlardan biri olan Yoğun bakımlarda yatan hastalar, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği yönünden daha yüksek risk taşımaktadırlar. Yapılan bir çalışmada (2005), yoğun bakım üniteleri (YBÜ)



vizitlerine katılan gözlemcilerin verilerine göre bu ünitelerde yatan hastaların %17.0'ında ciddi yan etki rapor edilmektedir (95).

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada Kickkas ve arkadaşları yoğun bakım servisinde yaptıkları bir çalışmada (2008), hemşire sayısının etkili bir şekilde artırılması, hastaların sayısının azaltılması ile hasta güvenliğinin artacağı sonucunu elde etmişlerdir. Yine yukarıda da bahsedildiği gibi hastaların bireysel farklılıklarının ve aktif katılımının önemli olabileceğini vurgulamışlardır (96).

Hasta güvenliği kavramı içerisinde sıkça rastlanan enfeksiyonlarda olan ve hastaları ciddi oranda etkileyen nazokomiyal enfeksiyonlar, giderek artan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Enfeksiyonların neden olduğu morbitide ve mortalite oranları hastaları önemli derecede etkilemekte ve ek maliyet getirmektedir. Her yıl 2 milyondan fazla kişi bu enfeksiyonlar nedeniyle tedavi görmekte ve bunların maliyeti 4,5 milyar doları bulmaktadır (97).

Hasta güvenliği kavramı içerisinde yer alan diğer bir konu olan, ilaç kullanımında görülen hatalarla ilgili bir çalışmaya bakıldığında (2008), "hastayı muayene etmeden ilaç yazar mısınız?" sorusuna hekimlerin %49.8'i "hiçbir zaman" cevabını verirken, %46.3'ü "bazen", cevabını vermişlerdir. "Hastaya ilacın kullanım biçimini anlatır mısınız?" sorusuna hekimlerin büyük çoğunluğu (%69.08), "her zaman" cevabını, "hastaya hastalığı hakkında bilgi verir misiniz?" sorusuna %69.0 oranında "bazen"; "yazdığınız ilacın yan etkileri hakkında bilgi verir misiniz?" sorusuna ise %47.34 oranında "hiçbir zaman" cevabını vermişlerdir. "İlacın yan etkilerini ve etkililiğini göz önünde bulundurur musunuz?" sorusuna verilen cevaplar ise ağırlıklı olarak "her zaman bulundururum" (%71.49) şeklinde olmuştur. Bu da rasyonel ilaç kullanımını açısından olumsuz sayılabilecek bir tablo ile karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir (98).

Yapılan bu çalışmada ise, hasta güvenliği konusundaki tutumlar incelendiğinde, kadınların hasta güvenliği tutum puan ortalaması  $10.8 \pm 1.8$ ; erkeklerin ise  $9.8 \pm 1.8$  olması nedeniyle kadınların erkeklere göre daha fazla doğru cevap verdiği, genel bilgi puan ortalamasının ise  $10.4 \pm 1.9$ , sorulara doğru cevap verme oranı genel olarak %65.9 olup, yine hasta haklarında olduğu gibi doktor ( $11.5 \pm 1.8$ ) ve ebe, hemşire, ebe-hemşire ( $10.7 \pm 1.8$ ) grubunun diğer iki gruba göre bilgi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ise yaş ilerledikçe bilgi puanlarının azaldığı görülmüştür. Bu da diğer iki grubun eğitime daha fazla ihtiyaç duyduğunun bir göstergesidir.

Araştırmaya katılan sağlık personellerine yöneltilen “Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptırabilir.” tutumuna “*katılmıyorum*” diyerek doğru cevap verme oranları %96.0 gibi oranlarda olmuştur. Doktorlarda bu oran %100.0, ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunda ise %96.6'lara çıktığı, tıbbi sekreter, hizmetli grubunda da %89.2'lerde olduğu görülmüştür. Ancak sağlık personellerine “Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmelidir.” tutumu yöneltildiğinde “*katılmıyorum*” diyerek doğru cevabı verenlerin oranı %13.8 oranlarına kadar düşmüştür. Doktor ve ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunda bu oranların %30.6 ve %23.9'lara düştüğü, sağlık memuru, laborant, çevre sağlığı teknisyeni grubunun %14.5' e ve tıbbi sekreter, hizmetli grubunun %8.1' e kadar düştüğü ve en düşük doğru bilme oranının bu tutumda olduğu görülmüştür. Diğer tutumlara verilen doğru cevapları oranları kadın ve erkek personeller için değişiklik göstermiş olup ortalama doğru cevap oranı %66.0 olmuştur.

Hasta güvenliği açısından temizlik personelinin tıbbi atık bilgi düzeyinin yükseltilmesinde toplam kalite çalışmalarının etkisi üzerine yapılan bir çalışmada (2009), kalite çalışmaları doğrultusunda temizlik çalışanlarının tıbbi atık konusundaki bilgi düzeyinde önemli oranda artış olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi doğru cevap oranı en fazla %60.0'larda olduğu halde, eğitim sonrasında bu oran %97.0'lara çıkmıştır (99).

Hekim ve hemşirelere yönelik hasta güvenliği ile yapılmış bir araştırmaya göre (2009), hemşirelerin değerlendirmelerine göre 62 hastanın 1 ve ya daha fazlasının aksi bir olay yaşadığı ve toplam olay sayısının 93 olduğu, hekim grubunda ise 93 olayın 82'sinin aksi bir olay olduğu belirtilmiştir. Bu aksi olayların oluşması ile hastanede kalış süresi arasında ilişki olduğu görülmüştür. Yine bu aksi olayların %60.0'ının önlenebilecek olaylar olduğu saptanmıştır (100).

Acıbadem Kadıköy Hastanesi'nde hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik yapılmış olan bir çalışmada (2009), tıbbi hata ve neredeyse hataların bildirimine yönelik kültürün yerleşmiş olduğu ve olayların bildirim sayısının 2008 yılı ilk 6 ayına oranla ikinci 6 ayda

%6.6 arttığı, olay bildirim sayıları artarken raporlanan hasta düşme sayısının %30.8 azaldığı, gerçekleşen düşme olaylarının oranında %21.1 oranında iyileşme sağlandığı bulunmuştur. Sonuç olarak düşmelerin önlenmesinde hataların rapor edilmesinin önemi vurgulanmıştır (101).

Türkmen ve ark. Çorum Devlet Hastanesi sağlık personelinin tıbbi atıklara ve tıbbi atıklardan bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmalarında (2008), tüm gruplara bu enfeksiyon hastalıklarını sorduklarında “hizmetli” grubu ile diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulmuşlardır. Tıbbi atıkların atılacağı poşet rengi sorulduğunda, teknisyenlerin %63.3, sağlık meslek lisesi öğrencilerinin %20.0, diğer grupların ise (uzman doktor, pratisyen, hemşire, hizmetli) %86.7 oranında doğru cevap verdikleri gözlenmiştir. Çalışmada hemşire grubunun tıbbi atıklarla daha yoğun temas halinde olmasına rağmen, diğer meslek gruplarıyla aynı düzeyde bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir (102).

Elde edilen sonuçlar konunun eğitimsel boyutunun yetersiz olduğunu, özellikle tıbbi sekreter ve hizmetli grubunun konu hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu, özellikle birinci basamakta bu konuyla ilgili yapılan nadir çalışmalardan biri olmasından dolayı bize birinci basamağın bu konuda yeterli bilgiye sahip olmadığını göstermesi açısından ayrı bir öneme sahiptir.

Gelişmiş ülkelerdeki eğitim sistemlerinde yer alan “yasal hakların ve sorumlulukların öğrenilmesi” ile ilgili mevzuat henüz ülkemizde eğitim müfredatında yeterli derecede kullanılmadığından, özellikle hasta-hekim/sağlık çalışanı ilişkilerindeki iletişimsizlik ve karşılıklı hak ve sorumlulukların bilinmemesi gibi zorlukları karşımıza çıkarmaktadır (103).

Karşılıklı haklar bağlamında sadece hastaların haklarından bahsetmek doğru değildir. Hukukun gerektirdiği şekilde hak ve sorumluluklar her iki taraf içinde geçerlidir ve bunlar birbirleriyle asla çatışmayan, birbirini tamamlayan haklardır. Sağlık çalışanlarının aynı zamanda temel hukuk bilgilerine de sahip olması gereklidir. Yasal prosedürler, hastalara olduğu gibi sağlık profesyonellerine de yasal çerçevede bir takım haklar sunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının bu kadar kompleks ve çok fazla risk içeren bir hizmet alanında istenmeyen durumlarla karşı karşıya gelmesi kaçınılmazdır. Gerek kendi güvenlikleri, gerekse

hasta açısından ayrı bir önem arz etmektedir. Tıpta “Malpraktis” olarak yapılan tanım; tıp bilimi ve ilgili uğraş alanlarında çalışmakta olan profesyonellerin hatalı, kötü uygulamalarından hizmeti alan kişinin zarar görmesi şeklindedir. Tıbbi bilginin her geçen gün katlanarak artması, tıbbi teknolojinin gelişmesi, bu teknolojiyi kullanan hekim/sağlık çalışanı sayısının artması, sağlık profesyonellerini ağır riskleri içeren bu uygulamalar sonucunda malpraktis şikâyetleri ve davaları ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Genel olarak ele aldığımızda tıbbi uygulama hatalarının; ihmal, dikkatsizlik, bilgisizlik, beceri eksikliği ve hasta bakımında yetersizlik neticesinde ortaya çıktığı görülmüştür. Oluşan bu hataların nedenleri sadece kişisel kökenli olmayıp, birçoğu da sistem kökenlidir (104).

Sağlık personelinin haklarına yönelik çalışmalar çok yetersiz olup, hasta hakları kavramının ortaya çıkmasıyla ayrı bir önem kazanmıştır. Sağlık çalışanı çoğu zaman hasta haklarını, kendilerine karşı haklar olarak ya da kendi haklarından üstün haklar olarak algılamaktadırlar. Oysaki kendilerinin sahip oldukları hakları ihlal eden bir durum söz konusu değildir. TC. Anayasası, 657 sayılı Devlet Memurları Yasası, Meslek Odaları, Tabipler Birliği gibi birçok yasal mevzuat doğrultusunda bir takım haklara sahiptirler.

Trabzon il merkezinde 1. basamakta yapılan bu ilk çalışmada, hasta hakları ve hasta güvenliğinin yanı sıra sağlık personelinin kendi haklarını bilme düzeyleri de incelenmiştir. Elde edilen sonuçlarda, araştırmaya katılan personelin cinsiyete göre kendi hakları ile ilgili bilgi puanları incelendiğinde, kadınların bilgi puan ortalaması  $6.7 \pm 1.3$ , erkeklerin bilgi puan ortalaması  $6.4 \pm 1.4$  olup aralarında anlamlı bir farklılık yoktur ( $P=0.097$ ). Ortalama bilgi puanı  $6.6 \pm 1.3$ , sorulara doğru cevap verme oranı genel olarak %65.7 olarak bulunmuştur.

Meslek gruplarına göre bilgi puanları incelendiğinde ise doktorlarda puan ortalaması  $6.9 \pm 1.2$ , ebe, hemşire, ebe-hemşirelerde  $6.7 \pm 1.2$ , sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborantlarda  $6.4 \pm 1.3$ , tıbbi sekreter, hizmetlilerde ise  $6.1 \pm 1.6$  olup aralarında anlamlı bir farklılık mevcuttur ( $P= 0.035$ ). Aralarındaki bu farklılık; doktor grubu, tıbbi sekreter ve hizmetli grubunun arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Görev sürelerine göre değerlendirildiğinde ise süre arttıkça bilgi puanının da arttığı gözlemlenmiştir. Özellikle mesleğin orta dönemlerinde (5-9 yıl, 10-14 yıl ) hizmet içi

eğitimler, edinilen tecrübeler, mesleğin tanınması gibi etkenlerin de etkisiyle bu dönemlerde çalışan personelin bilgi puanı daha fazla bulunmuştur.

Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin standart bariyer önlemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada (2008), öğrencilerin en fazla karşılaştığı riskli durumların %58.0 oranında sağlam deri ile kan teması, %44.1 ile yüze serum ya da kan sıçraması, %35.2 ile delici-kesici alet yaralanmalarının olduğu tespit edilmiştir. Burada kendilerini korumaya yönelik standart önlemlerin kullanılmasına bakıldığında, en fazla %84.5 koruyucu giysi ve önlük, %67.6 oranında eldiven giyme, %24.2 oranında maske kullandıkları ve hiçbirinin koruyucu gözlük kullanmadıkları görülmüştür (105).

Teke ve ark. Ankara'da Üniversite Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve Sağlık Ocaklarında çalışan doktorlar üzerinde tıbbi uygulama hataları ile ilgili yaptıkları çalışmada (2007), "Ülkemizde tıbbi uygulama hataları ile ilgili yeni yasal düzenlemenin içeriği hakkında bir bilgi aldınız mı? sorusuna hekimlerin %57.7'si hayır yanıtını verdi. Bilgi alan hekimlere bilgi aldıkları kaynaklar sorulduğunda %22.5'u bulunduğu kurumun bünyesinden, %16.2'si kongre, sempozyum benzeri etkinliklerden, %14.8'i çevresinden, %12.7'si medyadan, %8.5'i Türk Tabipler Birliği çalışmalarından bilgi edindiklerini belirtmişlerdir. Mesleki sorumluluk ve yükümlülükleri ile ilgili olarak eğitimleri esnasında aldıkları bilgileri, hekimlerin %35.2'si çok yetersiz, %47.2'si yetersiz, %16.2'si olanaklar içinde yeterli ve %1.4'ü yeterli bulduklarını tespit etmişlerdir (106).

Bu sonuç doğrultusunda sağlık personelinin hasta hakları ve güvenliği yanı sıra, kendi hakları gibi önemli bir konuda da yeterince bilgi sahibi olmadığı, alınan meslek öncesi ve meslek sonrası eğitimlerin yeterli oranlarda olmadığı yorumu yapılabilmektedir.

Yapılan çalışmada sosyodemografik özelliklerin (cinsiyet, meslek grubu, görev süresi ve yaş) hasta hakları, hasta güvenliği ve sağlık personelinin haklarına yönelik üç grupta da benzer özellikler gösterdiği, konu ile ilgili eğitim alma hususunda yeterli olmadıkları hatta çok az bir kısmın eğitim aldığı fakat eğitim alanlarla almayanlar arasında farklılık olmadığı, bunun da eğitimlerin etkin ve yeterli olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yaklaşık %40.0'a yakın bir kısmının hasta hakları ile ilgili yasal prosedürü bilmediği, bilenlerin de sadece yönetmelik- yönergeden bir tanesini duyduğu, içeriğini yeterince bilmediği, özellikle

sağlık memuru, evre sağlığı teknisyeni, laborant grubu ile tıbbi sekreter ve hizmetli grubunun bu konularda daha da yetersiz oldukları saptanmıştır.

Bu tespitler doğrultusunda gerek okul döneminde gerekse çalışma hayatında yapılacak etkin ve sürekli eğitimlerle bu eksikliklerin giderilmesi, bu konularda özellikle ihmal edilmiş olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimler dışında hastayla doğrudan iletişime giren ve hastanın bakım ve tedavisine katkıda bulunan hemşire, ebe, ebe-hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter ve hizmetliden oluşan sağlık ekibi üyelerinin hasta haklarına yönelik bilgi düzeyleri ile hasta güvenliği ve kendi hakları ile ilgili tutumlarının incelendiği bu çalışmada; personelin %47.8 oranında ebe, hemşire ve ebe-hemşire grubu olduğu, yaş ortalamasının  $36.1 \pm 6.5$  olup, %26.5' inin ise 2 yıllık Açık öğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Sağlık personelinin çok az bir kısmının (%13.9) hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldığı ve büyük çoğunluğunun nitelikli bir hasta hakları eğitimine ihtiyaç duyduğu görülmektedir.

Hasta haklarının hukuki boyutunu oluşturan, Hasta Hakları Yönetmeliği ile Hasta Hakları Uygulama Yönergesi konusunda bilgi düzeylerinin ise orta derecede (%68.2) olduğu ve çoğunluğun sadece isimlerini duyduğunu ifade etmesinden dolayı, içerik olarak yeterli oranda bilinmediği düşünülmektedir.

İnsan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşamda saygı görme gibi ilkeler üzerine odaklanan hasta haklarının bilgi puan ortalamalarının kadın personellerde erkeklere oranla daha yüksek olduğu, genel olarak bilgi puan ortalamasının orta düzeyde (%61.2) olduğu sonucu elde edilmiştir.

Hasta haklarından en çok “hastanın insancıl bakım alma hakkı”, “saygınlık görme hakkı” ve “öncelik hakkı” ile ilgili sorulara %97.4'e çıkan bir oranda doğru cevap verdikleri; “bilgi isteme hakkı”, “rıza gösterme hakkı” ve “şikâyette bulunma hakkı” ile ilgili sorularda ise %15.9'lara düşen oranlarda doğru cevap verdikleri görülmüştür.

Hasta hakları ile ilgili eğitim alan personelin bilgi puan ortalaması  $10.0 \pm 2.8$ , eğitim almayanlarınki ise  $9.9 \pm 2.4$  aralarında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır. Yine yasal mevzuatı bilenlerin bilgi puan ortalaması  $9.4 \pm 2.8$ , yasal mevzuatı bilmeyenlerin ise  $10.2 \pm 2.4$  olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur.

Meslek grupları arasında bilgi puan ortalaması açısından doktor ( $10.8 \pm 2.3$ ) ve ebe, hemşire, ebe-hemşire grubunun ( $10.7 \pm 2.3$ ) benzer oranlarda olup, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant ile tıbbi sekreter ve hizmetli gruplarında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu açıdan meslek grupları arasında istatistiksel bir farklılık mevcut olduğu bulunmuştur.

Görev sürelerine göre bilgi düzeyleri incelendiğinde en yüksek puanın 10-14 yıl arasında görev yapan personelde ( $10.5 \pm 2.4$ ), en az puanın ise 5 yıl altı grubunda ( $8.9 \pm 3.3$ ) olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür.

Yaş grubu olarak en fazla puanın 30-34 yaş grubunda ( $10.6 \pm 2.0$ ), 40 yıl ve üzeri grupta ( $9.0 \pm 2.6$ ) ise en az olduğu ve tüm yaş grupları arasında fark mevcuttur.

Kaliteli, güvenilir, eşit, etkin ve ulaşılabilir bir sağlık hizmetinin sunulması için vazgeçilmez bir kültür olan hasta güvenliği, toplumdaki hastalanmalar, sakatlıklar ve ölüm oranlarındaki artışlar ile dikkatleri üzerine toplamış ve sağlık hizmetlerinin temel bir ögesi haline gelmiştir. Çok fazla oranda risk içeren ve hata kabul etmeyen sağlık hizmeti, hasta-çalışan güvenliği kapsamında büyük öneme sahiptir.

Yapılan çalışma ile birlikte sağlık personelinin hasta güvenliği ile ilgili tutum puanları incelendiğinde; kadınların bilgi puan ortalamasının  $10.8 \pm 1.8$ ; erkeklerin ise  $9.8 \pm 1.8$ , genel bilgi puan ortalamasının ise  $10.4 \pm 1.9$  olduğu; yine hasta haklarındaki gibi kadınların erkeklere göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Sorulara genel olarak doğru cevap verme oranı %65.9 olup, orta düzeydedir.

Yine hasta haklarında olduğu gibi doktor ( $11.5 \pm 1.8$ ) ve ebe, hemşire, ebe-hemşire ( $10.7 \pm 1.8$ ) grubunun diğer iki gruba göre bilgi puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde ise yaş ilerledikçe bilgi puanlarının azaldığı görülmüştür.



Sağlık personelinin bu kategoride mevcut olan hakları da göz ardı edilemez. Günümüzde hasta hakları ve güvenliği gibi kavramların önem kazanması ile birlikte, sağlık personeli tarafından gündeme getirilen sağlık çalışanlarının hakları da bilgi eksikliğinin yaşandığı diğer bir alandır.

Birinci basamakta yapılan bu çalışmada özellikle uzman doktor hariç tüm sağlık çalışan gurubu ele alınmış, bu konuda erkeklerin bilgi puanının  $6.4 \pm 1.4$ , kadınların ise  $6.7 \pm 1.3$  olduğu ve doğru cevap oranının yine %65.7 olduğu ve bu konuda aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı, yine orta düzeyde bir oran tespit edilmiştir.

Sonuç olarak hasta hakları, hasta güvenliği ve sağlık personelinin kendi hakları ile ilgili doğru cevap oranlarının ortalama %60.0-%65 arasında orta düzeyde olduğu, sadece %86.0 gibi yüksek bir oranda konu ile ilgili eğitim almadığı, %40.0 civarı gibi bir bölümünün yasal mevzuatı bilmediği saptanmıştır. Meslek gruplarında ise özellikle; sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant grubu ile tıbbi sekreter, hizmetli grubunun diğer meslek gruplarına göre bilgi puan ortalamalarının daha düşük olduğu, Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu konunun yeterli oranda bilinmediği sonucuna varılmıştır. Bunlara yönelik öncelikle:

- Sağlık personelinin mesleki eğitim aldıkları süre içinde; hasta hakları, hasta güvenliği ve kendi hakları ve iletişim gibi konuların müfredatlarına eklenmesi ve gerekli eğitimin yapılması,
- Sağlık çalışanlarının meslek öncesi ve sonrası bu konularda güncel bilgiler ışığında yapılacak eğitimlerin sürekli hale getirilmesi,
- İl Sağlık Müdürlükleri çerçevesinde toplu eğitimlerin artırılması ve konuyla ilgili dergi ve broşür gibi dokümanların düzenli olarak yenilenip, sağlık ocaklarına gönderilmesi,
- Hasta güvenliği, hasta hakları ve özellikle çalışanların haklarına yönelik bilimsel çalışmaların artırılması ve konunun önemine dikkat çekilmesi,

- Sağlık personelinin motive olabilmesi, meslekten memnuniyetlerinin artırılabilmesi için, ekonomik, çalışma koşulları, eğitim desteği, sahip ıkılma gibi beklentilerinin yerine getirilmesi ve haklarının korunması,

## 7. ÖZET

### **TRABZON İL MERKEZİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN HASTA HAKLARI, HASTA GÜVENLİĞİ VE KENDİ HAKLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI**

Sağlık hizmetinin kaliteli ve etkin sunumunun sağlanmasında çok önemli bir yere sahip olan hasta hakları ve hasta güvenliği esasında sağlık çalışanlarının hakları ile örtüşen ve birbirlerini tamamlayan kavramlardır. Trabzon'da ilk defa yapılan bu çalışma ile Trabzon İl Merkezine bağlı 26 Sağlık Ocağında görev yapan tüm sağlık personelinin, Hasta Hakları, Hasta Güvenliği ve Sağlık Çalışanı Hakları konusunda bilgi ve tutumları ölçülmüştür.

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 1 Mart 2008- 31 Mayıs 2008 tarihleri arasında 3 aylık bir süreyle Trabzon İli Merkezinde Birinci Basamakta çalışan 245 sağlık personeli ile yüz yüze anket yöntemi ile yapılmıştır. Katılımcıların %61.6'sı kadın, %38.4'ü ise erkek olup, kadınların yaş ortalamaları  $33.8 \pm 5.5$ ; erkeklerin yaş ortalamaları  $39.7 \pm 6.3$ ; genel olarak yaş ortalaması  $36.1 \pm 6.5$  dir. Araştırma sonuçlarına göre katılımcıların %68.2'sinin yasal mevzuatı (yönetmelik-yönerge) bildiği ve yalnızca %13.9'u hasta hakları ile ilgili olarak eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bu da sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün konu ile ilgili olarak eğitim almadığını ve ilgili yasal mevzuatın yeterince bilinmediğini göstermiştir.

Sağlık personelinin cinsiyete göre hasta hakları bilgi puanları incelendiğinde kadınların bilgi puan ortalaması  $10.4 \pm 2.3$  erkeklerin bilgi puan ortalaması  $9.2 \pm 2.7$  olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görülmüştür. Benzer şekilde meslek grupları ile yaş gruplarının hasta hakları bilgi puan ortalamaları arasında da anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Meslek grupları karşılaştırıldığında, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter ve hizmetlilerin puan ortalamalarının düşük olması nedeniyle bu gruplar arasında bir farklılık tespit edilmiştir. Bununla birlikte, görev yılı ile ilişkili olarak bir farklılık bulunmamıştır. Hasta güvenliği ile ilgili olarak sağlık çalışanlarının tutum puanları incelendiğinde kadınların puan ortalaması  $10.8 \pm 1.8$ . erkeklerin puan ortalaması  $9.2 \pm 2.7$  olup aralarında hasta hakları ile ilgili bölümde olduğu gibi anlamlı bir farklılık mevcuttur. Hasta güvenliği bölümünde de hasta haklarındakine benzer şekilde meslek ve yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Bu bölümde grupların görev süreleri açısından da bir farklılık tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan personelin cinsiyet ve görev süresi yönünden kendi hakları ile ilgili tutum puanları incelendiğinde diğerlerinden farklı olarak aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilememesine karşın, meslek ve yaş grubu açısından farklılık olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak birinci basamakta sağlık personelinin hasta hakları, hasta güvenliği ve kendi hakları konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir. Personelin %60'nın bu konularda bilgi sahibi olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu oranın artması için eğitim programlarının düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır.

## 8. ABSTRACT

### **KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF HEALTH CARE PERSONEL WORKING AT HEALTH CENTERS IN CENTER TRABZON ON PATIENT RIGHTS, PATIENT SAFETY AND THEIR RIGHTS**

Patient rights and patient safety which have great importance in providing the health care effectively are concepts that overlap health employee rights and complement each other. By this first study performed in Trabzon, the knowledge and the attitudes of health staff working in 26 health clinics in Trabzon city center about patient rights, patient safety and employee rights have been measured.

This descriptive study has been performed by collaboration with 245 health employee work in a first order clinic in Trabzon by using the face to face questionnaire technique, for 3 months period between March-May 2008. 61.6% of he participants are woman and 38.4% of them are man, general average of participants age is  $36.1\pm 6.5$ ,  $33.8\pm 5.5$  for woman and  $39.7\pm 6.3$  for man. According to the results of the survey, 68.2% of the participants have the knowledge about the legal principles and just 13.9 % of them have been educated about the patient rights. This shows that the great part of the health employees have not been educated and have not known the related legal principles.

When investigated the information points about the patient rights of the health staff depending on the participant gender, the points are  $10.4\pm 2.3$  and  $9.2\pm 2.7$  for women and men, respectively and then a meaningful difference statistically has been observed. Similarly, meaningful differences have also been detected between the average patient rights points of the age and the professional groups. When compared the professional groups, the differences have been found because of the low average point taken by some groups including medical secretary, medical officer, environmental health operator, laboratory assistant and worker. However, it has been observed no differences for year of stuff service. When analyzed the attitude points on patient safety of the health employees the average points have been found to be  $10.8\pm 1.8$ . for women and  $9.2\pm 2.7$  for men and there is a meaningful differences as found in the section related by patient rights. In the section of the patient safety, similarly to patient rights, meaningful differences have been observed between the age and professional groups. It has been also determined a difference for the duration of the service in this section. Although it has not been observed meaningful differences in perspective of the gender and service duration, there is a difference in perspective of the profession and age groups from the results of the attitude points of the participants.

Consequently, it has been found that health staff have no sufficient information about patient rights, patient safety and their own rights. If this information that 60% of the all stuff have knowledge about these items taken into account, the organizing the education programs have a great significance in order to increase this ratio.

## 9. KAYNAKLAR

- 1- Gök, Ö.: Hak ve özgürlük kavramları, insan hakları kurallarının özellikleri. [http://www.egm.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/33/web/makaleler/Ozkan\\_GOK.htm](http://www.egm.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/33/web/makaleler/Ozkan_GOK.htm), Erişim tarihi:02.06.2008
- 2- Gözler, K.: Anayasa hukukuna giriş. Ekin Kitabevi yayınları, Bursa, 146-159, 2004.
- 3- Hasta hakları kavramı ve tarihsel gelişimi. [www.baltalimani.gov.tr/pdf/1hastahaklari\\_kavramitarihselgelisimi.pdf](http://www.baltalimani.gov.tr/pdf/1hastahaklari_kavramitarihselgelisimi.pdf), Erişim tarihi:02.06.2008
- 4- Özkavak, M ve Dönmez, M.: İnsan hakları kavramı ve tarihsel gelişimi. <http://www.caginpolisi.com.tr/27/58-59.htm>, Erişim tarihi: 02.06.2008
- 5- Özer, A ve Günay, O.: Kayseri il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. Erciyes Tıp Dergisi, 29(1): 56-63, 2007.
- 6- Topbaş, M., Özlü T., Çan, S., Bostan, S.: Hekimler hasta haklarını ne kadar biliyorlar? Bir tıp fakültesindeki asistan ve intern hekimlerin bilgi düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13: 81-85, 2005.
- 7- Deveci, S.E., Ögetürk, A., Özan, A.T., Tokdemir, M.: Açık, Y., Bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların hasta haklarının farkında olma durumları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13:174-178, 2005.
- 8- Çinko, M.S.: Hukuki ve Tıbbi Açıdan Hasta Hakları. [www.yayin.adalet.gov.tr/9\\_sayi%20içerik/Mehmet%20Sıddık%20ÇİNKO.htm](http://www.yayin.adalet.gov.tr/9_sayi%20içerik/Mehmet%20Sıddık%20ÇİNKO.htm), Erişim tarihi: 03.06.2008
- 9- Mazıcıoğlu, M.M., Yazıcı, C., Özer, A., Zaimoğlu, A.: Araştırma görevlilerinin hasta hakları yönetmeliği hakkındaki bilgi düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 12:226-229, 2004.

- 10-** Sütlaş, M.: Hasta hakları uygulamalarında, hasta, hasta yakını ve sağlıkçı, sağlık kuruluşu ilişkisi. [http://www.sabem.saglik.gov.tr/rapor\\_proje/linkdetail.aspx?id=4785](http://www.sabem.saglik.gov.tr/rapor_proje/linkdetail.aspx?id=4785), Erişim tarihi: 03.06.2008
- 11-** Özlü, T.: Hekimler ve hasta hakları. Sağlık Hakkı Dergisi, 2: s. 39-44, 2007.
- 12-** Önal, G ve Civaner, M.: Hasta hakları uygulaması yönergesi: hasta haklarının yaşama geçirilmesi için bir adım. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13:203-208, 2005.
- 13-** Teke, A., Uçar, M., Demir, C., Çelen, Ö., Karaalp, T.: Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki, bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(4): 259-266, 2007.
- 14-** Hasta hakları konusunda Avrupa'da gelişmeler. [www.hayad.org.tr/index2.php?option=com\\_content&do\\_pdf=1&id=73](http://www.hayad.org.tr/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=73), Erişim tarihi: 15.06.2008
- 15-** Oğuz, Y.N.: Yüksek riskli bir mekân: sağlık kuruluşu. Türk Tabipleri Birliği, Tıp Dünyası, Sayı:116, 2004.
- 16-** Medimagazin: Çok sayıda hasta tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybediyor. <http://www.medimagazin.com.tr/mm-cok-sayida-hasta-tibbi-hatalar-nedeniyle-hayatini-kaybediyor-h-42209.html>, Erişim adresi: 06.08.2008
- 17-** Hakeri, H.: Tıp Hukuku. Birinci Baskı. Seçkin Yayınları, Ankara, s. 289-399, 2007.
- 18-** Emni, M.E.: Hak kavramı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12: 203-216, 2004.
- 19-** İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1949, Sayı: 7217
- 20-** Özkal, İ.: Türkiye'de sağlık sektörü ve küreselleşme. Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi, 11: s. 46-49, 2002.
- 21-** Kaymakçı, M.: Hasta hakları ve sorumlulukları. <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/haksor.htm>, Erişim tarihi: 06.06.2008

- 22-** Akdur, R.: Cumhuriyetten günümüze sağlık insan gücü politikaları. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Ankara, s. 45-71, 2008.
- 23-** Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Resmi Gazete, 14 Nisan 1928, Sayı: 863
- 24-** Sağlık hizmetleri sistemi. Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007, Hıfzısıhha Yayını, Ankara, s. 98-101, 2007.
- 25-** Umumi Hıfzı Sıhha Kanunu. Resmi Gazete, 06 Mayıs 1930, Sayı: 1489
- 26-** Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Resmi Gazete, 19 Şubat 1960, Sayı: 10436
- 27-** Karakaya, H.: Hasta hakları, sağlık çalışanları ve etik. T Klin J Med Ethics, 4:s. 114-117, 2002.
- 28-** Uysal, M.: Hasta hakları ve hasta bilgilendirmenin önemi. <http://www.konyadogumevi.gov.tr/html/makale.htm>, Erişim tarihi: 02.02.2009
- 29-** Bostan, S.: Hastanelerde sağlık hizmeti alma sürecinde ortaya çıkan hasta hakları ihlalleri. Sağlık Hakkı Dergisi, 2: s.16-20, 2007
- 30-** Aydın, E.: Tıp etiğinde hak kavramı. T Klin J Med Ethics, 7: s.84-87, 1999.
- 31-** Şahin, Y.: Hasta hakları. Sızıntı Dergisi, Sayı:315, 2007.
- 32-** Özlü, T.: Hasta hakları: Hakkınız var çünkü hastasınız. Timaş Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, s. 13-22, 2005.
- 33-** Çetinalp, H.: Hasta haklarına bakış. [http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hasta\\_haklarına\\_bakis/](http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/makale/hasta_haklarına_bakis/), Erişim tarihi: 01.02.2009
- 34-** Aydın, E.: Hasta hakları ve tarihsel gelişimi-1. <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/elektronikkitap/tarihselgelisim.htm>, Erişim Tarihi: 08.06.2008

- 35-** Şahin, B ve Top, M.: Küçülen dünyada büyüyen beklentiler: Geleceğin sağlık sistemleri. Sağlık ve Toplum Dergisi, 3: s. 3-14, 2002.
- 36-** Kaya, H., Acaroğlu, R., Aştı, T., Kaya, N., Şendir, M.: Öğrenci gözlemlerine göre hasta haklarının uygulanma durumu. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 14: s. 140-144, 2006.
- 37-** Günay, Y., Elçioğlu, Ö., Koç, S.: Hasta ve hekim hakları açısından hasta rızası. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 8: s. 46-50, 2000.
- 38-** Ataç, A., Azal, Ö., Uçar, M., Açikel, C.H., Göçgeldi, E.: TSK Sağlık Kurumlarından yararlanan personelin hasta hakları ve sağlık personeli-hasta ilişkisi konusundaki memnuniyetlerinin intranet üzerinden araştırılması. Gülhane Dergisi, 45(4): s. 309-315, 2003.
- 39-** Önal, E ve Tümerdem, Y.: Hasta hakları, sağlık hakkı ve tıp etiği internlere yönelik bir anket bağlamında. Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 7: s. 72-77, 1999.
- 40-** Akyıldız, S.: Hasta haklarının tarihsel gelişimi ve hekimin hukuksal sorumluluğu. [www.suvak.org/pdf/kongreV/6%20Sunay%20Akyildiz.pdf](http://www.suvak.org/pdf/kongreV/6%20Sunay%20Akyildiz.pdf), Erişim Tarihi: 15.07.2008
- 41-** Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998, Sayı: 23420
- 42-** Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=119&Itemid=34](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=119&Itemid=34), Erişim Tarihi: 15.03.2009
- 43-** Hastalar haklarını arıyor, Tüm gazeteler, <http://www.tumgazeteler.com/?a=2316675>, Erişim tarihi:07.07.2008
- 44-** Özlü, T.: Hasta hakları-II. 3. Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu, Trabzon, s. 34-43, 2007.
- 45-** Hasta hakları konusunda Avrupa'da gelişmeler. <http://www.hayad.org.tr/content/View/73/41>, Erişim tarihi: 02.02.2009
- 46-** Almanya'da hasta hakları. <http://www.aok.de/tuerkisch/berl/rd/277.php?sid=d826f7dacc0d1d885ce47e68df8933>, Erişim Tarihi: 15.03.2009.



- 47-** Aile hekimliği uygulamaları. <http://ailehekimleri.net/content/view/558/109/>, Erişim Tarihi: 15.03.2009
- 48-** Görkey, ř.: Hasta hakları. Medikal Etik, 4:100-126, 2003.
- 49-** Belçika'da 40 hastaya ötenazi. <http://arsiv.sabah.com.tr/2007/03/26/dun95.html>, Erişim Tarihi: 15.03.2009
- 50-** Devlet hastanelerinde hasta bildirisini. [www.hastahaklari.com/avustralyahastahaklari.pdf](http://www.hastahaklari.com/avustralyahastahaklari.pdf), Erişim tarihi: 02.02.2009
- 51-** Özdemir, Ö., Ocaktan, E., Akdur, R.: Türkiye'de ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetleri. 2. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 2004.
- 52-** Uçku, R.: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bölge kavramına yaklaşım. 5. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Manisa, 2007.
- 53-** HASUDER: Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin görüş. <http://www.hayad.org.tr/content/view/206/2>, Erişim tarihi: 02.02.2009
- 54-** Özdemir, O., Ocaktan, E., Akdur, R.: Sağlık reformu sürecinde Türkiye'de ve Avrupa'da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniv. Tıp Fak. Mecmuası, 56:s. 207-216, 2003
- 55-** Özlü, T.: Her hastanın bir sahibi olmalı. Medimagazin, 10 Kasım 2008, Sayı: 406
- 56-** Etiler, N ve Ergin, I.: Kentlerde sağlık örgütlenmesinin ilkeleri ve entegrasyon. Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi, Türk Tabipler Birliği yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2007.
- 57-** Birinci basamakta ilaç kısıtlamaları ve hasta hakları. <http://www.sutlas.gen.tr/th-ilac2.htm>, Erişim tarihi: 02.01.2009
- 58-** Varol, V.: Sağlık kurumları sağlık hizmetlerini, sağlık ve hasta hakları çerçevesinde sunmalıdır. <http://www.hastanederGISi.com/en/haberdetay.asp?id=4>, Erişim tarihi: 02.01.2009

- 59-** Özlü, T.: Üniversite hastaneleri. Medimagazin, 22 Aralık 2008, Sayı: 411
- 60-** Akalın, H.E.: Klinik araştırmalar ve hasta güvenliği. İku,17:s. 32-35, 2007.
- 61-** Deryal, Y.: Özel sağlık işletmelerinde hastanın aydınlatılması ve rızasının alınması, <http://www.haksay.org/files/yahya01.doc>, Erişim tarihi: 02.02.2008
- 62-** Kaymakcı, M.: Özel hastanelerde hasta hakları uygulaması. [http://hastaninhaklari.Blogcu.com/ozel-hastanelerde-hasta-haklari-uygulamasi\\_1936029.html](http://hastaninhaklari.Blogcu.com/ozel-hastanelerde-hasta-haklari-uygulamasi_1936029.html), Erişim tarihi: 02.02.2008
- 63-** Akalın, H.E.: Enfeksiyon kontrolü- kalite iyileştirme ve hasta güvenliği ilişkisi. <http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/dosya/kalite.pdf>, Erişim tarihi: 02.02.2008
- 64-** Budak, M.: Hasta güvenliği kùltürü. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kùltürü Platformu, <http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=112>, Erişim tarihi: 02.02.2008
- 65-** Güven, R.: Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, Antalya, s. 411-422, 2007.
- 66-** Çakmakcı, M.: Hasta hakları, tıbbi hatalar ve hasta güvenliği kavramı. <http://www.suvak.org/pdf/kongreV/2%20Metin%20Cakmakci.pdf>, Erişim tarihi: 02.02.2009
- 67-** Ergün, İ.: Hastanelerde hasta ve çalışan güvenliği. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3445.pdf>, Erişim tarihi: 02.02.2008
- 68-** Yıldırım, Ö.: Sağlık hizmetlerinde akreditasyon. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Vizyonu Oturumu, İstanbul, 22 Kasım 2006.
- 69-** Aydın, B.: Akreditasyon ve hasta güvenliği. [http://www.hastaguvenligikongresi.net/author\\_article\\_detail.php?id=1](http://www.hastaguvenligikongresi.net/author_article_detail.php?id=1), Erişim Tarihi: 15.03.2009
- 70-** Uluslar arası organizasyonlar. <http://en.hastaguvenligikongresi.net/congress.php?id=1&section=3>, Erişim Tarihi: 15.03.2009

- 71-** M. Bulun, Hasta güvenliği: temel kavramlar. Hemşirelik Hizmetlerinde Hasta Güvenliği Sempozyumu, Konya, 24 Kasım 2007.
- 72-** Rakamlarla hasta güvenliği. <http://www.hastaguenligimiz.com/rakam2.html>, Erişim tarihi: 03.02.2008
- 73-** Aygörmez, G.A.: Almanya tıbbi sanat hataları araştırma sonuçları. Türk Hukuku Sitesi, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=17202>, Erişim tarihi: 02.02.2008
- 74-** Tokaç, M.: Türk tıp tarihine ait belgelerde hasta güvenliği. Medikal Forum, [www.medikalforum.net/showthread.php/turk-tip-tarihine-ait-belgelerde-hasta-guvenligi-7950.html](http://www.medikalforum.net/showthread.php/turk-tip-tarihine-ait-belgelerde-hasta-guvenligi-7950.html) - 47k, Erişim tarihi: 03.07.2008
- 75-** JCI-2008 Hasta güvenliği hedefleri. <http://www.toyotasadh.gov.tr/egitim.html>, Erişim tarihi: 07.07.2008
- 76-** Atıcı, E.: Hekim-hasta ilişkisi kavramı (Der). Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi, 33(1): s. 45-50, 2007.
- 77-** Topbaş, M.: Sağlık çalışanlarının hakları. 3. Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu, Trabzon, s. 45-48, 2007.
- 78-** Elmas, İ.: Hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğu. [www.itf.istanbul.edu.tr/adlitip/slaytlar/16.ppt](http://www.itf.istanbul.edu.tr/adlitip/slaytlar/16.ppt), Erişim tarih: 07.07.2008
- 79-** İnce, H., İnce, N., Özyıldırım, B.A., Safran, N.: Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları(Der). İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt: 68, 4:123-127
- 80-** Demircan, T., Özer, G.F., Beydağ, K.D.: Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:3, 8: 04-20, 2008.
- 81-** Eşiyok, B., Yaşar. Z.F., Turla, A.: Diş hekimlerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27: 367-372, 2007.

- 82-** Ocaktan, E., Yıldız, A., Özdemir, O.: Abidin Paşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları. Ankara Üniv. Tıp Fak. Mecmuası, Cilt:57, 3: 129-137, 2004.
- 83-** Duran, Ö., Yıldırım, G., Gerçek, S., Karaarslan, M., Aydın, G.: Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin hasta haklarına ilişkin bilgi durumları. Sted Dergisi, Cilt:17, 1: 1-6, 2008.
- 84-** Woogara, J.: Patient's right to privacy and dignity in the NHS. Nurs Stand, 19: 33-37
- 85-** Öztürk, H., Yılmaz, F, Hindistan, S., Çilingir, D., Yeşilçiçek, K.: Hekim, hemşire ve hastaların hastanede uygulanan hasta haklarını değerlendirmeleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethicsi, 15: 145-152, 2007.
- 86-** Özlü, T.: Hasta hakları. 4. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, HAKSAY yayını, 3: s. 1-7, 2007.
- 87-** Bostan, S.: Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının araştırılması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, 1: 1-18, 2007.
- 88-** Aksoy, Ş., Çevik, E., Edisan, Z.: Yaşamın sonunda verilen kararlara ilişkin bir etik tartışma. T Klin Tıp Etiği- Hukuku-Tarihi, 10:263-268, 2002.
- 89-** Sur, H., Söylemez, D., Özkan, E., Belirgen, M., Toker, S., Ercan, H., Hayran, O.: Hekim ve hastaların hasta haklarına yaklaşımları, [http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1120\\_2hasta\\_haklari.pdf](http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1120_2hasta_haklari.pdf), Erişim tarihi,: 12.02.2009
- 90-** Steven, H.: Patient safety is not enough: targeting quality improvements to optimize the health of the population. Annals of Internal Medicine, 140:33-36, 2004.
- 91-** Firth-Cozens, J.: Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork, Quality in Health Care, 10: ii26–ii31, 2001.
- 92-** Akgün, S.: Tıp eğitiminde hasta güvenliği uygulamaları ve klinik uygulamalara entegrasyonu. 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2009.

- 93-** Vincent, A.C., Coulter, A.: Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care*, 11: 76–80, 2002.
- 94-** Akalın, H.E.: Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. *Yoğun Bakım Dergisi*, 5(3): 141-146, 2005.
- 95-** Kiekkas, p., Sakellaropoulos, G.C., Brokalaki, H., Manolis, E., Samios, A., Skartsani, C., Baltopoulos, G.I.: Association between nursing workload and mortality of intensive care unit patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4):385-390, 2008.
- 96-** Obradovic, Z.: Nosocomial inafections surveillance and patient safety. 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2009.
- 97-** Özata, M., Aslan, Ş., Mete, M.: Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri:Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. 2. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2008.
- 98-** Karahan, A.: Hasta güvenliği açısından temizlik personelinin tıbbi atık bilgi düzeyinin yükseltilmesinde toplam kalite çalışmalarının etkisi. 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2009.
- 99-** Letaief, M.: Research as a priorty action area to document patient harm, application for the study of adverse events in a university hospital in Tunisia. 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2009.
- 100-** Saral, Ç., Onganer, E., Bayoğlu, Ö.: Acıbadem Kadıköy Hastanesinde hasta düşmelerinin önlenmesi. 3. Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, Antalya, 2009.
- 101-** Türkmen, N., Tümtürk, A., Yiğit, M.: Çorum Devlet Hastanesi sağlık personelinin tıbbi atıklara ve tıbbi atıklardan bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 12(2): 226-233, 2008.
- 102-** Günaydın, S.: Hasta hakları ve tıbbi uygulama hataları. *Anestezi Dergisi*, 11(4): 242-248, 2003.

- 103-** Bükten, N.Ö., Bükten, E.: Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar, T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 11: 140-147, 2003.
- 104-** Yiğit, N.: Sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu öğrencilerinin standart bariyer önlemleri ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. 12(2): 234-240, 2008.
- 105-** Teke, Y.H., Alkan, H.A., Başbulut, A. Z., Cantürk, G.: Tıbbi uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve bilgilenme düzeyi: Anket çalışması. Türkiye Klinikleri J Foren Med, 4: s. 61- 67, 2007.

## EKLER - ANKET FORMU

### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaşınız:..... 2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3. Eğitim durumunuz (En son bitirdiğiniz okul):

- İlkokul  Ortaokul  Normal Lise  
 Sağlık Meslek Lisesi  Açık Öğretim Fak. Ön lisans (2 yıllık)  
 Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (2 yıllık)  
 Sağlık Yüksek Okulu (4 yıllık)  
 Tıp Fakültesi  
 Diğer(lütfen belirtiniz.....)

4. Mesleğiniz:

- Doktor  Ebe  Hemşire  
 Ebe- hemşire  Sağlık memuru  Laborant  
 Çevre sağlık teknisyeni  Memur  Şoför  
 Temizlik Görevlisi

5. Görev Yeriniz:.....

6. Mesleğinizde şu ana kadar toplam görev süreniz:..... Yıl

### HASTA HAKLARI İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ

7. Daha önce hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldınız mı? / bir kursa katıldınız mı?

- a) Hayır b) Evet (lütfen belirtiniz.....)

8. Sizce ülkemizde “Hasta hakları” ile ilgili yasal mevzuattan hangisi / hangileri bulunmaktadır?

- a) Kanun b) Tüzük c) Yönetmelik d)Yönerge e) Hiçbiri

9. Hastanın bilgilendirilmesi ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
- Hastaya kalçasından enjeksiyon yapılacaksa, girişimin risk ve yararları mutlaka anlatılmalı.
  - Hastaya tedavisinin gidişatı hakkında bilgi verilmeli.
  - Hastaya bilgi verilirken, hastayı endişelendirmemek için tıbbi terimler kullanmalı.
  - Hasta, durumu hakkında bilgi almak istemiyorsa, bilgi verilmemeli.
  - Hastaya tedavi seçeneklerinin hepsi anlatılmalıdır.
10. Hastanın mahremiyeti ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
- Hastanın bilgileri kişinin ölümünden sonra bile açıklanamaz.
  - Hastaya ait bilgiler, kişinin izni ile açıklanabilir.
  - Hastaya ait bilgiler, mahkemenin kesin kararı ile açıklanabilir.
  - Tıp fakültesi, sağlık meslek lisesi, yüksekokul gibi eğitim yapılan yerlerde, öğrenciler hasta başı eğitim yapılırken hastadan izin alınmasına gerek yoktur.
  - Poliklinikte aynı anda birkaç hasta muayenesi yapılmamalıdır.
11. Hastanın durumu hakkında bilgi almasıyla ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
- Hasta kendi dosya bilgilerini inceleyebilir.
  - Hasta kendi dosyasının bir örneğini veya fotokopisini alması, kurum için uygun değildir.
  - Yabancı hastalar durumları hakkında bilgi almak isterlerse bir tercüman sağlanmalıdır.
  - Hastanın, durumu hakkında bir başka hekimden görüş alma hakkı vardır.
  - Hasta durumu hakkındaki bilgiyi kendisi ile ilgilenen doktordan almalıdır.
12. Hastanın uğradığı bir olumsuzluğu gidermesi ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur**?
- Yalnızca fiziksel olarak zarar gören hastalar, tazminat isteğiyle dava açabilirler.
  - Hasta kendisine zarar veren sağlık personeli tespit edilemezse, hiçbir şekilde dava açma hakkına sahip değildir.
  - Sağlık personelinin hastaya zarar verdiğinin kanıtlanması üzerine, ödenecek tazminat kişi değil, kurumu ödemek zorundadır.
  - Hasta isterse, zarar gördüğü kurumu dava edebilir.
  - Poliklinikte sıra beklerken, sırası alınan bir hastanın ilk önce başhekimle görüşüp, şikayetini bildirmesi gerekir.
13. Aşağıdakilerden hangisine en öncelikli tedavi edici sağlık hizmeti **verilmelidir**?
- Valiye
  - Belediye Başkanına
  - Tıbbi durumu en ağır olana
  - Herkese sıra verilmeli, sırası gelene
  - Sıra bekleyen ve orada sorun çıkartıp diğer hastaları rahatsız edene
14. “Her insanın .....” uygun **olmayan** hangisidir?
- yaşamının son döneminde, insanca bakılmaya hakkı vardır.
  - onurlu bir biçimde ölme hakkı vardır.
  - acı çekmeden ölmesi için, yaşamına son verilmesini isteme hakkı vardır.
  - yaşamına saygı gösterilmesi hakkı vardır.
  - sağlığının korunması hakkı vardır.



- 15.** Hastanın kendisine önerilen tedaviyi reddetmesi ile ilgili olarak hangisi **doğrudur**?
- Doktor, hastasına uygun gördüğü her tedaviyi hastasına danışmadan uygular.
  - Hastanın bilinci kapalı ise, hekimin önerdiği tedavilere göre, ailesi karar verir.
  - Hasta, acil servise başvurmuşsa tedaviyi reddetme hakkı yoktur.
  - Hasta, önerilen tedavileri hiçbir şekilde reddedemez.
  - Hekim, hastası tedaviyi reddetse bile uygun gördüğü tedaviyi uygular.
- 16.** Hastanın ziyaretçi veya refakatçi bulundurmasıyla ilgili hangisi **doğrudur**?
- Hastalara mümkün olduğunca çok sayıda refakatçi bulundurma hakkı tanınmalıdır.
  - Hastanelerde, hastane hijyenin bozulmaması için refakatçi bulundurmasına izin verilmemelidir.
  - Hasta ziyaretleri, tedavi hizmetlerini aksatmamak ve hastaların istirahatını bozmamak koşuluyla olabildiğince kısıtlanmalıdır.
  - Hastanın ziyaretçilerinden bağış adı altında ücret alınmalıdır.
  - Muayene sırasında, hastaya yardımcı olması hekim tarafından uygun görülen bir refakatçi bulundurma hastanın hakkıdır.
- 17.** Aşağıdakilerden hangisi saygınlık görme hakkı ile ilgili olarak **yanlıştır**?
- Hasta, tedavisini alırken sağlık personeli her zaman güler yüzlü, nazik ve şefkatli olmalıdır.
  - Hastanın kendini rahat ve güvende hissetmesi sağlanmalıdır.
  - Muayene esnasında bazı kıyafetlerini çıkarmak istemeyen ya da bu yüzden muayeneden çekinen kişinin bu isteğine saygı gösterilmelidir.
  - Yabancı uyruklu kimselere öncelik tanınmalıdır.
  - Hasta, bulunduğu odadan rahatsız olursa odasının değiştirilmesini isteyebilir.
- 18.** Aşağıdakilerden hangisi hastanın sağlık personelini seçme hakkı ile ilgili olarak **yanlıştır**?
- Kişi bakım ve tedavi aldığı kurumdaki doktorunu değiştirme hakkına sahiptir.
  - Kişinin, kendisini muayene ve tedavi edecek doktorun adını sormaya hakkı vardır.
  - Kendisinin muayene ve tedavisinde yardımcı olacak hemşirenin adını bilmesine gerek yoktur.
  - Kendisine yapılan tıbbi bir girişimde başarısız olan bir hemşirenin yerine bir başka hemşireyi isteme hakkı vardır.
  - Hastanın, eğer iki tane ise röntgen teknisyeninden birisini seçme hakkı vardır.
- 19.** Hastanın bilgi isteğiyle ilgili aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?
- Hastanın, sağlık kuruluşunda çalışan sağlık personeli hakkında bilgi isteme hakkı vardır.
  - Hastanın, sağlık kuruluşunda yer alan tanı ve tedavi olanakları hakkında bilgi isteme hakkı vardır.
  - Hastaya yönelik yönlendirici tabela ve işaretlerin bulundurulması, kurum düzeni sağlamak içindir.
  - Hastanın, sağlık kurumundan nasıl faydalanabileceğini öğrenmeye hakkı vardır.
  - Sağlık kurumları hastayı bilgilendirebilmek için özel eğitilmiş personel bulundurulmalıdır.

20. Aşağıdakilerden hangisi insancıl bakım alma hakkı ile ilgili olarak **yanlıştır**?

- Son dönemde olan bir kanser hastasının ağrılarının çok şiddetli olması nedeniyle, daha sık ve daha etkili ağrı kesici verilmesi.
- Uzun süredir yatakta bakılmakta olan bir hastanın düzenli bir şekilde hijyenik bakımının yapılması ve yatak içinde hareket ettirilmesi.
- Artık kendisi için yapılabilecek bir şey olmadığını bilen bir hastanın, şiddetli acı çekmesinden dolayı sağlık personelinin hayatına son vermesini istemesi.
- Muayene olmak için sağlık kurumuna gelen ve kuyrukta bekleyen hastalar için bank ve sandalye gibi oturacakların düzenlenmesi, yaşlılara ve acil hastalara ayrı bir birim ayrılması.
- Hastaların sağlık personelinin daima güler yüz, nezaket ve saygı beklemesi.

21. Aşağıdakilerden hangisi şikayette bulunma hakkı için **doğrudur**?

- Hastasına kan gerekli olan bir hasta yakınının, getirdiği kişilerin kanını servis hemşiresinden almasını istemesi, ancak kendisine bu işlemin kan merkezinde yapıldığının söylenmesine rağmen bunda ısrar edip hemşireden şikayetçi olması.
- Muayeneye gelen bir belediye başkanının kendisine öncelik verilmediği için sağlık personelinin şikayetçi olması.
- Kaldığı hastanenin yemek çeşitlerinden memnun olmayan bir hastanın aşçıdan şikayetçi olması.
- Poliklinikte muayene olmak için bekleyen bir hastanın bir şey sormak için içeri girmek istemesi üzerine, sağlık personeli tarafından açıklama yapılmadan hemen dışarı çıkarılması üzerine kişinin şikayette bulunması.
- Hastanın hekimden durumu ile ilgili bilgi almak isteğinde hekim gerekli açıklamaları yapmadığında doktora bağırp, şikayet etmesi.

22. Aşağıdakilerden hangisi rıza gösterme hakkı ile ilgili olarak **yanlıştır**?

- Herhangi bir tıbbi müdahale için, hasta bilgilendirilip hastanın yazılı ya da sözlü onayı alınmalıdır.
- Bilinci kapalı bir hastaya eğer yakınları da yoksa gerekli tüm tıbbi müdahaleler izin alınmaksızın yapılabilir.
- Hekim uygulayacağı tedaviyi önce hastasıyla görüşür ve sonra onun da onayını aldıktan sonra tedaviye başlar.
- Aile planlaması yöntemi kullanmak isteyen bir kişinin sağlık ocağına başvurması üzerine, kişiye sağlık personelinin ‘senin için en uygun olanı RİA, sana bunu uygulayalım ‘deyip hastaya RİA’yı uygulaması.
- Kişi herhangi bir tıbbi çalışma ya da araştırmaya dahil edilmek isteniyorsa, mutlaka gönüllü onam formu gerekli açıklamalarla doldurulmalıdır.

23. Aşağıdakilerden hangisi kişinin müracaat, şikayet ve dava hakkı ile ilgili olarak **yanlıştır?**

- a) Kişi tıbbi hatalar nedeniyle uğradığı maddi, manevi ya da fiziksel zararlar sonucunda şikayet hakkına sahiptir.
- b) Hasta hakları çerçevesinde oluşacak ihmal ve zararlardan yalnızca kişi sorumlu tutulur, kurum sorumlu olmaz.
- c) Kişi uğradığı zarar verici eylemden sonra en geç 1 yıl içinde maddi ve manevi tazminat isteminde bulunabilir.
- d) Hasta hakları ihlalleri gibi durumlarda sağlık personeli hakkındaki idari tedbir ve müeyyideler kişinin çalıştığı kurum ve kuruluş tarafından alınır.
- e) Hasta hakaret ya da fiili şiddete maruz kalırsa bu direkt savcılığa intikal eder.

24. Aşağıdakilerden hangisi hastanın onay (rıza gösterme) hakkı için **doğrudur?**

- a) Kişi gönüllü olarak yazılı onay verdiği bir çalışmayı, hiçbir şekilde yarıda bırakamaz
- b) Kişiye, çalışmanın olumsuzlukları anlatılıp onayı alınmışsa, oluşacak zarardan çalışmayı yürüten sağlık personeli sorumlu tutulamaz.
- c) Hastaya enjeksiyon yaparken mutlaka onayının alınması gereklidir.
- d) Gönüllü onayı alınan hastanın herhangi bir zarar uğraması sonucu, onayı olduğundan dolayı tazminat talebinde bulunamaz.
- e) Hastanın onaylamadığı bir tedavi yöntemini doktor uygun bulduğu için uygulama hakkına sahiptir

Aşağıdakilerden size uygun olanları **işaretleyiniz?**

<b>HASTA GÜVENLİĞİ</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>
Hemşire, yoğunluk nedeniyle tedavi yapacağı ilaçları 2-3 saat önceden hazırlayabilir.		
Doktorun IM olarak istem yaptığı bir ilacı, hemşire hastanın isteği üzerine IV olarak yapabilir.		
Ayağı kırık olan muayene masasından hasta düşerse, sorumlu kişi hemşiredir.		
Hemşire, hekim isteminde olmadığı halde, çok ağrısı olan hastasına ağrı kesici ilaç verebilir.		
Baş-pelvis uygunsuzluğu olduğu teşhis edilen bir gebe, ailenin ısrar etmesi üzerine, doğumu evde yaptırabilir.		
Doktor, anne adayının tıbbi herhangi bir sorunu olmamasına karşın, kişinin isteği üzerine doğumu sezeryanla gerçekleştirebilir.		
Mesai bitimine yakın aşı için sağlık ocağına başvuran bir bebek için, aşı flakonu açılmayıp ertesi günü gelmesi önerilebilir.		
Arı sokması sonucu boğazındaki ödem nedeniyle solunum sıkıntısına giren hastaya, yakınlarının izin vermemesi halinde trakeostomi yapılmaz.		
Bekar bir kadının muayenesinde gebeliğinin sorgulanması gereklidir.		
Serviste yer olmadığı zaman, doktorun hastasını farklı bir servise yatırıp, oradan takip etmesi bir sakınca arz etmez.		
10 gündür serviste yatan bir hastanın aniden ateşinin çıkması, hastanın hijyen kurallarına uymadığını gösterir.		
Her hastanın kolunda isim yazan bantlar bulunmalıdır.		
Servislerde geceleri koridorların ışıkları hastaların uyuması için loş bir hale getirilmelidir.		
Sağlık personeli tüm cerrahi müdahaleler öncesi araç ve gereçlerini mutlaka saymalıdır.		
Serviste uzun süre yatan bir hastada yatak yarasının oluşması hasta yakınlarının, hastanın yatak içi hareketini yeterince yaptırmamasından kaynaklanır.		
Kan şekerinin doktor isteminde günde 4 defa ölçülmesi gereken bir hastanın, hemşire tarafından gerekli görülürse kan şekeri 6-8 kez ölçülebilir.		

<b>SAĞLIK PERSONELİNİN HAKLARI</b>	<b>Katılıyorum</b>	<b>Katılmıyorum</b>
Kamuda çalışan bir hekim, hastane idaresi izin vermezse, mesleki kongre ve konferanslara katılamaz.		
Kamuda çalışan bir hekim meslek sırrı nedeniyle, hastasıyla ilgili hukuki davalarda tanıklık etmekten çekilebilir.		
Özelde çalışan bir hekim, tek hekim olarak çalışıyorsa bile, hastayı reddedebilir.		
Hekim her durumda, hastasına iyileşme garantisi vermek zorundadır.		
Hekim/sağlık personeli mesleğindeki acemiliğinden dolayı oluşan bir kusurdan sorumlu tutulamaz.		
Kamuda çalışan bir hekim, hiçbir koşulda hastayı reddedemez.		
Kamuda çalışan bir hekim, günde isterse 20 hastadan fazlasını bakmama hakkına sahiptir.		
Özelde görev yapan bir hekimin, başkasının karnesini getiren bir hastanın ilaçlarını, getirilen karneye yazmama hakkı yoktur.		
Kamuda görev yapan bir hekim, hastası için en ucuz tedavi yöntemini seçmek zorundadır.		
Bir hekimin, apandisit ameliyatı yapacağı hastasından, HIV testini yaptırmasını isteme hakkı yoktur.		



## ÖZGEÇMİŞ

Ayten SARAÇ 1978 yılında Trabzon'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Trabzon'da tamamladı. 2001 yılında kazandığı Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden 2005 yılında mezun oldu. 2006'da Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisansa başladı. Halen Giresun Devlet Hastanesi Hasta Hakları Biriminde görev yapmaktadır.

Adres : Prof. Dr. A. İlhan ÖZDEMİR Devlet Hastanesi  
28200-GİRESUN  
Tel : 0 454 3102000  
e-posta : sarac\_7@yahoo.com