



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**İL KAMU HASTANESİ  
HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN  
BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Bahadır YAZICIOĞLU**

**Samsun**

**Temmuz - 2019**





T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**İL KAMU HASTANESİ  
HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN  
BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Bahadır YAZICIOĞLU**

**Danışman**

**Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**

**Samsun**

**Temmuz - 2019**

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bahadır YAZICIOĞLU tarafından Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN Danışmanlığında hazırlanan “*İl Kamu Hastanesi Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi*” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 01 / 07 / 2019 tarihinde yapılan sınav ile Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nurcan COŞKUN US, Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Muhammet ÇANKAYA, Hitit Üniversitesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / .... /....

**Prof. Dr. Ahmet UZUN**  
**Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü**

## TEŐEKKÖR

Tıbbın sosyal bir bilim olduğunu tekrar keŐfetmemi sağlayan, Sosyal Bilimler ilgili yanlış önyargılarımı kıran, sadece bu tezin hazırlanması süresince verdiği bilgi ve yardımları ile değil; hem yüksek lisans eğitimim, hem de kendi branŐımdaki akademik sürecimde sürekli desteğini hissettiğim değerli hocam Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'a;

Hastane yöneticiliği konusunda sürekli tecrübeleri ile bana yardımcı olan görev arkadaşım, değerli büyüğüm Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binası Başhekim Yardımcısı Dr. Sinan DEMİRKOL'a;

Kayıtsız şartsız, aldığım her kararda beni destekleyen eŐim İrem Melike'ye ve tez sürecimde neŐemi yüksek tutan oğlum Ertuğrul Batur'a; sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Bahadır YAZICIOĞLU

## ÖZET

### İL KAMU HASTANESİ HASTA HAKLARI BİRİMİNE YAPILAN BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Amaç:** Bu çalışma; kamu hastanelerinde hasta hakları birimlerinin kullanılma durumunun araştırılması, birime başvuru yapan hastaların veya yakınlarının profillerinin ortaya çıkarılması, başvuru konularının dağılımının belirlenmesi ve bu değerlendirmeler neticesinde düzenlenmesi gerekli olan konular hakkında çözüm fikirleri ortaya çıkarılması amacıyla planlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Çalışma il kamu hastanesinde yapılmıştır. Hasta hakları birimine 2011 yılından itibaren 2018 yılı sonuna kadar yapılan başvuru kayıtlarının geriye dönük incelemesi yapılarak başvurulara ve başvuranlara ait özellikler incelenmiştir. Başvuranların, yaş, cinsiyet ve öğrenim durumu gibi demografik özellikleri incelenmiştir. Başvuruları incelerken ise, başvuru yapılmasına sebep olan birim ve başvuru yapılmasına sebep olan meslek grubu hakkında veriler incelenmiştir.

**Bulgular:** Araştırma için 2998 başvuruya ait veriler toplanmıştır. Başvuranların cinsiyete göre ayrımı yapıldığında neredeyse eşit başvuru yapıldığı görülmektedir. En sık Lise mezunları başvuru yapmışlardır. En sık başvuru yapan yaş aralığı 31-35 yaş aralığıdır. En çok poliklinik hizmetleri ile ilgili başvuru yapılmıştır. Hakkında en sık başvuru yapılan meslek grubu sekreter, güvenlik ve temizlik işlerini kapsayan özel şirket çalışanları olmuştur.

**Sonuç:** Hasta haklarının geçmişi dünyada son yüzyıla, Türkiye’de ise son 20 yıla dayanır. Yapılan başvurular incelendiğinde hasta haklarının hem sağlık hizmeti sunanlar, hem de hizmetten faydalananlar açısından tam olarak bilinmediği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta hakları; Hasta güvenliği; Sağlık hizmeti

**Bahadır YAZICIOĞLU, Yüksek Lisans Tezi**

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi – Samsun, Temmuz - 2019**

## ABSTRACT

### EVALUATION OF THE APPLICATIONS TO THE PATIENT RIGHTS UNIT OF PROVINCIAL PUBLIC HOSPITAL

**Aim:** This work; It was planned to investigate the use of patient rights unit in a public hospital, to reveal the profiles of the applicants, to determine the distribution of the application subjects, and to find solution ideas about the issues that should be arranged as a result of these evaluations.

**Material and Method:** A retrospective review of the application records made to the patient rights unit from 2011 until the end of 2018 will be made and the characteristics of the applicants and the applicants were examined. The demographic characteristics of the applicants, such as age, gender and educational level, were noted. When examining the applications, the data about the unit leading to the application and the occupations that cause the application to be made were examined.

**Results:** Data of 2998 applications were collected for the study. When the applicants were discriminated according to gender, almost equal application was made. The most common application was made by high school graduates. The most frequent age range is the age range of 31-35. Most reference was made to polyclinics. The most common complaint; for secretaries, security and cleaning staff.

**Conclusion:** The history of patient rights dates back to the last century in the world and in the last 20 years in Turkey. It is considered that patient rights are not fully known for both health care providers and service beneficiaries.

**Keywords:** Patient rights; Patient safety; Health services

**Bahadır YAZICIOGLU, Master Thesis**

**Ondokuz Mayıs University – Samsun, July - 2019**

## SİMGELER VE KISALTMALAR

n	Vaka Sayısı
%	Yüzde
AİHS	Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
AY	Anayasa
BİMER	Başbakanlık İletişim Merkezi
CİMER	Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi
DİF	Düzenleyici ve İyileştirici Faaliyet
DÖF	Düzenleyici ve Önleyici Faaliyet
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
GRS	Güvenlik Raporlama Sistemi
HHK	Hususi Hastaneler Kanunu
HHUY	Hasta Hakları Uygulama Yönergesi
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
JC	Joint Commission
KAEK	Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
NPHK	Nüfus Planlaması Hakkında Kanun



ODASANHK	Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SHSHK	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
SHTK	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TDN	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
TMK	Türk Medeni Kanunu
TŞSTİDK	Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
TTBK	Türk Tabipleri Birliği Kanunu
TUEK	Tıpta Uzmanlık ve Etik Kurulu
UHK	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
UN (BM)	United Nations (Birleşmiş Milletler)
YKY	Yeni Kamu Yönetimi
WHO (DSÖ)	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	iv
<b>ABSTRACT</b> .....	v
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	vi
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	viii
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1. Hak Kavramı .....	3
2.1.1. Hak Arama Özgürlüğü .....	4
2.1.2. Hakkın Kötüye Kullanılması .....	4
2.2. İnsan Hakları .....	5
2.3. Yaşam Hakkı.....	6
2.4. Sağlık ve Sağlık Hakkı .....	7
2.5. Sosyal Hak ve Sosyal Adalet .....	8
2.6. Hasta Hakları.....	9
2.6.1. Dünya’da Hasta Hakları .....	12
2.6.2. Türkiye’de Hasta Hakları .....	16
2.7. Yeni Kamu Yönetimi ve Sağlık Sistemine Etkileri.....	38
2.7.1. Sağlıkta Dönüşüm .....	40
2.7.2. Sağlıkta Kalite Standartları.....	41
<b>3. MATERYAL VE METOT</b> .....	52
3.1. Çalışmanın Amacı .....	52
3.2. Problem Cümlesi .....	52
3.3. Hipotezler.....	52

3.4. Çalışma Etik Kurul ve Kurum İzni.....	53
3.5. Çalışmanın Planlandığı Yer.....	54
3.6. Çalışma Evreni .....	55
3.7. Varsayımlar .....	55
3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	55
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>56</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>71</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>76</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>79</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>90</b>
EK-1 Sağlık Bilimleri Enstitüsü Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	90
EK-2 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	91
EK-3 Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu Kararı .....	92
EK-4 Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum Çalışma İzni.....	93
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>94</b>

## 1. GİRİŞ

İnsan sosyal bir varlıktır. Sosyal olmasının gereği olarak diğer bireylerle iletişim kurar. Bu iletişim bireylere bir takım sorumluluklar yüklemektedir. Hem iletişim kurmanın doğası gereği hem de insan olmanın sorumlulukları bireylere bir takım haklar tanır.

Bu hakların en önemlisi insan haklarıdır. İnsan hakları; bireylerin en önemli ve doğuştan elde ettikleri, devredilemez ve yok sayılamaz haklardır. Günümüzde bu kadar kolay anlatımı yapılabilen insan haklarının tanımlaması ne yazık ki yaşanan insan hakları ihlalleri sonrasında yapılmıştır.

Artan insan hakları bilinci insan haklarının detaylı tanımlamalarının yapılmasını ve alt tiplerinin oluşmasını sağlamıştır. Yaşam ve sağlık hakkı da bireylerin doğuştan elde ettiği insan haklarının alt kategorilerinde tanımlanan haklardır.

Hasta hakları kavramı sağlık hizmetinin en başından beri var olduğu düşünülen ancak tarihi, bilinirliği ve tanınırlığı son yüzyıl içinde özellikle de son 40 yılda ivmelenen haklardır.

Deontolojik ve etik açıdan bakıldığında sağlık ve sağlıktaki haklar (Yaşam hakkı, sağlık hakkı, hasta hakkı vb.) birbirinden ayrılamaz bir bütündür. Sağlık hizmetinin var olduğu ilk andan itibaren sağlık hizmet sunucuları etik kurallar çerçevesinde hizmet verdikleri bilinmektedir. Bunun en güzel örneği tıp fakültesi, birinci sınıfta ilk derslerde bütün öğrencilere dikte edilen meşhur söz; “*Primum Non Nocere*” yani “*Önce Zarar Verme*” ‘dir. Ancak yaşanan savaşlar ve olumsuz örnekli bazı gelişmeler bu alanda kanuni düzenlemeler yapılması gerekliliğini oluşturmuştur.

Hasta haklarının tarihçesine bakıldığında özellikle ikinci dünya savaşı sırasında en yüksek seviyelere ulaşan insan hakları ihlaller neticesinde, savaş sonrası dönemde ülkelerin ve uluslararası örgütlerin bu konuya dikkat çekmesi ile bu alanda düzenlemeler yapılması ile bu alanda bilinç sağlanmıştır.

Dünya’da ve Türkiye’de son yüzyıl içinde bu alanda önemli adımlar atılmış ve yönetmeliklerle, kanunlarla, anayasayla ve uluslararası antlaşmalar ile güvence altına alınmıştır.

1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi yayımlanmış ve bundan sonra bu alanda giderek artan bilinçlenme sonucu insan hakları

alt dalları tanımlanmıştır.

Hasta Hakları, insan haklarının bir alt dalı olarak tanımlanmaktadır. Yazılı olarak ilk kez 1981 Lizbon Bildirisi'nde yer almıştır. Hasta haklarının uluslararası bir bildirmede kendine yer bulması sonrasında ülkeler bu alanda hızlı bir reforma girişmiştir. Lizbon Bildirgesi'nin son hali 1995 yılında Bali'de yayımlanmıştır.

Türkiye'de insan haklarının hukuksal tanınırlığı ve geçmişi dünya ülkeleri ile paralel olarak ikinci dünya savaşı sonrasında yaşanmıştır. Sağlık bir hak olarak ilk kez 1961 Anayasası'na girmiştir. Hasta hakları konusundaki gelişmeler ise son 20 yıl içerisinde gerçekleşmiştir. 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği yayımlanmıştır. Hasta hakları yönetmeliğinin anlaması zor ve net olmayan ifadeler içermesi sürecin başında hasta hakları kültürünün oluşturmasını geciktirmiştir. 2005 yılında yayınlanan hasta hakları uygulama yönergesi ise hasta hakları konusunda açıklayıcı ve yol gösterici bir yönetmelik olmuştur ve yönetmeliği takiben, devlet ve kamu kurumları gerekli uygulamaları faaliyete geçirmeye başlamıştır.

Bu yaşanan ilerlemelere rağmen, hasta hakları ile ilgili çok daha fazla çalışma yapılması gereklidir. Sağlık hizmetindeki iletişimdeki bilgi yükü orantısızlığının aksine hizmetin her iki tarafında da hasta hakları tam olarak bilinmemektedir. Hasta yeterince haklarından faydalanamamakta, sağlık çalışanları ise kendilerine yapılan dayatma olarak algılayabilmektedir.

Hasta hakları birimleri, hastanelerde genellikle polikliniklerin içerisinde ve kolay ulaşılır yerlere konumlandırılmış birimlerdir. Hasta veya yakınlarına ait başvuruları alır, değerlendirir, yerinde çözüm yapabilirse yapar, yapamazsa Hasta Hakları Kurulu'na başvuruları sunar.

Kadın Hastalıkları muayenesi verilen sağlık hizmetinin içeriği gereği yüksek mahremiyet içeren bir muayenedir. Kadınların kendi evleri dışında hiç bilmedikleri bir ortamda, belki de hayatında ilk defa gördüğü kişiler tarafınca vücutlarının en mahrem bölgelerini muayene amacıyla açmaları gerekmektedir. Gerek hizmet sunucularının alışlagelmiş otoritesi, gerekse sağlıktaki hasta ve iş yükünün fazlalığı gereği mahremiyet hassasiyetine yönelik talep ve sorular sağlık hizmeti sunucuları ile hastalar arasındaki iletişimde problem ve güvensizlik oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binası hasta hakları biriminin sonuçlarının bu durumlar göz önüne alındığında önem arz etmektedir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hak Kavramı

Hak kavramına bakıldığında temelde; “*Hukuken korunan çıkar*” olarak tanımlanmaktadır (Küçükilhan ve Lamba, 2007). Bu tanımlama ile birlikte günlük hayatta çıkar olarak tarif edilen çıkar kavramı, hukukta hak olarak tanımlanır. Bu sayede, çıkar kelimesindeki olumsuz çağrışım, doğal ve meşru bir çağrışıma dönüşür (Akbaş, 2018).

Hak, Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğüne göre ise, başlıca “*Adalet*” anlamına gelen Arapça isimdir. Diğer TDK tanımlaması ile “*Adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç*” veya “*dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk*” veya “*verilmiş emekten doğan manevi yetki*” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2018).

Hak kavramına genel olarak bakıldığında iki geniş kategori altında hakların tanımlanmış olduğu görülmektedir;

- 1- Ahlaki haklar,
- 2- Hukuki haklar (Yücel, 2010).

Hem ahlaki hem de hukuki kategoride bir kavram olarak anılan Hak kavramı, bir başka tanımlama ile kendisine ahlaki ve hukuki sonuçların bağlandığı yetki demektir. Bu yetki çerçevesinde gerekçelendirilmiş bir talebi ifade eder (Gürcan, 2011).

Hak kavramı, ilk olarak kişinin doğumu ile beraber oluşan bir dürtü olarak belirlemektedir. Daha sonra kişiliğin ve düşüncenin gelişimi ile kişiliğe bağlı bir bağlantı ve bütünleşmeye dönüşür. Hak kavramını bilinçten bağımsız düşünmek mümkün değildir. Çünkü kişi neyin kendine ait olduğunu ya da olmadığını bilinç gelişmeden bilemez ve savunamaz (Emini, 2004).

Hak kavramı söz konusu olduğunda adalet kavramı akıllara gelir. Hak; adalet duygusunun yerini bulması için koşuldur. Adalet tek başına olamaz, adalet duygusunun oluşması için hakların yerine getirilmiş olması gerekir (Yücel, 2010). Hakların gerçekleşmesi sonucu, adalet kendiliğinden ortaya çıkan değerdir (Kalkışım, 2013). Adaletsizlik duygusu olan bir ortamda hak arayışı isteği kaçınılmazdır. Bu hak arama isteğinin karşılığı da insan haklarının temelini oluşturur (Karagöz, 2002).

Yerleşik hayata geçilmesi ve insanların toplum hayatında yaşamaya başlaması, doğal olarak bireyler arasında farklı sorunlar ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu farklı

sorunlar toplumda yeni değerler oluşmasına sebep olarak hak ve hukuk kavramlarının ortaya çıkmasında çok etkili olmuştur. Tanımlanan hakların korunma gevi idari birimlere düşmektedir. Kural olarak devlet hak ihlali yapmaz ve otorite olarak her türlü hak ihlali durumunu ortadan kaldırmakla yükümlüdür (Aydın, 2006).

Devlet otoritesini önemi hak kavramının varoluş özelliklerinden gelir. Hak, hukuki kurallar ve esasların geçerli olduğu hukuk düzeninde kişilere tanınan yetkidir. Kurulan her tür ilişki, hak ve sorumluluk doğurur. İlişkilerde bir taraf için hak olan, diğer taraf için sorumluluktur (Fırat, 2017).

Günümüzde Anayasa, devlet işlerinden daha çok, kişilerin hak ve özgürlüklerini tanımlama ve bunları güvence altına alma işlevine bürünmeye başlamıştır. Teknoloji ağı, bilgi ağı gibi adlandırmalar yapılan günümüz ağı bazı bilim adamlarınca “*Haklar ağı*” olarak da adlandırılmaktadır (Turhan, 2016).

### **2.1.1. Hak Arama zgrlğ**

18 Ekim 1982 tarihinde kabul edilen 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (AY), temel hak ve hürriyetlerin korunması kapsamında hak arama özgürlüğü ile ilgili 40’ ıncı maddesinde şu ifadeye yer vermiştir; “*Anayasa ile tanınmış hak ve hürriyetleri ihlal edilmiş herkes, yetkili makama geciktirilmeden başvuru hakkının sağlanmasını isteme hakkına sahiptir*” (AY, m.40).

Anayasa’nın bu maddesinden çıkarılacak sonuçlar, hak arama işleminin herkese açık olması ve hak aramak için idari birimlere başvuru gerekliliği ve bu idari başvuru yollarını kapsamasıdır (Kksarı, 2011).

Hiçbir hak sınırsız değildir. Bu hak öncelikle kamu düzenini bozduğu zaman sınırlandırılabilir. Bunun haricinde özellikle anayasası çok güçlü olan hukuk devletlerinde bu hak; kişileri özelliklede yerel, genel ve idari yönetimlere karşı koruyucu ve bireyler için bir güvencedir (Hakyemez, 2002).

### **2.1.2. Hakkın Kötüye Kullanılması**

Hak konusu söz konusu olduğunda aynı zamanda sorumluluk kavramı da önem kazanır. Hakka veya haklara sahip olmak, bu hakları kullanmak ve korumak, hakkı kullanana bir takım sorumluluklar yükler. Bu sorumluluklar bazen gönüllülük esasına

dayanır, bazen ise zorunludur. Hak kullanımı yaparken, dürüstlük ilkesine göre davranmak gereklidir (Tufan ve ark. 2009).

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK) 22 Kasım 2001 tarihinde kabul edilmiş ve 8 Aralık 2001 tarihinde 24607 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmış ve 1 Ocak 2002 tarihi itibariyle yürürlüğe girmiştir. 17 Şubat 1926 yılından itibaren yürürlükte olan Türk Kanun Medenisi yürürlükten kaldırılmıştır.

Medeni kanunda, kanun için sözüyle ve özüyle değindiği bütün konularda uygulanır denmektedir. “*Herkes, haklarını kullanırken ve borçlarını yerine getirirken dürüstlük kurallarına uymak zorundadır. Bir hakkın açıkça kötüye kullanılmasını hukuk düzeni korumaz*” demektedir (TMK, md.2).

## 2.2. İnsan Hakları

İnsan hakları kişinin varoluşundan gelen, insan olmasının doğasından kaynaklanan haklardır. İnsan haklarının evrensellik, mutlaklık, vazgeçilmezlik, bireysellik, özgürlükçülük, doğuştanlık ve toplum öncesi olma, temel bir niteliğe sahip olma ve devlete karşı olma gibi nitelikleri vardır (Gürcan, 2011).

1789, Fransız İhtilalinin, insan olmanın doğası gereği yaşama, özgürlük ve sahiplik haklarının insana doğuştan geldiğini ve devlet tarafından sınırlandırılmayıp, kaldırılamayacağını vurgulaması aynı zamanda yönetimlerin haklarının sınırsız olmadığını savunması, devrimin ideolojik temelini oluşturmakla birlikte insan hakları bilincinin dünya çapındaki en önemli hareketidir (Şahin, 2009).

1940’lı yıllardan önce, insan hakları terimi çok çok nadir kullanılan bir terimdir. Resmi ya da resmi olmayan, insan haklarının prensiplerini savunacak sivil toplum örgütleri ve insan haklarını koruyacak uluslararası sözleşmeler bulunmamaktadır (Cmiel, 2004).

1948 yılında Birleşmiş Milletler / United Nations (BM / UN) tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi yayınlanmış ve insan hakları; doğuştan gelen, vazgeçilemez, değiştirilemez haklar olarak tanımlanmıştır (UN, 1948; Oğuz, 1997).

BM 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde; “*Herkes, kendinin ve ailesinin sağlığına ve yararına uygun gıda, giyinme, barınma, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere yeterli yaşam standardına sahip olma hakkına sahiptir. Bu*



*hak işsizlik, hastalık, engellilik, yaşlılık ve diğer kontrol dışı durumlarda güvence altında olmalıdır”* demiştir (Meier ve Onzivu, 2014).

İnsan haklarının tarihsel gelişimi üç kuşağa ayrılarak açıklanmaktadır. Ayrım 1979 yılında Karel Vasak tarafından yapılmıştır (Alston, 1982). Ona göre;

1. Birinci Kuşak Haklar:
  - i. Bireysel Haklar
  - ii. Özgür Doğma ve Yaşama Hakkı
2. İkinci Kuşak Haklar:
  - i. Birey Devlet ilişkisinden doğan haklar
  - ii. Eğitim, Sağlıklı Yaşama, Çalışma Hakkı
3. Üçüncü Kuşak Haklar:
  - i. Dayanışma Hakkı
  - ii. Tüketici Hakkı
  - iii. Çevre Hakkı
  - iv. Hasta Hakları (Fırat, 2017).

Birinci kuşak haklar, özgürlüğü vurgulayan devlete karşı atfedilen haklardır. İkinci kuşak haklar, eşitliği vurgulayan “*alacak hakkı*” olarak tanımlanan devletten talep edilecek haklardır. Üçüncü kuşak haklar, dayanışmayı vurgulayan kardeşlik haklarıdır (Alston, 1982). Üçüncü kuşak hakların bir özelliği de sadece devlet ile kişi ilişkisini içermemesi, kişilerin birbirleriyle olan ilişkilerini de içermesidir (Ruppel, 2008).

Bu hakların tanımlaması birbirini izleyen sıra ile gerçekleşmemiştir ve haklar birbirlerini kapsamamaktadır. Ayrıca son dönemde su hakkı ve bilimin kötüye kullanılmaması gibi Dördüncü Kuşak hak tanımlaması da yapılmaya başlanmıştır (Turhan, 2013).

### **2.3. Yaşam Hakkı**

Yaşama verilen önem bizim kültürümüzde, tarihimizde hep yer almaktadır. Osmanlı Devleti’nin kuruluşu sırasında Şeyh Edebali’nin damadı Osman Gazi’ye “*İnsanı Yaşat ki Devlet Yaşasın*” nasihatini yönetim sisteminde, insana ve yaşama verilen önemin çok güzel bir örneğidir (Demir ve Yavaş, 2014).

Yaşama hakkı temelde insan yaşamını korumak olarak nitelendirilebilir ve yaşama hakkı Anayasal Güvence altına alınmıştır (Tacir, 2013). Anayasa 17’nci madde

*“Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz”* demektedir (AY, m.17).

Yaşama hakkı; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 2. maddesinde bağımsız temel bir hak olarak tanımlanmaktadır (Gören, 2006).

#### **2.4. Sağlık ve Sağlık Hakkı**

Sağlık; 1948 Nairobi toplantısında Dünya Sağlık Örgütü tarafından, sadece hastalık ve sakatlık durumlarının olmaması değil; beden, ruhen ve sosyo-ekonomik olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır (WHO, 1948).

Ülkemiz coğrafyasında ve dünyada süren birçok silahlı çatışmaya, baskıcı rejimlere ve uygulamalara rağmen çağımız geçmiş zamanlar göz önüne alındığında hak ve özgürlükler çağıdır. Bu artan hak ve özgürlükler bilinci beraberinde yeni hak kavramlarını da beraberinde getirmiştir. Bu haklardan birisi de sağlık hakkıdır (Zengin, 2010).

Sağlık hakkı, sağlıklı yaşam hakkı gibi benzer anlamlarda kullanılan hasta hakları genellikle sağlığın olmadığı zamanlarda farkına varılan bu anlamda negatif tanımlaması yapılan haklardır (Öztürk ve ark., 2007).

Sağlık hakkı; sağlıklı birey ve sağlıklı toplum hedeflerine ulaşabilmek için, gerekli tesislere ve şartlara ulaşabilme ve bunlardan yararlanma hakkı olarak tanımlanmıştır (Zengin, 2010).

1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde, sağlık hakkı *"Herkesin gerek kendisi gerek ailesi için, yiyecek, giyim, konut, tıbbî bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığını ve refahını sağlayacak uygun bir yaşama düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır"* şeklinde tanımlamıştır (Önal ve Tümerdem, 1999).

Sağlık hakkı ülkemizde ilk olarak 1961 anayasasında yer almıştır (Kılıçarslan ve ark., 2012).

2709 sayılı 18.10.1982 tarihli AY 56'ncı maddesinde, sağlık hakkının korunması kapsamında değerlendirilebilir. “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” demektedir (AY, m.56).

Sağlık hakkı kapsamında sağlık çalışanlarına da bir takım sorumluluklar yüklenmiştir. Bunlar; (Zengin, 2010)

- Hastalar arasında ayırım yapmadan dürüst, nazik ve saygılı olmak,
- Mesleki becerileri mümkün olan en yüksek düzeyde tutmak,
- Hastaların kendileriyle ilgili karar verme haklarına saygı duymak,
- Hastaların karar vermelerine yardımcı olmak için ayrımcılık yapmadan en güncel ve geçerli bilgileri sağlamak,
- Hasta mahremiyetine saygı duymak,
- Hastalara en yüksek etik standartlara uygun davranmak.

## **2.5. Sosyal Hak ve Sosyal Adalet**

Sosyal haklar, bireylerin toplum içerisinde zayıf durumda oldukları durumlarda (ekonomik durum, eğitim durumu, bilgi yükü vb.), diğer bireylere karşı korunma haklarıdır. Kaynakların eşit dağıtılması, çeşitliliğin tanıtımı, ayrımcılıkların önlenmesi, adil olmayan uygulamalarla mücadele ve birlik-dayanışma sosyal adalet değerleridir.

Sağlık çalışanları da, kamuda verdikleri hizmet gereği sosyal hizmet veren kamu çalışanlarıdır. Sağlık alanı gibi bilgi yükü asimetrisi olan hizmet faydalanmalarında bu meslek grubu çalışanları bizzat kendilerince, verilen sosyal hizmet gereği bireyleri; sisteme, politikalara, devlete ve hatta kuruma karşı korumaları savunmaları gerekmektedir (Başer ve ark., 2017).

Sosyal hakkın ortaya rahat şekilde çıkabilmesi için, bireylere ve topluma karşı sorumluluk bilincine sahip sosyal aktörlere ihtiyacı vardır. Tanım olarak sosyal adalet,

bireylerin bireysel haklarının dikkate alınmasıdır. Fırsat eşitliği, sosyal adaletin eşitlik ilkesiyle olan ilişkisidir. Bu çerçevede bireyler, sosyal haklara sahip olma ve onlardan faydalanma haklarına sahiptir (Yıldırım, 2011).

## 2.6. Hasta Hakları

Hasta haklarının tarihçesine bakıldığında Hipokrat'a kadar uzanan bilgiler olsa da, 1948 yılında yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde belirlenen insan haklarının, ilerleyen süreçte bir alt başlığı olarak gündeme gelmiştir (Topbaş ve ark., 2005). Çünkü daha öncesinde hasta hakları tıp mesleğinin etik kuralları olarak kabul edilmekte olduğu düşünülmektedir ancak dünya savaşları sırasında yaşanan insan hakları ihlalleri sonrasında insan haklarının ve ona bağlı olarak hasta haklarının da yasal koruma altına alınması gerekliliği oluşmuştur (Aydemir ve Işıksan, 2012).

Hasta hakları dendiğinde genellikle sağlık hizmetinden yararlananların ve hizmet sunanlarla bir şekilde iletişim kuranların hakkı gibi bir algı oluşturmaktadır ancak sadece hizmetten faydalananların değil hem hizmetten faydalanmasa da bu hizmete ihtiyaç duyanların hem de insan olmanın gereği bütün fertlerin sahip oldukları haklardır (Zincir ve Kaya Erten, 2009).

Hekimler sadece hasta, hastalık, tanı ve tedavi alanında değil yaşamın her alanında otorite figürü haline gelmişlerdir (Beisecker, 1990). Hasta hekim iletişimi de son yıllarda farklı bir boyuta geçmiştir. Yüzyıllardır süren hasta hekim ilişkisinde hekim sağlık hizmetinin merkezinde mutlak otorite olmuştur. “*Paternalistik model*” de denen bu modelde hastanın tanı ve tedavi gibi tüm süreçlerinde tek karar verici mekanizma olmuştur. Daha sonra değişen süreçte “*bilgilendirme (informed) modeli*” ve son olarak ideal model olarak görülen “*paylaşım (shared) modeli*” hasta hekim iletişimine hakim olmuştur (Eşiyok ve ark., 2007). Bu değişimlere rağmen paternalist model ortadan kalkmamıştır (Merakou ve ark., 2001).

Çağdaş tıp özellikle son yıllarda gelişmelerden direk etkilenmiş, uzmanlaşma eğilimi göstermiş her branş kendi içinde detaylandırılmıştır. Ancak hasta hakları bu alanda da kendine bir yer bulamamış, branşlar arasında değerlendirildiğinde tek tek uzmanlıklar arasında da kavram olarak aynı kalmıştır. Artık hasta hakları kanunlarla korunur hale gelmiştir ve kanunlar devreye girdiği zaman, bir konunun önemsenmemesi mümkün değildir (Oğuz, 1993).

Sağlık çalışanlarının sorumluluğu sadece tedavi edici hizmetlerden ibaret değildir. Sağlık çalışanları tedavi edici hizmetlerinin yanında, bu hizmetten faydalanan kişilerin kişisel ve sağlık haklarını da bilmek, anlatmak ve onları korumakla yükümlüdür. Bu yükümlülükler sağlık çalışanlarının eğitici ve hak savunucu rollerini temsil eder (Zaybak ve ark., 2012). Sağlık çalışanları hastaların haklarının savunucusu olabilmeleri için hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmaları ve bu haklara saygı duymaları gerekir (Kılıçarslan ve ark., 2012).

Hasta hekim ilişkisindeki bilgi yükünün sağlık çalışanları tarafına orantısızlığı tartışılmazdır. Bunun üzerine bir de son yıllardaki ilerleyen teknoloji ve gelişen tıbbi cihazların karmaşıklığı göz önüne alındığında tanı ve tedavi yöntemleri daha da karmaşık hale gelmiş ve hastalar her ne kadar bilgiye ulaşım kolaylaşmış olsa da tıbbi durumlarda kendilerini daha da güçsüz daha da bilgisiz hissetmektedir. Sağlık hizmetinde teknolojinin artan oranı, sağlık hizmetinin insani sıcaklığını yitirmesine yol açtığı düşünüldüğünden, hasta hakları son yıllarda daha da fazla önemli hale gelmiştir (Şaylıgil Elçioğlu, 1997; Özdemir ve ark., 2000). Hasta hakları hem hastalar ve yakınlarının hem de sağlık çalışanlarının beraber sahip çıkması gereken haklardır. Ama pratikte bu hakların kullanımından hastaların ve yakınlarının ne kadar haberdar olduğu çok açık değildir ve bu alanda çok fazla çalışma yapılması ihtiyacı vardır (Deveci ve ark., 2005).

Hasta haklarının gündeme gelmesinde önemli olan bir diğer konu ise sağlık hizmetinin aktörlerinin konumları nedeniyledir. Sağlık hizmet sunucuları çok yoğun bir iş yüküne sahiptir ve bu iş yükünün fazlalığı hizmet alanlarla olan iletişimi zaman zaman kötü etkilemektedir. Aynı şekilde hizmet alan konumundaki hastalar ise sağlık kuruluşlarına başvurduklarında hemen daima bir sorunları nedeniyle orada bulunmaktadırlar ve en önemli talepleri bu sorunlarından kurtulmaktır. Bu durum kişilerin duygu durumlarını etkilerken ayrıca hizmetten beklentiler çok farklılık gösterebilir, bu durumlar da hizmet içerisinde problemlere yol açtığından hasta hakları gibi bazı yeni tanımlamaların bu ilişki için tanımlanması gerekmiştir (Uludağ, 2011).

Hasta hakları ile ilgili bir diğer özellik ise, hak ve sorumluluk ilişkisinin kurulduğu sağlık hizmetinin gerçekleştiği yer bakımından farklılığıdır. Bireyler sağlık hizmetini genellikle hastanelerde polikliniklerde ve yataklı servislerde alır. Bilinen ortamlarının dışında olan hastalar, bu ortamlarda birey özelliklerinden daha farklı olan hasta rolüne girer ve hiç tanımadığı kişilere güvenmek durumunda kalır. Bu durum kişiler

üzerinde stres oluşturduğundan dolayı bireyler haklarını savunma konusunda yetersiz davranışlar gösterebilmektedir (Baybek ve ark., 2004).

Ülkemizde çeşitli nedenlerle çoğunlukla kadın hastaların özellikle üreme sağlığına erişim ve üreme sağlığı haklarını kullanılmaması dikkat çekmektedir. Bu alandaki hak kaybının nedenlerine bakıldığında; bilgi yetersizliği, uygun olmayan ya da niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar, ayırıcı toplumsal uygulamalar, kadınlara karşı negatif ayırıcılık ve birçok kadının cinsel yaşam ve üreme yaşamları üzerindeki etkinliklerinin sınırlı olması sayılabilir (Taşçı, 2007).

Bu durumlardan dolayı hasta haklarının teşvik edilmesi sağlık hizmeti sunucularının öncelikleri arasındadır ve her toplumda sağlığın gelişmişlik düzeyinin bir belirteci olarak kabul edilmektedir (Joolae ve Hajibabae, 2012).

Hasta hakları konusunda literatür incelendiğinde hasta hakları konusunda toplum üzerinde yapılmış çalışma, yok denecek kadar az sayıdadır (Dönmez ve ark., 2001). Yapılmış çalışmalar ise hasta veya personel üzerinde hasta haklarının bilinirlik durumunun araştırılması konusu ağırlıktadır. Hem sağlık hizmet sunucuları hem de sağlık hizmeti alanların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili birçok çalışma yapılmış iken, hasta hakları uygulamaları hakkında çok fazla yayımlanmış araştırma görülmemektedir. Hasta hakları hakkında bilgi düzeylerinin de yapılan çalışmalarda genelde yetersiz olarak tanımlanması hasta haklarının önemini bir nebze daha artırmakta, bu alandaki hakları biraz daha koruma altına alma gerekliliği oluşturmaktadır (Kaya ve ark., 2006).

Hasta hakları; yönetmelik, kanun, anayasa ve uluslararası antlaşmalar ile güvence altına alınmıştır (Yürümez ve ark., 2010).

Artık birçok dernek, hasta hakları ile ilgili tanıtımı yapmak üzere çalışmalar yapmaktadır. Ancak özellikle Türkiye’ de yapılan bu çalışmaların önemli bir kısmı hekimlere yöneliktir. Hekimlerin sağlık sisteminin merkezinde olduğu ve hizmetin otoritesi olduğu bir gerçektir ancak, gerek hastalar gerekse hasta yakınları hekimlerle geçirdikleri zamandan daha fazlasını hekim dışı sağlık personeli ile geçirmektedirler (Bostan, 2007).

Sağlık hizmetleri sektörü son yıllarda önemli gelişmeler göstermiştir. Son yıllarda sağlık idareciliği de klasik kaplarından çıkarak yeni bir formata işletmeciliğe dönüşmüştür. Sağlık yöneticiliğinin bu kadar önemli hale gelmesi tesadüf değildir. Çünkü

sağlık sistemi çok karmaşık yapıların bir arada olduğu bir sistemdir. Yoğun bir emek ve bilgi gerekliliği vardır. Ayrıca artan teknolojik gelişmeler sonrası yoğun bir teknoloji kullanımı da mevcuttur. Sağlık sektörünün uzay teknolojisinin ardından teknolojiyi en çok kullanan ikinci sektör olduğu söylenmektedir. Yeni yatırımların hemen hepsi çok yüksek maliyetlidir. Bu konular sağlık sektöründeki her konuyu önemli hale getirmektedir. Bu yüksek maliyet söz konusu olduğundan hastalardan müşteri olarak bahsetmek de kaçınılmazdır. Müşteri söz konusu olduğunda da kurumlar tarafında müşteri memnuniyeti kavramı sağlık hizmeti içerisinde kendine yer bulur (Taşlıyan ve Gök, 2012).

Müşteri tarafı olan hasta ise, yine teknolojik gelişmeler neticesinde, daha etkin verimli sağlık hizmeti almayı talep etmekte ve artan hak bilinci ile daha talep edici duruma gelmiştir (Erbil, 2009).

Hasta hakları ile bu kadar gelişmeler yaşanırken bu durumun olumsuz etkileri de olmuştur. Hasta hakları ile ilgili ön yargılar;

- Sağlık çalışanlarının hakları ile zıttır,
- Hekim hatası yani malpraktis durumunda ortaya çıkar,
- Bir nevi tüketici hakkıdır,
- Haklara dayalı sağlık sistemi imkansızdır (Önal, 2012).

### **2.6.1. Dünya’da Hasta Hakları**

Bazı araştırmacılar bu görüşe katılmamakla birlikte hastaların haklarına ait Hipokrat’a kadar uzanan ve hatta Tıp Fakülteleri mezuniyetinde okunan “*Hekimlik Andı*”na da girmiş etik kurallar vardır (Topbaş ve ark., 2005; Smith, 2005).

Tıp alanında genel yaklaşım böyle iken ikinci dünya savaşı sırasında yaşanan insan hakları ihlalleri sonrasında bu alanda bilinçlenme artmıştır. Özellikle Almanya’da Nazi bilim adamları, bu alanda etik kuralların olmaması, savaş nedeniyle artan denetimsizlik, çok fazla bilinmeyen insan vücudunun zayıf bölgelerini keşfederek karşı silah arayışı ve esirler üzerinde bazı tedavi ve ilaçların denemeler gerçekleştirmişlerdir. Savaş sonrası Almanya’nın Nürnberg kentinde bu bilim adamları esirleri acı içinde öldürmekle suçlanıp yargılanmıştır. Bilim adamları kendi savunmalarında bu yapılan eylemleri ve deneylerini yasa dışı kılan ve suç teşkil ettiğine yer veren ulusal veya uluslararası bir yasal düzenlemenin olmadığına işaret etmişlerdir. Bunun üzerine bu

alandaki boşluğu doldurmak üzere söz konusu duruşmaların yapıldığı kentin (Nürnberg / Nuremberg) adıyla anılan “Nürnberg Kodu (İlkeleri)” 1947 yılında uluslararası belge olarak ilan edilmiştir (Ertin ve Temel, 2016).

### **Helsinki Bildirgesi**

Helsinki Bildirgesi, Dünya Hekimler Birliği tarafından hazırlanan insan denekleri içeren biyomedikal araştırmalar için en önemli etik kurallardan biridir. İlk kez 1964 yılında ilan edilmiştir ve sonrasında toplamda 7 kez revize edilmiştir (Carpenter ve ark., 2003). İlk versiyonda ana tema; “Tanı koyucu, tedavi edici ve koruyucu işlemleri geliştirmek ya da bir hastalığın etiyolojisini ve patogenezi anlamak” olmuştur. İlk revizyon; 1975 yılında Tokyo’da, ikinci revizyon; 1983 yılında Venedik’te, üçüncü revizyon 1989 yılında Hong Kong’da, dördüncü revizyon 1996 yılında Somerset West’te, beşinci revizyon 2000 yılında Edinburgh’ta, altıncı revizyon 2008 yılında Seul’de, yedinci ve son versiyon 2013 yılında Forteleza’da yayımlanmıştır. Ayrıca 2002 yılında Washington’da, 2004 yılında Tokyo’da iki ek açıklama notu eklenmiştir. Son versiyonun genel özelliği; sadece ve kolay anlaşılır bir dille hazırlanmış olması ve maddeler belli başlıklar altında kategorize edilmiş olmasıdır. Ek açıklama notu, 12 alt maddede toparlanarak kolay anlaşılır hale getirilmiştir (Öztoprak ve ark., 2016).

---

### **Helsinki Bildirgesi 2013 Versiyonu Ana Başlıklar**

---

- Giriş
  - Genel İlkeler
  - Riskler, Sakıncalar ve Yararlar
  - Savunmasız Gruplar ve Bireyler
  - Bilimsel Gereklilikler ve Araştırma Protokolleri
  - Araştırma Etik Kurulları
  - Mahremiyet ve Gizlilik
  - Aydınlatılmış Onam
  - Plasebo Kullanımı
  - Çalışma Sonrası Düzenlemeler
  - Araştırmanın Kaydının Yapılması, Bulguların Yayınlanması ve Dağıtımı
  - Klinik Uygulamalarda Kanıtlanmamış Müdahalelerin Kullanımı
-



### **Lizbon Bildirgesi**

Hasta hakları ilk defa 1981 yılında kısa bir giriş ve altı maddeden oluşan Lizbon Bildirgesi ile belirlenmiştir. Bu bildirgeye göre; hastanın hekimini seçme, klinik ve ahlaki yargılara değer veren bir hekim tarafından muayene edilme, yeterli bilgiyi aldıktan sonra tedaviyi ret veya kabul edebilme, kendisiyle ilgili kişisel bilgilerin korunması ile ilgili gizliliğe saygı gösterilmesini bekleme, uygun bir din adamı tarafından verilecek yardımı içerecek şekilde ruhsal ve ahlaki teselliye isteme ve saygın biçimde ölmeye hakkı vardır (Önal ve Tümerdem, 1999; Madenoğlu Kıvanç, 2015). Bu bildirgenin en önemli özelliği hasta hakları konusunda düzenlenmiş uluslararası ilk yazılı belge olmasıdır (Aydemir ve Işıkhan, 2012).

### **Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi**

1994 yılında Amsterdam'da Dünya Sağlık Örgütü üyesi Avrupa ülkelerince Lizbon bildirgesinden daha detaylı şekilde Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi düzenlenmiştir. Bu bildirgeye göre; sağlık hizmetlerinde insan haklarına önem artmış ve hasta hekim ilişkisinde sağlık hakkını herkesin ihtiyaç duyduğu oranda sağlık hizmetlerine ulaşabilme hakkı olarak düzenlenmiştir. Ayrıca bu bildirgenin bir önemi de hastanın haklarını ön plana çıkartırken, hasta sorumluluklarından hiç bahsetmemiş olmasıdır (Öztürk Türkmen, 2014).

### **Bali Bildirgesi**

1995 Bali'de Dünya Hekimler Birliği Lizbon Bildirgesini genişleterek güncellemiştir. Bu güncelleme ile hastanın kaliteli sağlık hizmeti alma, hekim ve sağlık tesisi seçebilme, kendi kararını verebilme, bilgilenme, gizlilik talep etme, sağlık eğitimi alma, kendi onurunu koruma ve dini yardım alma hakları eklenmiştir (Önal ve Tümerdem, 1999). Bildirgede hastanın gizlilik hakkı ile ilgili; hastanın tıbbi durumu, tanısı, tedavisi ve kişisel verilerini içeren tüm verilerinin ölümden sonra bile korunması gerektiği vurgulanmış, bu gizlilik durumunun bozulabilmesi için kişinin açık izni veya mahkemenin kesin isteğinin gerekliliği vurgulanmıştır (Bayraklı ve Güvenoğlu, 2013).

### **Ljubljana Sağlık Bakımı Reformu Şartı**

1996 yılında Güneydoğu Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinden faydalanamayanların insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlaki kuralları temelinde nüfusun sağlık gereksinimlerinin karşılanması Ljubljana Sağlık Bakımı Reformu Şartı yayımlanmıştır (Madenoğlu Kıvanç, 2015).

### **Avrupa Hasta Hakları Şartı**

Avrupa hasta hakları şartı, 2003 yılında yayımlanmıştır. Bu şartın taslağı 2002 yılında Roma da hazırlanmıştır. Avrupa Hasta Hakları Şartı, daha önceki belgelerdeki bütün hakları aynen tekrarlamış ayrıca, mahremiyet ve gizlilik konularına daha fazla önem vermiştir (Karaca Dedeoğlu, 2019). Belgenin amaçlarından birisi de Avrupa ülkeleri arasında uyumun sağlanması ve olası ulusal hak ihlallerinin önüne geçmek olmuştur (Emre ve Sert, 2014).

### **Santiago Bildirgesi**

2005 yılında, 1981 Lizbon Bildirgesinin, 1995'te Bali'de yapılan güncellemesinden sonraki ve son olan güncelleme yapılmıştır. Lizbon bildirgesinin son hali 2005 Santiago Bildirgesi'dir (Öztürk Türkmen, 2014).

---

#### **Santiago Bildirgesi'nde hasta hakları maddeleri**

---

- Nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı
  - Seçim yapma özgürlüğü
  - Kendi kaderini belirleme
  - Bilinci kapalı hasta
  - Yasal yeterliliği olmayan hasta
  - Hastanın isteğine karşı yapılan girişimler
  - Bilgilenme hakkı
  - Nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı
  - Gizlilik hakkı
  - Sağlık eğitimi hakkı
  - Onurunu koruma hakkı
  - Dini destek hakkı (Önal, 2012).
-

## 2.6.2. Türkiye’de Hasta Hakları

Türkiye’ de hasta haklarının gelişimi Dünya’daki gelişmeler ile benzer bir tariheye sahiptir. Eski zamanlarda, tamamen sağlık hizmeti veren hekimlerin bağlı olduğu deontolojik ve etik kurallar çerçevesinde herhangi bir yasal dayanağı ve standardı olmayan, tamamen bireye ve hizmeti sunan kişi tarafından koşulların belirlendiği ve bu koşullarda korunan hasta hakları mevcuttur.

Hasta haklarından bahsetmeden önce hasta haklarının gelişiminde önemli olan ve Türkiye’de tarihte tanımlanmış ve kanunla korunmaya alınmış bazı hak ve kanunları tanımlamak gerekir. Bunlardan ilk bahsedilmesi gereken ise 14 Nisan 1928 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanan 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’dur. 1930 yılında yayımlanıp ve yürürlüğe giren ve sağlık hizmetlerinin bir nevi anayasası kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu yine en düzenlemelerdendir.

### **Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun**

Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (TŞSTİDK), 1219 sayılı Kanun numarası ile 11 Nisan 1928 tarihinde kabul edilmiş, 863 sayı ve 28 Nisan 1928 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmış ve yayımlandığı tarihten itibaren yürürlüğe girmiştir. Kanun 82 Madde, 15 Ek, 13 Geçici Ek Maddede ve toplam 6 fasılda toplanmıştır. Genel olarak değerlendirildiğinde Birinci fasıl tabiplerin, ikinci fasıl dış tabiplerinin ve üçüncü fasıl ebelerin mesleklerini yapabilmek için gerekli olmaları gereken eğitim ve tecrübelerine ait gereklilikleri ve mesleklerinin gereklerini yerine getirmeleri esnasında uymaları gereken kurallara ait tanımlamalar yapmaktadır. Kanunun dördüncü faslı sünnetçiler için aynı tanımlamaları içermekte iken 2 Ocak 2014 tarihinde bu fasıl kapsamındaki maddeler yürürlükten kaldırılarak bu fasıl kapatılmıştır. Beşinci fasıl, hastabakıcı hemşireler için maddeler içermektedir.

Kanun altıncı faslı, ahkamı umumiye olarak tanımlanmış ve umumi (genel) hükümleri tanımlamaktadır. Altıncı Fasıl 70’inci maddede; *“Tabipler, dış tabipleri ve dışçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir)”* demektedir. Yani her çeşit tıbbi müdahalelerde, hastanın; hasta küçük ya da vesayet altında ise veli veya vasisinin yazılı izni alınması gerekir ve kişinin

kendi beden hakkı üzerindeki hakkını tanımlamaktadır (TSŞTİDK, f.6, m.70; Günay ve ark., 2000).

21 Ocak 2010 tarihinde kanuna eklenen Ek Madde 12; *"Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, dış tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır."* demektedir ve tıbbi kötü uygulamalara dikkat çekerek, hem sağlık hizmeti alanları korumaya yönelik hem de hizmet verenlerin mesleklerini icralarında dikkatli olmalarına yönelik bir düzenlemedir.

### **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu**

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK), 1593 kanun numarasıyla 24 Nisan 1930 tarihinde kabul edilmiş, 1489 sayılı 6 Mayıs 1930 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanmış ve yayımlanma tarihinden altı ay sonra yürürlüğe girmiştir. Kanun 309 madde, 3 ek, 1 geçici ek maddede ve 5 fasılda toplanmıştır.

Bu kanun yayımlandığı tarihte dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından pek çok devlette yer almayan, içerdiği genel koruyucu hükümlerle bütün sağlık konularını kapsadığı belirtilen ve bir nevi sağlık hizmetlerinin anayasası kabul edilen kanundur (Aydın, 2002).

Dr. Refik Saydam uzun yıllar Sağlık Bakanı olarak çalışmış, hatta Atatürk' ün ölümünden sonra Başbakanlık görevini de yapmıştır. Halen yürürlükte olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun hazırlanmasında ve yürürlüğe girmesinde çok etkisi vardır. Kanunun ilk maddesi sağlık hizmetini, devletin görevi olarak tanımlamaktadır (Ağırbaş ve ark., 2011). Kanun sağlık hizmetini bir kamu hizmeti olarak tanımlamasının yanında nitelikli hekim ve hekim dışı personelin de yetiştirilmesi ile ilgili hükümler içermektedir (Kasapoğlu, 2016). Kanunun üçüncü maddesinde Sağlık Bakanlığı'na atfedilen görevler özetlenir; sık görülen, yaygınlık gösteren veya bulaşıcılık özelliği olan hastalıkların

önlenmesinde ve halk sağlığını koruma konusunda bakanlık kolluk yetkisi kapsamında faaliyet gösterebilir demektir (Akkoyunlu, 2017).

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK); *“Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir.”* demektir (UHK, m.1).

UHK’nda Sağlık Bakanlığına tanımlanan yükümlölükler;

- 1 - Doğumu teshil ve çocuk ölümünü tenkis edecek tedbirler,
- 2 - Validelerin doğumdan evvel ve doğumdan sonra sıhhatlerinin vikayesi (korunması),
- 3 - Memlekete sari ve salgın hastalıkların hulülüne mümanaat,
- 4 - Dahilde her nevi intani, sari ve salgın hastalıklarla veya çok miktarda vefiatı intaç ettiği görülen sair muzır amillerle mücadele,
- 5 - Tababet ve şubeleri sanatlarının icrasına nezaret,
- 6 - İlaçları ve bütün zehirli müessir ve uyuşturucu maddelerle yalnız hayvanlar için serumlar ve aşıları murakabe hariç olmak üzere her nevi serum ve aşıları murakabe,
- 7 - Çocukluk ve gençlik hıfzıssıhhasına ait işlerle çocuk sıhhat ve bünyesinin muhafaza ve tekâmülüne ait tesisatın murakabesi,
- 8 - Mektep hıfzıssıhhası,
- 9 - Mesai ve san’at hıfzıssıhhası işleri,
- 10 - Maden suları ile sair havassı şifaiyesi olan sulara nezaret,
- 11 - Hıfzıssıhha müesseseleri ve bakteriyoloji laboratuvarları ve aelölümum hayati muayene ve tahlillere mahsus müesseseler küşat ve idaresi,
- 12 - Mesleki tedrisat müesseseleri küşat ve idare veya mümasili müessesatı murakabe ve bunlara müsaade itası,
- 13 - Mecnunlarla sair ruhi hastalıklara mahsus tedavihaneler veya malöl veya herhangi bir noksanii hilkate malik olanları kabul edecek yurt veya müesseseler tesis ve idare,
- 14 - Muhacrin sıhhat işleri,
- 15 - Hapisanelerin ahvali sıhhiyesine nezaret,
- 16 - Tıbbi istatistiklerin tanzimi,

17 - Sıhhi neşriyat ve propagandalar,

18 - Vesaiti münakale umuru sıhhiyesinin nezaret (UHK, m.3).

### **Hususi Hastaneler Kanunu**

Hususi Hastaneler Kanunu (HHK) 2219 kanun numarasıyla, 24 Mayıs 1933 tarihinde kabul edilmiş, 2419 sayılı 5 Haziran 1933 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Hususi Hastaneler Kanunu eskidir, yeni kurulan cumhuriyet sonrası ve 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gereğince sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak tanımlanmasına rağmen ve soyadı kanunundan bile önce 1933 yılında çıkarılmıştır (Ağırbaş ve ark., 2011). Hususi Hastaneler Kanunu çok kapsamlı olmayan bir kanun olarak dikkat çekmektedir ve 1983 tarihinde Özel Hastaneler Tüzüğü Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır. Hususi Hastane yerine Özel Hastane tabiri kullanılması dışında yine bu tüzük de yeterli bulunmamıştır. 2002 yılında Özel Hastaneler Yönetmeliği Yayınlanmıştır (Kerman ve ark., 2011).

24 Mayıs 1933 tarihli 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu’nda; “*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 hastaneler" den sayılır. Bunların açılma, kullanma, kapanma şartları bu kanunun hükümlerine bağlıdır*” denmektedir. Hizmet fonksiyonu olarak kamu hastanelerinden ayrı tutulmamaları dikkat çekmektedir (HHK, m.1).

Kanunun üçüncü faslında; “*Hususi hastanede yatan hastalar tıbbi müşavere veya tedavi için dışarıdan istedikleri hekimleri çağırabilirler*” hükmü ile hastaların isteklerine özel bir hak tanımlanmıştır (HHK, f.3, m.25).

2219 sayılı HHK’na göre; “*Hususi hastanelere ruhsat kağıtlarında yazılan parasız yatak sayısı kadar her zaman parasız hasta kabul ve bu hastalar kabul edildikleri sınıflara göre yurttaki paralı hastalar gibi ihtimamla tedavi olunur. Parasız kabul olunan hastalar kendi arzularıyla dışarıdan davet olunacak tabiplere ait ücretlerden başka bir para veya başka bir şey vermeyecekleri gibi kendilerinin veya veli ve vasilerinin yazılı muvafakatleri olmaksızın paralı kısma kaldırılamazlar*” demektedir. Ücretsiz tedavi

kapsamında hastaneye kabul edilen hastaların daha sonra ücretli hasta statüsüne sokularak onlardan ücret talep edilmesine karşın hastaları koruyan bir maddedir (HHK, m.31).

1933 tarih ve 2219 sayılı HHK; *“Tedavisini üstüne aldığı hastaları, yerine vekil bırakmadan izinsiz olarak kendi arzularıyla terkederek bu hastaların tedavisiz kalmalarına sebep olan, 11 inci maddede yazılan mütehassıs tabiplere iki bin Türk Lirası idarî para cezası verilir. Eğer bu suretle tedavisiz bırakılmak neticesi olarak hasta kişinin hastalığının ağırlaşması veya ölmesi halinde mes’ul mütehassıs tabip hakkında Türk Ceza Kanununun ilgili maddeleri tatbik olunur”* diyerek, hekim kaynaklı sağlık hizmetinin aksamasına yol açabilecek durumlara karşı hastaları korumaktadır (HHK, m.34).

### **Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü)**

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN), 1953 yılında yayımlanan 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (TTBK)’na dayanılarak 1960 yılında 10436 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır (TDN, m.1). Bu tür deontolojik nizamnameleri düzenlemek ilgili kanunda Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi vazifesi olarak belirtilmiştir (TTBK, m.59).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1963 yılında yürürlüğe girmiştir ve halen yürürlüktedir. Hekimlerin birbirleriyle, hastalarıyla, sağlıkla ilgili veya ilişkili meslek gruplarıyla olan ilişkilerinde uymaları gereken genel hususlar ve kurallar konusunda hükümler içermektedir (Esenlik ve Bolat, 2010). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ayrıca sağlık hizmetlerinin tesis edilmesinde karar mekanizması olarak hekimleri işaret etmesi, günümüzde paternalist yaklaşım olarak adlandırılan hekim odaklı ve karar verici makam olarak hekimleri işaret etmesi yönünden eleştirilmektedir (Güven, 2014).

TDN; *“Tabip ve dış tabiplerinin, deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kaide ve esaslar bu Nizamnamede gösterilmiştir”* diyerek, tabip ve dış tabiplerinin uygulamaları gereken deontolojik kaideleri özetlemiştir (TDN, m.1).

TDN; *“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir”* diyerek tabiplerin ayırım yapmadan tıbbi muayene ve

tedavi yapmaları ile mükellef olduklarını vurgulamıştır. Aynı zamanda bu madde hastaların da ayırım yapılmaksızın bu hizmetlerden faydalanabilme haklarını korumaktadır (TDN, m.2).

TDN; *“Tabip ve diş tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz”* diyerek kişisel bilgilerin gizliliğinin korunmasını düzenlemiştir (TDN, m.4).

Nizamname yer verilen ilgili madde *“Tecrübe maksadı ile insanlar üzerinde hiç bir cerrahi müdahale yapılamayacağı gibi aynı maksatla, kimyevi, fiziki veya biyolojik şekilde herhangi bir tedavi de tatbik edilemez. ... Evvelce tecrübe edilmiş olmamakla beraber, zarar vermesine ihtimal bulunmayan ve hastayı kurtarması kati görülen bir müdahale yapılabilir”* diyerek hastaların hiçbir şekilde deneye tabi tutulamayacağını belirtmektedir (TDN, m.11).

### **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**

1930’lu yıllardan itibaren uygulanmaya çalışılan yeni cumhuriyet yönetimine bağlı sağlık sistemi, hem sağlık alanına gereken yeterli özenin gösterilememesi hem de dünya çapında savaşlar sonrası global ekonomilerin zayıflaması nedeniyle başarıya ulaşma noktasında eksik kalmıştır. Bu aşamada sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi planlanarak sosyalleştirme ile halkın sağlık seviyesini yükseltmek amaçlanmış ve koruyucu hekimliğe önem verilmiştir. Tedavi edici hekimlik hizmetleri ise koruyucu hekimliği tamamlayan bir unsur olarak değerlendirilmiştir (Kurt ve şaşmaz, 2012).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK), 224 sayılı kanun numarasıyla 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiş, 1075 sayılı ve 12 Ocak 1961 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunun gayesi 1.maddede; *“İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir”* olarak tanımlanarak hak olgusuna vurgu yapılmıştır.

Kanunun ilgili maddesinde *“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların -ücretini şahsen ödemek şartiyle sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık personelini veya müessese ve eczaneyi seçmek hakları mahfuzdur”*



diyerek, hastaların sağlık hizmetini alma konusunda seçim yapabilme hakkını vurgulamıştır (SHSHK, m.5).

Kanun “*Türkiye Cumhuriyeti hudutları içinde yaşayan yabancı uyruklu şahıslar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelik hükümleri çerçevesinde ücret mukabili sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler*” diyerek yabancı uyruklu hastaların da sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri haklarını açıklamıştır (SHSHK, m.6).

### **1961 Anayasası**

Türkiye’de sağlık hakkı resmi olarak ilk kez 1961 Anayasası’na girmiş ve ilk defa anayasal güvence altına alınmıştır (Yılmaz, 2018).

9 Temmuz 1961 tarihinde 10859 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 1961 Anayasası’na göre sağlık hakkı şöyle tanımlanmıştır; “*Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır*” (1961 Anayasası, m.49).

### **Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun**

Bu kanun ile kişilerin vücut bütünlüğünün korunması hakkı tanımlanmış olup, 18 yaş altında her ne şekilde olursa olsun organ nakli yasaklanmıştır (Koçak ve ark., 2010).

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun (ODASANHK), 29 Mayıs 1979 tarihinde kabul edilmiş, 16655 sayılı 3 Haziran 1979 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Kanun “*Bir bedel veya başkaca çıkar karşılığı, organ ve doku alınması ve satılması yasaktır*” diyerek vücut bütünlüğünün korunmasına yönelik parayla organ satılmasını yasaklamıştır (ODASANHK, m.3).

Kanun ilgili maddesinde “*On sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaktır*” diyerek on sekiz yaş altındaki bireyleri koruma altına almıştır (ODASANHK, m.5).

Kanun; “On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur” diyerek tıbbi onam alma yükümlülüğüne önemli bir zorunluluk getirilmiştir (ODASANHK, m6).

“Organ ve doku alacak hekimler :

a) Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek;

b) Organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak;

c) Akli ve ruhi durumu itibariyle kendiliğinden karar verebilecek durumda olmayan kişilerin vermek istedikleri organ ve dokuları almayı reddetmek;

d) Vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığını araştırıp öğrenmek ve öğrendiğini bir tutanakla tespit etmek;

e) Bedel veya başkaca çıkar karşılığı veya insancıl amaca uymayan bir düşünce ile verilmek istenen organ ve dokuların alınmasını reddetmek;

f) Kan veya sıhri hısımlık veya yakın kişisel ilişkilerin mevcut olduğu durumlar ayrık olmak üzere, alıcının ve vericinin isimlerini açıklamamak; zorundadırlar” diyerek hekimlerin bilgi verme, gerekli durumlarda işlemi reddetme yükümlülüklerine, bireylerin de bilgi alma haklarına vurgu yapmıştır (ODASAHNK, m.7)).

### **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası**

Sağlık hakkı 1961 Anayasası gibi 1982 Anayasası’nda da yer bulmuştur (İstanbuluoğlu ve ark., 2010). 1961 Anayasası’nda Devlete görev olarak tanımlanan maddeler yerine, Devletin gözetici ve düzenleyici olduğu maddelere yer vermesi dikkat çekmektedir. Bu değişiklik sosyal devlet anlayışının dışına çıkma yolunda adılmış bir adım olarak değerlendirilmektedir (Kol, 2015).

Halen yürürlükte olan 1982 Anayasası (AY), 18 Ekim 1982 tarihinde 17863 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

AY, “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” demektir (AY, m.17). Yaşama hakkı ve vücut bütünlüğünün korunması bu madde ile Anayasal güvence altına alınmıştır. Ayrıca AY; “Ölüm cezası ve genel müsadere cezası verilemez” diyerek yaşama hakkını destekler (AY, m.38).

AY “Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir” demektir. Yine kişilerin ve hastaların kendi kişisel verilerinin korunması ve kendi rızası dışında verilerinin kullanılmasının yasaklanması Anayasa ile sağlanmıştır (AY, m.20).

1982 Anayasası sağlık hizmetlerini çevre ve konut konuları ile birlikte ele almıştır. AY’ya göre sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması şöyle tanımlanmıştır; “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevrenin kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (AY, m.56).

### **Nüfus Planlaması Hakkında Kanun**

1983 yılında çıkarılan kanun ile, cerrahi sterilite denen gebeliğin oluşmasını engelleyen cerrahi operasyonların ve 10. haftasına kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı kürtaj yapılmasının yasal hale getirilmesi, üreme sağlığı açısından ve kendi vücutları

üzerinde karar verebilme hakkını elde etmesi kadınların elde ettiği önemli sağlık haklarındandır (Şahin ve Güngör, 2008).

2827 sayılı numarasıyla Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPHK), 24 Mayıs 1983 tarihinde kabul edilmiş, 18059 sayılı ve 27 Mayıs 1983 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır. Bu Kanunun amacı; “*nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon ameliyelerini, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektir*” olarak belirtilmiştir (NPHK, m.1).

Kanun; “*Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır. Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon, Devletin gözetim ve denetimi altında yapılır*” diyerek, bireylere çocuk sahibi olma konusunda haklar tanırken, devlete de bu işlerin tesisi yükümlülüklerini yüklemiştir (NPHK, m.2)).

### **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu**

7 Mayıs 1987 tarihinde 3359 sayısıyla çıkarılan kanun, sağlık hizmetlerinin niteliğine yönelik önemli ve ilk ciddi adım olarak nitelendirilmektedir (Acartürk ve Keskin, 2012).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (SHTK) 1987 yılında kabul edilip 19461 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır. Sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları belirtilmesinin yanında, klinik araştırmalar etik kurullarının kurulması ve bu kurullarda görev alacak personelin özelliklerini belirtmiştir. Bu sayede toplum sağlığını iyileştirecek gelişmeleri sağlayabilmek üzere yapılacak çalışmaların hem standardizasyonu sağlanmış hem de etik yönden takipleri kolaylaşmıştır (SHTK, m.3).

### **Hasta Hakları Yönetmeliği**

Hasta haklarına özel olarak bakıldığında 1998 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na dayanarak Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) düzenlenmiş ve 1 Ağustos 1998 tarihli 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Birinci bölümde Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanım ve İlkeler tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre hasta hakları; *Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, surf insan*

*olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletler arası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış hakları olarak tanımlanmıştır (HHY, m.4).*

Hasta Hakları Yönetmeliği içerik olarak Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'ne benzemektedir (Zülfikar ve Ulusoy, 2001).

Yönetmeliğin amacı; "temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları" nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır" diyerek hasta hakları tanımının oluşmasında insan hakları bilincinin gelişmesinin etkisi vurgulanmış ve hasta hakları insan haklarının sağlık hizmet sahasındaki yansımaları olarak vurgulanmıştır. Sağlık hizmeti verilen her yeri ve sadece hizmetten faydalananları değil herkesi kapsayan bir hak olarak tanımlanmıştır (HHY, m.1)).

Yönetmelikte sağlık hizmetlerinin sunulmasında ilkeler tanımlanmıştır;

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

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

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

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

*e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz (HHY, m.5).*

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

Hasta Hakları Yönetmeliği bölümler halinde bazı haklar tanımlamıştır. İkinci bölümde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kapsamında tanımlanan haklar;

- Adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma
- Bilgi isteme
- Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme

*Bu hak kapsamında hayati tehlike oluşturmama ve mevzuata göre sevk zinciri sistemine uygun olma şartı vardır.*

- Personeli tanıma, seçme ve değiştirme

*Bu hak kapsamında hastalar ücretlerini kendileri karşılamak kaydı ile başka hekimlerden konsültasyon istenmesini talep edebilir.*

- Öncelik sırasının belirlenmesini isteme

*Acil vakalar, adli vakalar, yaşlılar ve engelliler mevzuat gereğince önceliklendirilir.*

- Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım
- Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı
- Ötenazi yasağı
- Tıbbi özen gösterilmesi.

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı kapsamında Üçüncü Bölümde tanımlanan haklar;

- Bilgilendirme kapsamı

*Hastaya;*

*a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,*

*b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,*

*c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,*

*ç) Muhtemel komplikasyonları,*

*d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,*

*e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,*

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı nerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir.

- Kayıtları inceleme

Kayıtları kişinin kendi, vekili veya kanunu temsilcisi tarafından, inceleme ve bir örneğini alma hakkı tanımlanmıştır.

- Kayıtların düzeltilmesini isteme

- Bilgi vermenin usulü

Tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık personeli tarafından mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheyeye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde bilgilendirme yapılması.

- Bilgi verilmesi caiz olmayan ve tedbir alınması gereken haller

Hastanın manevi yapısı üzerinde kötü tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması hastanın hekiminin takdirine bırakılmıştır.

- Bilgi verilmesini yasaklama.

Dördüncü bölümde hasta haklarının korunması kapsamında tanımlanan haklar;

- Mahremiyete saygı gösterilmesi

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar. Ölüm durumu mahremiyetin bozulmasını gerektirmez.

- Rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama
- Bilgilerin gizli tutulması.

Hasta hakları yönetmeliğinde, mahremiyete saygı gösterilmesi dikkat çekmektedir. Mahremiyete saygı gösterilmesi kapsamında kişilik haklarını incelemek gereklidir. Kişilik hakları; kişinin hak ve fiil ehliyetini yanında, sağlığı, şeref ve haysiyeti, sırları, vücut bütünlüğü, ismi ve özel hayatının gizliliği gibi değerler üzerindeki haklardır. Bahsedilen özel hayat, üç alandan oluşmaktadır (Kılınç, 2012);

Birinci alan; ortak alandır. Kişinin statüsü, tanınırlığı ile doğrudan ilintili olan, topluma açık, başkaları tarafından bilinmesinde sakınca olmayan alandır. İkinci alan; özel alandır. Aile, akraba, dost ve arkadaşlarla paylaşılan alandır. Diğer üçüncü kişilere bu alana girmek ihlal oluşturur. Üçüncü alan; gizli alandır. Kişinin hayatının en özel ve gizli alanıdır. Kişi tarafından öğrenilmesini istemediği bilgileri sadece özel hissettikleri ile paylaşır. Tıbbi mahremiyet de bu üçüncü alan olarak sayılan gizli alandır.

Sağlık hizmeti sunumunda yapılan tüm uygulamalarda hasta mahremiyetine dikkat edilmesi gereklidir. Kadın hastalar açısından mahremiyete dikkat edilmesi gereken en önemli sağlık durumu ise doğum eylemidir. Doğum eylemi sırasında kadınlar kendi vücutları için en mahrem kabul ettikleri yerlerini, belki de hayatlarında ilk kez gördükleri kişilere göstermek durumunda kalmaktadır. Tıbbi müdahaleler ve işlemler sırasında ise mahremiyetlerine özen gösterilmesini talep ettiklerinde olumsuz tepkilere maruz kalabilmektedirler (Taşçı, 2007).

Beşinci bölüm tıbbi müdahalede hastanın rızası kapsamına tanımlanan haklar;

- Hastanın rızası ve izin  
*Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*
- Tedaviyi reddetme ve durdurma  
*Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.*
- Rıza formu
- Alışılmış olmayan tedavi usullerinin uygulanması
- Rızanın şekli ve geçerliliği



*Hukuka ve ahlaka aykırı olmamak kaydıyla rıza herhangi bir şekilde bağlı değildir.*

- Organ ve doku alınmasında rıza
- Aile planlaması hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesi
- Rızanın kapsamı ve aranmayacağı haller.

Altıncı bölüm tıbbi araştırmalar kapsamında tanımlanan haklar;

- Tıbbi araştırmalarda rıza
- Gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi
- Rıza alınmasının usulü ve şekli
- Küçüklerin ve mümeyyiz olmayanların durumu
- İlaç ve terkiplerin araştırma amacıyla kullanımı.

Yedinci bölüm diğerk haklar kapsamında tanımlanan haklar;

- Güvenliğin sağlanması
- Dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma
- İnsani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret
- Refakatçi bulundurma
- Hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi

Sekizinci bölüm sorumluluk ve hukuki korunma yolları kapsamında tanımlanan haklar;

- Müracaat, şikayet ve dava hakkı  
*42'nci madde bu hakkı düzenlemiştir. Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakkı (HHK, m.42).*
- Hastanın uyması gereken kurallar  
*Hasta sağlık hizmeti alırken aşağıdaki kurallara uyar:*  
*a) Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranır ve katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket eder.*

- b) Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verir.
- c) Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelmeli ve tedavisinin gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunur.
- ç) Randevu tarih ve saatine uyar ve değişiklikleri ilgili yere bildirir.
- d) İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir.
- e) Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz.
- f) Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında hasta hakları birimine başvurur (HHY, m.42/A).

### **Hasta Hakları Kurulu**

Hasta Hakları Yönetmeliği il sağlık müdürlüğü; üniversite hastaneleri, özel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmek, karara bağlamak, öneri sunmak ve düzeltici işlemleri belirlemek üzere hasta hakları kurulu oluşturulması gerektiğini belirtmiştir. İl sağlık müdürü veya müdürlük temsilcisi hasta hakları kurulunun başkanlığını yürütür.

Kurulun görevleri kanun kapsamında şöyle tanımlanmıştır (HHY, m.42/C).

- a) Kurul, sağlık kurum ve kuruluşu tarafından yerinde çözülemeyen yazılı ve/veya elektronik başvuruları değerlendirir.
- b) Tespit edilip başvuru yapılan ve kurul tarafından verilen ihlal kararları, ilgili personele yazılı olarak bildirilir.
- c) Kurul, gerek görürse hasta hakları ihlaline sebep olabilecek uygulamaları yerinde inceler ve hasta haklarının geliştirilmesi için öneri ve düzeltici işlem yapılmasını belirtir.
- ç) Sekreteryaya hizmetleri il sağlık müdürlüğü tarafınca yapılır.
- d) Kurul, başvurunun kurula ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içerisinde karar verir.
- e) Kurul, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve toplantıya katılan üyelerin salt çoğunluğu ile karar alır.

f) Kararlar, üyeler tarafından imzalanır ve dosyalanır. Kararlar ilgili sağlık kurum ve kuruluğu ile başvurana bildirilir.

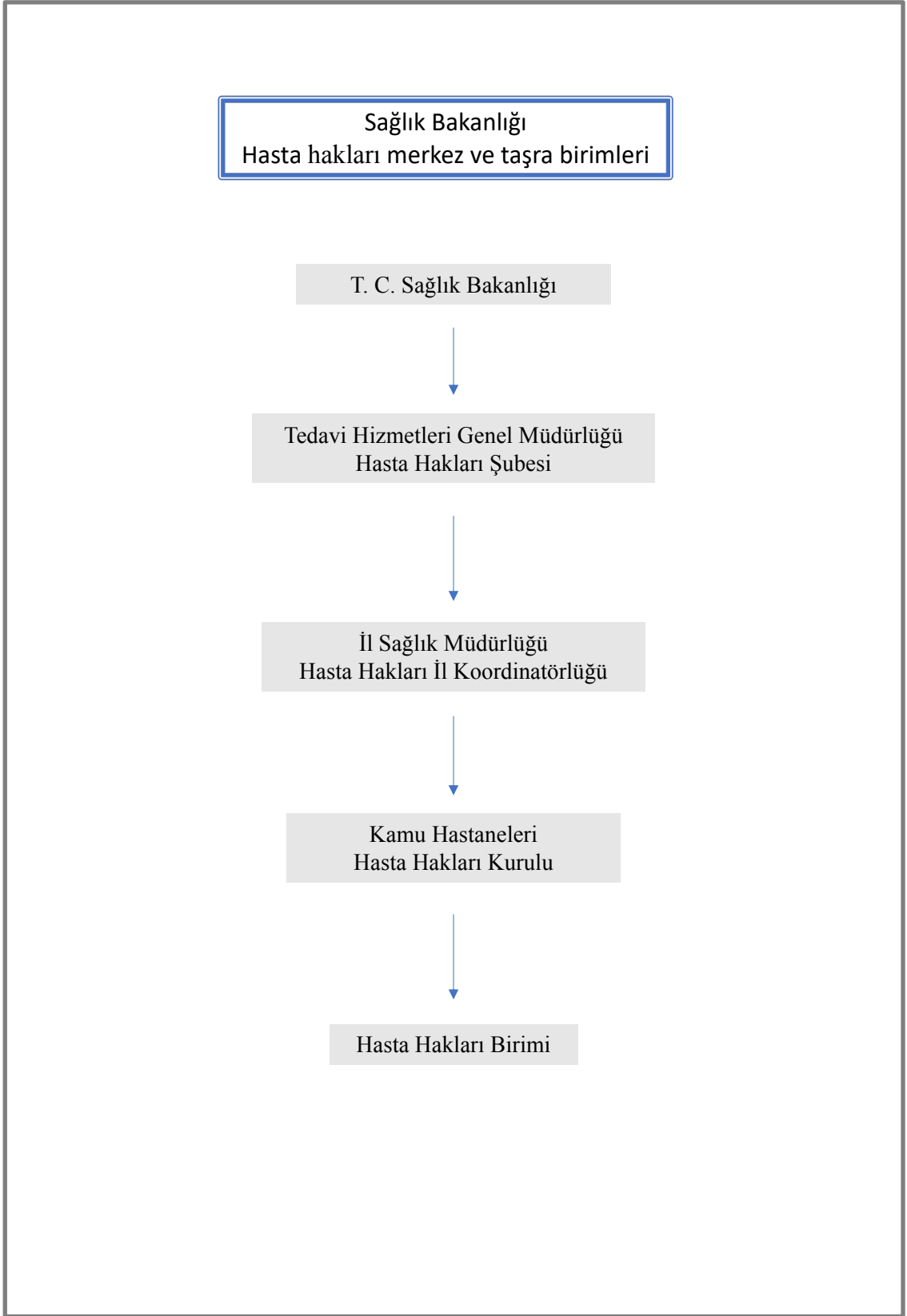
g) Hasta hakları birimine yapılan başvurular ve kurulda görüşülen dosyalar gizlidir. Bilgi ve dosyalar resmi olarak talep edilmesi kaydıyla idari soruşturma yapan incelemeciye ya da adli mercilere gizliliğe riayet edilerek verilir.

ğ) Kurul gerek gördüğünde ilgilileri kurula davet edebilir.

h) Sivil toplum temsilcisi ve sendika temsilcisi olan üyelerin görev süresi takvim yılıdır. Komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Süresi dolan üyeler tekrar görevlendirilebilir.

ı) Tıbbi hata iddialarına ilişkin başvurular kurul tarafından değerlendirilmez.

Hasta hakları kurulu ve hasta hakları biriminin sağlık bakanlığı organizasyonundaki hiyerarşik yeri Şekil-1' de belirtilmiştir.



**Şekil 1.** Sağlık Bakanlığı hasta hakları merkez ve taşra birimleri organizasyonel yapısı

### ***Hasta Hakları Birimi***

Hasta hakları birimi, eğitim almış personel tarafından başvuruların karşılandığı, poliklinik ortamında, kolay ulaşılabilir ve mahremiyete özen gösterilen birimlerdir. Sözel veya yazılı başvuruları alır. Hemen çözülen sorunlar yerinde çözüm yöntemiyle çözülür (Önal, 2012).

Hasta hakları birimlerinin kurulması Hasta Hakları Yönetmeliği ilgili maddesi ile belirlenmiştir. Ayrıca yine yönetmelikte yer alan hasta haklarını bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları hizmet sunumu yapılan kuruluşa, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca okunabilecek uygun yerlerde bulundurulması ve gerekli bütün tedbirleri almak sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri mükellef kılınmıştır (HHY, m.42)).

### **Türk Ceza Kanunu**

Türk Ceza Kanunu (TCK), 1. maddesinde; *kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemek* amacıyla yayımlandığı açıklanmaktadır.

TCK, bağlayıcılık kapsamında çok önemlidir. Kanun; *“Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz”* diyerek herkesi yani sağlık açısından hem sağlık hizmeti sunanları hem de hizmetten faydalananları kanunu, yani haklarını ve sorumluluklarını bilmekle yükümlü kılmıştır (TCK, m.4).

TCK’ndaki 86., 87., 88. ve 89. maddeler vücut bütünlüğünün korunması kapsamındaki maddelerdir. Bu maddeler içerisinde kasten veya taksirli şekilde yaralama suçlarının içerikleri ve cezalarına yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yapılan tıbbi müdahaleler ve olası sonuçlar bu maddeler kapsamında değerlendirilir (TCK, m.86; m.87; m.88; m.89).

Kanun ile insanlar üzerinde deney ve araştırma yapılması ile ilgili düzenlemeler içermektedir. Gerekli izin ve bilimsel gereklilik dışında yapılan çalışmalar yasaklanmıştır (TCK, m.90).

TCK maddeler organ nakli ve organ ticareti ile ilgili hükümler içermektedir (TCK, m.91; m.92; m.93).

Kanunun beşinci bölümü çocuk düşürme ve düşürtme ile ilgili hükümlere yer vermiştir. TCK, kadının rızası olsun veya olmasın tıbbi gereklilik olmadan bir kadının

çocuğunu düşüren kimse hakkında hapis ve para cezasına yer verilmektedir. Ayrıca kanun kısırlaştırma ile ilgili hükümler içermektedir (TCK, m.101).

### **Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge**

Hasta hakları yönetmeliğinin çok açık olmaması, sorumlulukların nasıl yerine getirileceği belirtilmediği için Ekim 2003 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge ile usul ve esaslar belirlenmiştir (Topbaş ve ark., 2005). Nisan 2005 tarihinde Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (HHUY) olarak güncellenip yenilenmiştir (Önal ve Civaner, 2005). Bu yönergeye göre sağlık tesislerinden gelecek şikayetleri almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri üretmek üzere hasta hakları birimleri oluşturulmalıdır (HHUY, m.14).

Yönerge; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Bakanlık Hasta Hakları Birimi kurulmasını ve bu birimin görevlerini düzenlemiştir (HHUY, m.5).

Hastanelerde Hastane Hasta Hakları Kurulu kurulması gerektiğini belirtmiştir. Hasta Hakları Kurulu şu üyelerden oluşur;

- *“Hastane Toplam kalite uygulamalarından sorumlu Başhekim yardımcısı*
- *Hasta Hakları Şikayet Birimi sorumlusu*
- *Şikayet edilen personelin birim sorumlusu*
- *Sosyal Hizmet Uzmanı veya Psikolog*
- *Hasta Hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi*
- *Varsa hastanın yasal savunucusu*
- *4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre o kurumda yetki almış sendika temsilcisi”* (HHUY, m.7)

Yönerge Hasta Hakları Kurullarının görevlerini tanımlamıştır (HHUY, m.8).

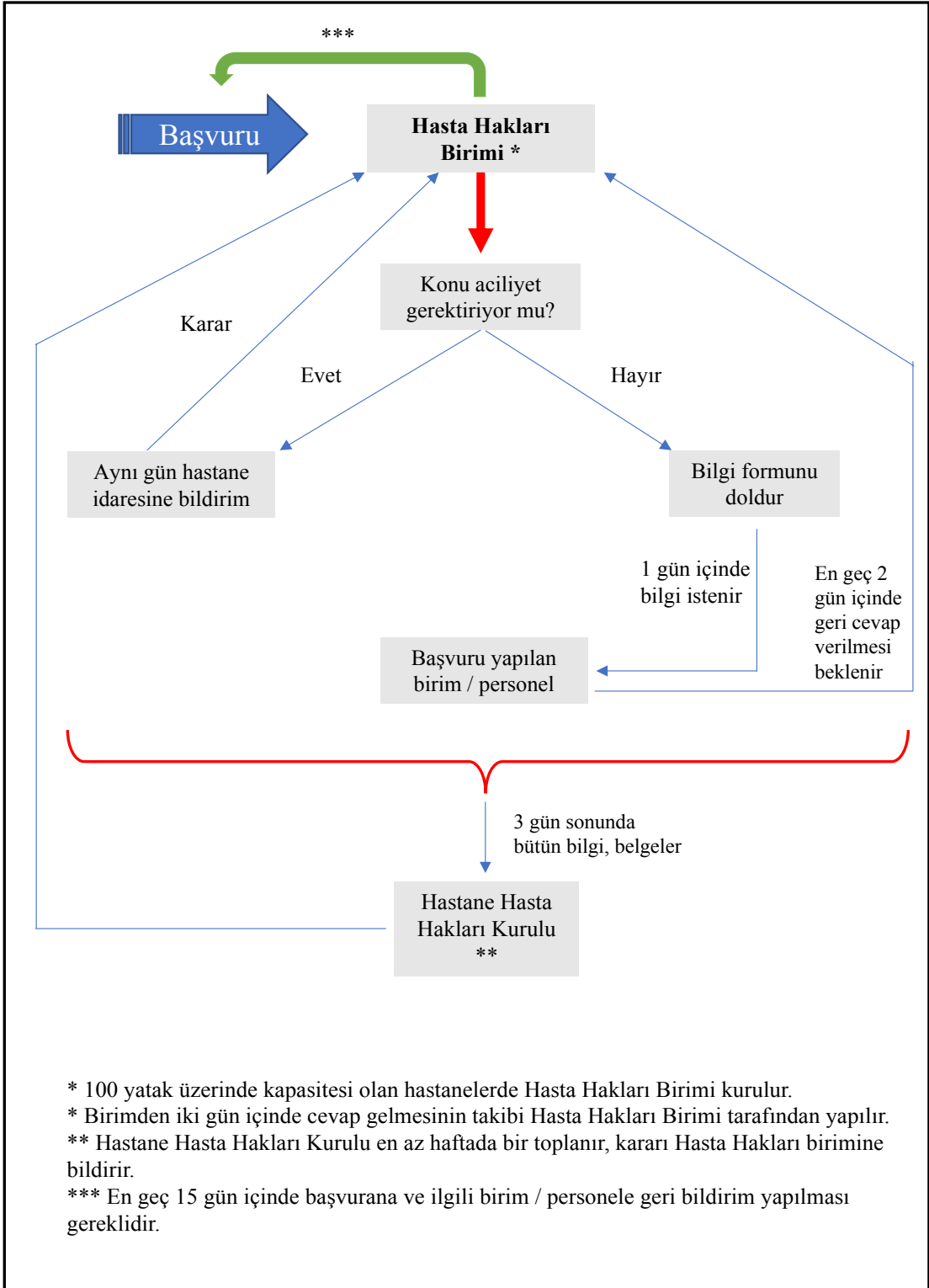
*“a) Hasta hakları ihlallerine ilişkin kendisine ulaşan başvuruları incelemek, değerlendirmek ve sonuçlandırmak.*

*b) Hastanede hasta hakları uygulamalarını geliştirmek için başhekime önerilerde bulunmak.”*

Hasta Hakları Birim Çalışanlarının Görev ve Sorumlulukları şöyle tanımlanmıştır (HHUY, m.11);

- *“Başta psikiyatri hastaları ve özürlüler olmak üzere tüm hastaların savunuculuğunu yapmak,*
- *Hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi için yerel düzeyde çalışmak,*
- *Birimlere ulaşan şikayetleri belirtilen süre içerisinde incelemek ve buna dayanarak Şikayet Bildirim Formunu doldurmak,*
- *Hasta hakları merkez birimi tarafından hazırlanan anketlerin uygulanmasını sağlamak,*
- *Hasta hakları ihlali nedeniyle başvuran hasta ya da yakını ile ilk görüşmeyi yapmak,*
- *Şikayete ilgili bilgileri tam ve doğru olarak almak,*
- *Hasta hakları uygulamalarının yerel düzeyde sağlıklı işlenmesini sağlamak,*
- *Sürecin nasıl işleyeceği konusunda şikayet sahibine bilgi vermek,*
- *Sonuç hakkında ilgiliye bilgi vermek, sonraki aşamalar hakkında açıklamalarda bulunmak,*
- *Hasta hakları merkez birimin hazırlamış olduğu hizmet içi ve halkın sağlık eğitimi çalışmalarına yardım etmek”.*

Hasta hakları birimine yapılan başvuru şekli ve başvuru sonrasındaki süreçler Şekil-2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Hasta hakları birimine başvuru şekli ve başvuru sonrasındaki süreçler



## **SABİM, BİMER ve CİMER**

Türkiye’ de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında, 2004 Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) kurulmuş, insanı hizmetin merkezine almayı amaçlamış ve hizmetten faydalananların çoklu interaktif katılımını sağlamayı hedeflemiştir. Bu hizmet aynı zamanda hasta hakları konusunda temel bir birim olmuştur (Bostan ve ark., 2014).

SABİM’ in kuruluş hedeflerinden birisi de sağlıkta ulaşılabilirliği artırmaktır. Ulaşılabilirlik, sadece hizmete ulaşmak değil aynı zamanda, hizmet ve uygulamalar ile ilgili, bu hizmetten faydalananların hizmetle ilgili görüş ve şikayetleri hakkındaki geri dönüşlerinin de alınmasıdır. SABİM’ e Alo 184, faks ve internet kanalları yoluyla ulaşılabilir (Asri ve ark., 2011).

2006 yılında kurulan ve yine aynı şekilde interaktif hizmet veren Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER) ‘ de bu alanda başvuru yapılabilecek, başvuruların toplandığı ve gerekli işlemlerin başlatıldığı bir diğer önemli iletişim merkezidir (Yeşiltaş ve Erdem, 2019). Vatandaşın doğrudan en üst siyasi makamlara ulaşımı sağlanarak, yönetime katılmaları teşvik edilmiştir (Karkın ve Zor, 2017). BİMER’ e ALO 150 ve internet üzerinden ulaşılabiliriyken, Türkiye’ de 2018 yılında Cumhurbaşkanlığı yönetim sistemine geçilmesi sebebiyle, Başbakanlık makamı faaliyetlerine son verilmiş, BİMER kapatılarak bu hizmete ait işlemler Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER)’ e devredilmiştir. CİMER daha önce BİMER’ e ait iletişim numarası ALO 150 üzerinden ve internet başvuruları ile hizmet vermektedir (Mert 2019; Turan ve ark., 2015).

### **2.7. Yeni Kamu Yönetimi ve Sağlık Sistemine Etkileri**

Yönetim denince en önemli unsur olarak akla gelen; kamu yönetimidir. Kamu yönetimini önemli hale getiren; sadece kamunun elinde bulunan yetki ve kaynakların genişliği değil, bu yetki ve kaynakların kullanımından sorumlu birim ve personeli istihdam edip, etkin bir şekilde koordine etmesidir. Kamu yönetimi özellikle son yüzyıl içerisinde önemli bir değişim olmuştur. Etkin devlet arayışı, kamu yönetimi organizasyon yapılarını sorgulama ve yeniden şekillendirmesine neden olmuştur. Bu arayış sonucu klasik kamu yönetimi teorisi yerine Yeni Kamu Yönetimi (YKY) teorisi geliştirilmiştir (Akyel ve Köse, 2010).

YKY kuramı ilk olarak Osborne ve Gaebler tarafından ortaya atıldığı belirtilmektedir. Onlara göre; devlet; rekabet geliştirici, vatandaşa yönelik, vatandaşı güçlendirici, çıktılara daha çok önem veren, vatandaşı müşteri gibi gören, otoriteyi azaltıp ve piyasa kurallarını ön plana çıkararak bir rol üstlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (Aslan, 2010).

Yeni kamu yönetimi temelde iki ana konuya ağırlık vermektedir. Birincisi kamu hizmetini geliştirmektir. Bu bağlamda etkinlik, verimlilik ve kalite kavramları oluşmuştur. İkinci konu ise kamu yönetiminin sosyal sorumluluklarıdır (Eryılmaz ve Biricikoğlu, 2011).

Yönetim fonksiyonlarının ve etkinliğinin artması, yönetimde hizmet kalitesinin artırılması gerekliliği oluştururken, yönetilenlerin devlete karşı korunmasını da zorunluluk haline getirmiştir. Kamu yönetiminin yönetilenler eliyle denetlenmesi büyük önem taşımaktadır. Yönetilenlerin yönetime ulaşılabilirliği, yönetim faaliyetlerinden haberdar olmaları, bilgi ve belgelere kolayca erişim sağlamaları, yönetime karşı duydukları güvenin artıracağı gibi, yönetilenlerin de yönetime katılması ile kurumsal denetim daha etkin hale gelecektir (Koçak, 2010).

Geleneksel kamu yönetimi son yüzyıl içerisinde önemli değişim geçirmiştir. 1930'lu yıllardan sonra geleneksel kamu yönetimi yerine YKY fikri ortaya çıkmaya başlamasıyla geleneksel kamu yönetimlerinin denetim mekanizması da mevcut sistemleri denetlemeye yeterli gelmemektedir. Hak arama bilinci ve hak arama kurumlarının sayısı ve çeşitliliğindeki artış, kamu yönetiminin denetiminde önemli bir ilişki kurarak gelişimini sağlamıştır (Karcı ve Küçükcan, 2016).

Bireylerin hukuki güvenlik ve belirlilik içinde yaşamaları hukuk devleti olmanın bireylere sağladığı en önemli kazanımdır. Kişilerin hukuka uygun hareket etmelerinin en önde gelen şartı, kişilerin hukuku bilmeleri ve anlamalarıdır. Hakkın uygulanabilirliği ile hakkın yargısal olarak korunması arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Haklar ne kadar bilinebilir ve uygulanabilir oldukları anlaşılır ise bireylerin bu haklarını kullanmaları da aynı oranda artacaktır. Bu noktada kanun düzenleyicilerin yani yönetimin de sorumluluğu doğmaktadır (Bal Yalçın, 2016).

### 2.7.1. Sağlıkta Dönüşüm

Türkiye’ de 2003 yılından itibaren Sağlık’ta Dönüşüm Programı adı altında sağlık hizmetlerinde reformlar yapılmaktadır. Bu yeniden yapılanma süreci her ne kadar Türkiye’ deki sağlık sistemi problemlerine yönelik olduğu söylene de, aslında Dünya’da olan sağlıktaki reform hareketi ile neredeyse eş zamanlı ve uyum içinde olan bir programdır. Benzer birçok ülkede olduğu gibi Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün takibi ve katkılarıyla bu süreç yönetilmektedir (Elbek ve Adaş, 2009).

Dönüşüm programının başlangıcında 2003 yılında başlayıp 10 yıllık süreç sonunca 2013 yılında tamamlanması tasarlanmış, Türkiye’deki mevcut sağlık hizmeti sorunlarının çözülmesi planlanmıştır. O dönemde sağlık sisteminde var olan sorunlar;

- a. Diğer orta gelirli ülkelere kıyasla geri kalmış olan sağlık sonuçları,
- b. Sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetsizlikler,
- c. Sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda verimsizliğe yol açan ve mali sürdürülebilirliği zayıflatan parçalı yapı,
- d. Düşük hizmet kalitesi ile hastalara sınırlı cevap verebilirliktir (Koçak ve Tiryaki, 2011).

Dönüşüm programının amacı, toplumun ihtiyaç duyduğu ve tüm bireylerin gereksinimi olan sağlık hizmetinin; eşit ve adil bir şekilde sunulması ve nitelikli bir sağlık sistemi oluşturmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri (Başol ve Işık, 2015);

İnsan merkezlilik; hizmetten faydalanacak kişileri, sağlık hizmetinde en merkezde tutma,

Sürdürülebilirlik; hazırlanan programların ülke koşulları göz önünde bulundurularak kaynakların etkin ve adil dağıtımının planlanması,

Sürekli kalite gelişimi; sağlık hizmetinin her alanında, ulaşılan mevcut noktayı yeterli görmeyerek sürekli gelişim içinde olma isteği,

Katılımcılık; sağlık hizmetinde, hizmet sunumundaki tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması,

Uzlaşmacılık; mevcut ve potansiyel çatışmaların önlenerek uzlaşmaya yönlendirilmesi,

Gönüllülük: sistem içindeki tüm katılımcıların ayırım yapmaksızın belirlenen amaç ve hedeflere yönelik uyumlu çalışmalarını sağlama,

Güçler ayrılığı: daha verimli ve kaliteli sağlık hizmeti için, sağlık hizmetini planlayan, hizmeti veren, finanse eden ve denetleyen birimlerin birbirinden ayrılması,

Desantralizasyon: idari ve mali özerklik verilen kurumların yerinden yönetimi.

Hizmette rekabet: sağlık hizmet sunumunu devlet tekelinden çıkarıp, hizmet standartlarının belirlenmesi ile farklı aktörlerin sistem içine dahil olmasını sağlama.

Sağlıkta dönüşüm programı genel olarak sağlık hizmetine ulaşımı ve bu hizmetten faydalanmayı kolaylaştırmıştır. Ancak hizmetin arzında yaşanan problemlerle ilgili daha farklı düzenlemeler gereklidir (Çavmak ve Çavmak, 2017).

### **2.7.2. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)**

Sağlık hizmeti, birkaç boyuttan oluşur ve sağlıkta iyilik hali denildiğinde bu boyutların tamamında iyilik halinden bahsedilir. Bahsedilen bu boyutlar; fiziksel, ruhsal, toplumsal ve sosyo-ekonomik boyutlardır. Sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalık durumunda sağlığa ulaşmak için alınan sağlık hizmeti kadar önemlidir. Bu planlamayı yapmak ve gerekli alt yapıyı sağlamak da, hizmetin otoritesi Devlet tarafına düşmektedir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı 2005 yılından itibaren “Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon” çalışmalarını başlatmıştır (Kömürcü ve ark., 2014).

Sağlıkta kalite kavramının gelişmesinde, sağlıkta dönüşüm programı ile beraber Türkiye sağlık sektörünün gündemine çok hızlı bir giriş yapmış olması ve kısa süre içerisinde önemli kazanımların elde edilmesi ve sağlık hizmet sunumunda yeni gelişmelerin olmasına imkan sağlamıştır. Hastanelerdeki kalite kavramı, hem hizmet sunumunun kolaylaşmasına hem de bilimsel standartlar çerçevesinde uygun argümanların geliştirilmesini sağlamıştır (Ertaş ve Çelik, 2018).

Kalite kavramı, en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak amacıyla, ihtiyacı olan herkese, çalışan güvenliği ve memnuniyetinden ödün vermeden, yeterli kaynaklara sahip tesislerde, iyi eğitilmiş uzmanlar tarafından, doğru uygulamalarla, doğru zamanda eşit hizmetin sağlanması olarak ifade edilmektedir (Kayral, 2014). Bu bakımdan Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetinin kalitesinin artırılması, hasta ve çalışan güvenliği ve bunun yanında hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak amacıyla kalite sistemi oluşturulmuştur (Uysal ve Yorulmaz, 2018).

Toplumsal gereksinimlerin değişmesi, örgütlerin kendisini, ürettiği hizmet ya da niteliğin değişimini gerektirebilir. Son yıllarda yaşamın her alanında görölen değişim, sağlık hizmetini de etkilemiştir. Sağlıkta hizmet kalitesini tanımlamak zordur. Tanımlamak zor olduğu kadar, ölçmek de zordur. Tanımlamadaki zorluk, sağlık hizmet sektörünün içeriğinden kaynaklanır. Bu hizmet türünün içeriği çok fazla sayıda değişkenden etkilenir ve içeriğin tam anlaşılır tanımı yapılamamaktadır (Aslantekin ve ark., 2007).

Hizmet sektörünün her alanı için kalite, gereklidir. Söz konusu sağlık hizmeti olduğunda kalitenin bir gereklilikten daha çok zorunluluk olduğundan söz edilebilir. Çünkü sağlık hizmetinde söz konusu olan insan sağlığıdır ve yapılan işlemlerin geri dönüşü çok zor veya imkansız olabilir. Sağlık alanındaki gelişmeleri yakından takip etme gerekliliği gibi, hizmete başvuranların taleplerindeki değişmeleri de yakından izlemek gereklidir. Bu gereklilikler yerine geldiğinde sağlık kurumu ve kalite, hizmete başvuranlar için memnuniyet söz konusu olur (Oksay, 2016).

Sağlıkta kalite denildiği zaman yakın zamana kadar kalite genellikle, klinik sonuçlar ile eşdeğer tutulmuştur. Doğru tanı alma ve etkin tedavi olma kalite olarak tanımlanırken artık, tanı için kullanılan araçlar ve konforu, tedavi kararına hastanın da katılması gibi birçok etmen kalite standartlarını oluşturmaktadır (Kayral, 2014).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının gündeme gelmesinin ardında birçok neden yattığı düşünölse de bunlardan üç tanesi ön plana çıkmaktadır. Öne çıkan nedenler;

1. Sağlık hizmetleri dünyada genelinde değerlendirildiğinde genellikle bir kamu tarafından verilen hizmeti olması sebebiyle devletin bu konuda belirleyici ve etkileyici rol oynaması,
2. Sağlık hizmet sunumundan faydalananların değişen ve gelişen çağın gereği her alanda olduğu gibi sağlıkta kalite konusunda taleplerinin söz konusu olması,
3. Değişen yönetim şekilleri ile beraber sağlık yöneticilerin bu alandaki artan ilgilerinin sonucu olarak kalitenin gündeme gelmesi şeklinde değerlendirilmektedir (Kıdak ve ark., 2015).

Sağlık hizmeti sunumu sırasında, hizmet alan ve hizmet veren arasında bilgi yükü açısından değerlendirme yapıldığında, bilgi yükünün asimetrik olduğu, yani sağlık hizmeti verenlerin bilgi yükünün tamamına sahip olduğu ve hizmet alanların bu alandaki

karar mekanizmalarında genellikle pasif oldukları bilinmektedir. Bu sebeple, hizmet alanların hizmet verenleri teknik açıdan değerlendirmeleri çok güçtür. Bu sebeple kalite ile ilgili değerlendirmeler ve denetlemeler yine sağlık personeline yapılır (Devebakan ve Paşalı, 2015).

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları – Hastane rehberi 5 boyut üzerine inşa edilmiştir. Bunlar;

Kurumsal hizmetler boyutu; hastanede, tüm çalışanların etkin bir şekilde rol aldığı bir yönetim yapısı oluşturarak, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Hasta ve çalışan odaklı hizmetler boyutu; hastaların temel hakları, güvenliği ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma alanı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Sağlık hizmetleri boyutu; hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerin, SKS-Hastane hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Destek hizmetleri boyutu; tıbbi hizmet süreçlerin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Gösterge yönetimi boyutu; belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur (SKS - Hastane 2016).

Sağlıkta kalite standartları boyut ve alt boyutları Tablo -1’ de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Sağlıkta kalite standartları boyut ve alt bölümleri

KURUMSAL HİZMETLER	HASTANE VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLERİ	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	Bölüm Bazlı Göstergeler
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetler	Enfeksiyonların Önlenmesi	Bilgi Yönetim Sistemi	Klinik Göstergeler
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Güvenlik Raporlama Sistemi		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Acil Durum ve Afet Yönetimi		Radyasyon Güvenliği	Atık Yönetimi	
Eğitim Yönetimi		Acil Servis	Dış Kaynak Kullanımı	
Sosyal Sorumluluk		Ameliyathane		
		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tipleme Laboratuvarı		

## **Sağlık Kurumlarında Halkla İlişkiler**

Halkla ilişkiler, organizasyon ile hedef kitlesi arasında karşılıklı iletişim ve ortak anlayış oluşturulmasına ve sürdürülmesine yardımcı olan yönetsel görevdir (Başok ve ark., 2007).

Kar veya hizmet, amacı ne olursa olsun bütün kurumların amaçlarında başarılı olabilmeleri için buldukları çevreyle etkileşimde bulunmaları gerekliliği tartışılmaz gerçektir. Bu etkileşim gerekliliği, sağlık kurumlarında ele alınması gereken bir konudur. Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık kurumlarındaki halkla ilişkiler faaliyetleri önem kazanmaktadır. Çünkü hastaneler, insan ilişkilerinin yoğun yaşandığı farklı durum ve yapıdaki geniş yelpazede hedef kitlesi olan kurumlardır (Göktaş ve ark., 2017).

Sağlık hizmeti sektörü, sürekli sorunlarla, risk ve kriz durumlarıyla iç içe faaliyet gösterir. Sağlık hizmetinin içeriğinde sürekli problem çözme durumu vardır. Bu problem çözümü sırasında iletişim olmazsa olmaz olan değişkendir. Sağlık iletişimi gibi kurumsal iletişim söz konusu olduğunda halkla ilişkiler gündeme gelir (Çöklü 2002).

Sağlık kurumlarındaki halkla ilişkiler faaliyetlerinde, kurumun iç ve dış çevresindeki hedef kitleleriyle etkin, sağlıklı ve güvenilir iletişim kurma gereklidir. Bu durum sağlandığında, kurumun çevresi tarafından olumlu karşılanmakta ve kurumun çevreyle ve toplumla bütünleşmesi kolaylaşmaktadır (Işık ve Konur, 2010).

Halkla ilişkilerin ön koşullarından birisi, birimi bünyesinde bulunduran kurumların, verdikleri hizmet kapsamında eksik, hatalı ve olumsuz durumlar olabileceğinin kabulüdür. Sağlık kuruluşları gibi, yoğun talep gören kurumların olumlu kurum imajı oluşturmaları uzun zaman alır ve zordur. Fakat edinilmiş olumlu imajın yıkılması ise çok kolaydır (Ayhan ve Canöz, 2006).

Kurumlardan hizmet alırken kurdukları iletişim sonucu elde ettikleri izlenim ve çevreden elde edilen bilgiler sonucu, kişilerde kurumsal imaj oluşur. Kurumsal imaj, kurumla kurulacak iletişimin başlangıcı kabul edilir ve kurumu oluşturan görsel, sözel ve davranışsal öğelerin tamamına verilen addır. Özellikle sağlık kurumlarında, kurumsal imaj ile verilen kamu hizmeti arasında çok yüksek ilişki olduğu kabul edilmektedir. Çünkü verilen sağlık hizmetinin kalitesi, kurum imajının oluşması en önemli paylardan biridir (Özata ve Sevinç, 2008).



Kurum imajının oluşturulmasında hastane başhekimden doktora, hemşireden teknisyene, sekreterden güvenlik görevlisine kadar her görev alanındaki herkesin tam katılımı gereklidir. Çünkü sağlık kurumlarındaki iletişim; toplumun her alanındaki, her yaş grubundan, farklı özelliklerdeki bütün bireylerle sağlık hizmetindeki tüm birimlerde çalışan tüm personel arasında ve daima iki yönlü olarak kurulan bir iletişimdir (Duğan ve Uludağ, 2015).

### **Hasta Güvenliği**

Sağlık hizmetlerinde gelişmelerin devam etmesi ve çeşitliliğinin artması ile bunun yanında hasta hakları konusunda çalışanların ve hizmet alanların bilincinin artması sonucu sağlıkta kalite alanında talep ve bu konudaki gelişmeler çok hızlı olmaktadır. Bu konulardan birisi de “*Hasta Güvenliği*” kavramıdır (Çırpı ve ark., 2009).

Hasta güvenliği Sağlık Bakanlığı tarafından şöyle tanımlanmıştır; “*hasta güvenliği, sağlık hizmeti alan her bireyin, zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden önlenebilecek olan tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir risk seviyesinde tutmak için alınacak tedbirler ve iyileştirme faktörleridir.*” Sağlık bakım hizmetlerinin, hem içerik hem de hizmet veren özellikleri bakımından hizmet alanlara verebileceği zararı önleyebilmek için sağlık kurumları ve bu kurumlarda çalışan personeller tarafından alınan önlemlerin bütünüdür. Kaliteli sağlık hizmetinin temeli, hasta güvenliği kültürüne bağlıdır (Ataman ve ark., 2017).

Sağlık hizmetine bağlı oluşabilecek zararlar ve yan etkiler hastane, poliklinik, eczane, bakım evleri ve bireylerin kendi evleri gibi sağlık hizmetinin verildiği hemen her yerde görülebilir. Sadece bu yerlerde ve sadece sağlık hizmet sunumu sırasında değil, daha sonrasında daha farklı alanlarda da görülebileceği unutulmamalıdır. En sık görülebilecek eksiklik ve hatalar;

- Tanı hataları,
- Tedavi hataları,
- Cerrahi işlem hataları,
- Sistem yetersizlikleri,
- Tıbbi cihaz eksiklikleri gibi eksikliklerdir (Akalm, 2005).

Tıbbi hatalar içinde en sık görülen ve en az dikkat edilen ise iletişim hatalarıdır. İletişim hataları daha çok yöneltme ve eğitim hatalarıdır. Bunların dışında kültürel ve etnik özellikler, sosyo-ekonomik özellikler de iletişimi etkiler ve iletişim hatalarına sebep olabilir. Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetindeki iletişim eksikliklerinin nedenleri arasında önemli seviyede sağlık çalışanlarının kendi zamanlarını çok değerli ve sağlıktaki bilgi yükü asimetrisi nedeniyle hastanın kavrama kapasitesinin düşük olduğuna dair bilgiler mevcuttur. Bu nedenle bazen hizmet sunanlar iletişimi yeterince önemsememektedir. Yine benzer şekilde bilgi yükünden zayıf olan hizmet alan grupta yani hasta ve yakınlarındaki düşünce, bilgisiz görünmemek için ek soru sormama davranışı olarak ortaya çıkmakta, bu durumda da yeterli bilgi verilmediğinden sağlık profesyonelleri suçlanmaktadır (Ovalı, 2010).

Sağlık hizmetindeki hatalara ait kök/ana nedenler incelendiğinde hataların altında yatan nedenleri olarak, kişiler değil yerine organizasyon yapısı, teknik altyapı yetersizliği ve insan gücü yetersizliği gibi sistem sorunlarının neden olduğu görülmüştür (Türkmen ve ark., 2011). Ancak bireysel suçlanma hissi, sağlık hizmetlerinde hizmet sunan bireylerde çok baskındır ve güvenlik kültürünün oluşmasının önünde engel olarak halen yerini korumaktadır (Rızalar ve ark., 2016).

Hasta güvenliğini sağlamak özellikle sağlık kurumlarında süreç ve süreç yönetimi gerektirir (Karaca ve Arslan, 2015). Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanabilmesi için belki de en önemli koşul, sağlık kurumlarında kurum çalışanları ve yöneticilerinde hasta güvenliği kültürünün oluşması gerekliliğidir. Yani bu kültüre sahip çıkılması, bu kültürün her çalışan tarafından içselleştirilmesi gereklidir (Korkmaz, 2012). Kültür oluşmasında şeffaflık ve olası problemlerde ve bunların tekrarı ve önlenmesinde sistematik yaklaşım gereklidir. Hasta güvenliği kültürü, multidisipliner yapı oluşturmaktır. Bu multidisipliner yapı içerisinde bilgi ve iletişim teknolojileri rol oynamaktadır. Hasta güvenliği kültürünün oluşmasında yönetim desteği olmazsa olmazdır. Yönetim desteğinin yanında, etkili ve verimli takım çalışması, kurallara uygun davranma, eğitim, kurallara uygun davranma, her aşamaya bireylerin etkin ve ortak katılımı, yine bireylerce hassasiyet ve özen gösterilmesi, hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında çok önemlidir (Gündoğdu ve Bahçecik, 2012).

Amerika’ da kalite alanında faaliyet gösteren ve tüm dünyaya referans olan Joint Commission (JC), bireylere hasta güvenliğine yönelik bir program oluşturmuştur. “*SPEAK – UP*” adı verilen bu uygulama zaman içinde farklı dillere çevrilerek birçok ülkeye yayılmıştır (Tablo-2) (Sarp, 2018; Onganer ve ark., 2014).

**Tablo 2.** JC, SPEAK-UP programı başlıkları

SPEAK - UP	
<b>S</b> - Speak Up, Çekinmeden Konuş	Soru veya endişeniz varsa çekinmeden sorun
<b>P</b> - Pay Attention - Dikkat Et	Aldığınız hizmete dikkat edin
<b>E</b> - Educate Yourself - Kendini Eğit	Hastalığınız ve tanı testleri hakkında bilgi edinin
<b>A</b> - Ask - Sor / İste	İyi tanıdığımız birinden destekçiniz olmasını isteyin
<b>K</b> - Know - Bil	Hangi tedaviyi aldığımızı ve nedenini bilin
<b>U</b> - Use - Kullan	İyi hizmet verdiğini bildiğiniz bir sağlık merkezini kullanın
<b>P</b> - Participate - Katıl	Hizmetin her aşamasına aktif katılın

Hasta güvenliği kültürünün ölçülmesi ve değerlendirilmesi, organizasyon hizmetlerinde iyileşmesini ve verilerin daha sağlıklı sonuçlar vermesini sağlar (Tütüncü ve ark., 2006).

Hasta güvenliğini tehdit eden olayların önlenmesinde, alınacak önlemlere hem sağlık hizmet sunumundaki tüm aktörlerin, hem de sağlık hizmetinden faydalananların üzerine düşen görevler vardır. Bu noktada da olumsuz olayların zamanında tanımlanması çok önemlidir (Vural ve ark., 2014). Zamanında tanımlama yapabilmek için de olayların kaynakları ve süreçler hakkında bilgi sahibi olmak gereklidir (Avcı ve Aktan, 2015).

Sağlık hizmeti hatalarının tanımlanmasındaki stratejiler;

- Sürekli gözlem yapma,
- Olabilecek hataları öngörme / tahmin etme,
- Hataları önleyebilmek için işlemlerden önce çift kontrol yapma,
- Bütünün bileşenlerden oluştuğunun farkında olma,
- Yapılan işlem ve müdahalelerde araştırma sonuçlarına ve bilimsel verilere önem vererek işlem yapma.

Sağlık hizmeti hatalarının durdurulmasındaki stratejiler;

- Hizmet alan tarafından bakabilme,
- Hizmet alanlara yardım önerme,
- Belirsizlikleri ortadan kaldırma,
- İletişimi doğru kurma, yönlendirmeleri doğru şekilde yapma,
- Sağlık profesyonelleri tarafından hatanın fark edildiği anda, işleme devam etmeme, doğru uygulamayı bulma (Cebeci, 2010).

Yaşanılan şimdiki çağ “*Bilgi Çağı*” olarak da adlandırılmaktadır. Bilgiye verilen önem her gün artmaktadır. Bilgi ve bilgi edinme süreçleri ile ilgili sürekli yeni teoriler ortaya konmaktadır. Aynı şekilde bilgi, yönetimler için de yönetsel süreçlerin en büyük yardımcısı konumundadır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen bilgi, zamanında ve düzgün kullanılmadığında doğrudan insan sağlığını ilgilendirdiğinden, sağlık kurumları yönetiminde çok önemli bir yere sahiptir (Altındış, 2010a).

Hasta güvenliği oluşmuş bir kurumda, hasta güvenliğini geliştiren en önemli beceri; hatalardan bilgi çıkarmak ve çıkarılan bu bilgiler ışığında tutum ve davranış geliştirmektir (Bodur ve ark., 2012).

### **Güvenlik Raporlama**

Güvenlik raporlama sistemi, hastanede meydana gelen olayları kayıt altına almak, onlardan ders çıkarmak ve olumsuz olayların tekrarını engellemek üzere yapılan uygulamaların oluşturduğu bir sistemdir. Bu raporlamada amaç, bireyler üzerine değil, sistem üzerine yoğunlaşarak, kurumsal öğrenmeyi sağlar ve yönetsel süreçlerin gözden geçirilmesini ve iyileştirilmesini sağlar. Hastane yönetimleri için çok önemli bir bilgi kaynağıdır (Karaca ve Arslan, 2015).

Bu amaçlarla Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS)’ni uygulamaya koymuştur (İstanbulu ve ark., 2012). GRS hasta güvenliğinin sürdürülebilir iyileştirmesine yol açmak üzere olumsuz olaylara yapılan müdahaleleri sağlayan bir uyarı sistemidir (Bektemür, 2018).

Kurumsal öğrenmeyi sistematik şekilde elde etmeyi sağlayan bu uygulama, özellikle sağlık kurumlarında başarıya ulaşmış gibi görünmemektedir. Güvenlik raporlama işlemlerinin kurum içinde suçlamalara ve cezalandırmalara da sebebiyet verdiği göz önünde bulundurulmalıdır (Altındış, 2010b).

Raporlama sistemlerinin kullanımında kimliksizleştirme (anonimizasyon) rapor bildirimlerinde önemli bir unsurdur. Sağlık hizmetlerinde yapılan raporlamada anonimizasyon, gerçekleşen olaylarda bireylerden daha çok olaya ve sisteme odaklanılmasını sağlar. Ancak çoğu yerde kimliksizleştirme işleminin sağlanmadığı bilinmektedir ve bu durum raporlama davranışını olumsuz etkilemektedir. GRS' ne raporlama bildirimlerinin sağlık kurumlarında teşvik edilmesi gereklidir. Raporlama davranışının teşviki kadar "Ramak Kala" olaylarının da çalışanlar tarafından bilinmesi o durumların da raporlama kriterlerine dahil edilmesi gereklidir (Çakmak ve ark., 2018).

Ramak kala, zarar verebilme potansiyeli olan ve zarar vermeye çok yakın olduğu halde zarara sebep olmayan olaydır. Sağlık sisteminde çok sık görülür (Seren İntepeler ve Dursun, 2012).

Yapılan çalışmalarda, sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin güvenlik raporlama sistemini kullanmadığı belirtilmiştir (Seren İntepeler ve Dursun, 2012). Ancak bu tür olayların oluşmasının önlenmesinde çalışanların GRS' ne bildirim yapma kültürlerinin oluşturulması gereklidir (İncesu ve Orhan, 2018). Bu alanda yapılacak eğitimlerin çalışanların raporlama davranışı üzerinde olumlu etkisi olduğu, kısa ve orta vadede raporlama davranışını artırdığı bilinmektedir (Ünal ve Seren İntepeler, 2018).

Herhangi bir kurumda GRS bildirim sayısının çok yüksek olması, o kurumda yapılan hatalı işlem sayısının çok fazla olduğunu değil, kurum çalışanlarının raporlama sistemini titizlikle kullandıkları ve bu konuda kurum kültürü olduğunu gösterir (Karagözoğlu ve ark., 2019).

Güvenlik raporlama işlemi, sağlıkta kalite standartları kitapçığının 2015 yılında yayımlanmasından sonra hastane otomasyonları üzerinden sisteme kaydedilen raporlardır. Hastane çalışanları tarafından olumsuz durumlar not edilerek hasta hakları ve olumsuz durumlar önlenmeye çalışılmaktadır (SKS - Hastane, 2016).

### **Kök Neden Analizi**

Kök neden analizi (KNA) balık kılıcı diyagramı olarak da adlandırılmaktadır. KNA her tür sistem içerisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bir soruna neden olabilecek bütün sebepleri ve sorunun etkileri arasındaki ilişkileri tanımlayabilir. KNA süreçleri, süreçlerin içindeki uygulamaları, olayları ve olayların sebeplerini açıkça

tanımlamaya çalışır ve tanımlamak için benzer olaylardan faydalanmak da gerekebilir (Yıldıztekin, 2011).

Başka bir tanımlama ile KNA, hataya veya zarara neden olmuş olan olayların, altında yatan ana sebebi ya da sebepleri belirlemek, bu olaylara benzer olayların tekrar ortaya çıkmaması için, bu olayların ortaya çıkmasındaki riskleri azaltacak tasarım ve geliştirme gerektiren noktaları belirlemek ve sonuçta olayın tekrarını önleme amacıyla yürütülen yönetsel faaliyetlerdir. KNA, olayın temel nedenini (kök neden) bulmaya yöneliktir (Ardahan ve Yelkin Alp, 2015).

Kök neden analizi zaman kaybını önleyerek, asıl sebebin ortaya çıkarılmasını sağlar. Kök neden analizlerindeki amaç, yönetilen süreçleri en etkin ve verimli şekilde götürmektir (Gürol ve Çapan, 2010).

Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden durumlarla ilgili kök neden analizi yapılarak tehdit unsurlarını önlemeye yönelik çalışmalar yapılması, bu tehdit unsurlarının azaltılması ve olumsuz olayların gerçekleşmesinin önlenmesinde anahtar rol oynamaktadır. Bu analiz sonrasında geliştirilen stratejiler doğrultusunda alınacak önlemler, çizilecek yeni yol haritaları sağlık hizmetinin devamında hizmet iyileştirme için öneriler sunacaktır (Kaya, 2017).

Kök neden analizleri yapmak organizasyonların süreçlerini iyileştirmesine yardım etmektedir.

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmada hastaların veya yakınlarının hasta hakları birimini kullanma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

#### 3.2. Problem Cümlesi

Çalışmanın problem cümlesini, “Hasta ve yakınlarının hasta hakları birimini kullanma durumları nasıldır?” sorusu oluşturmaktadır.

#### 3.3. Hipotezler

Çalışmanın planlaması aşamasında literatür taraması yapılırken elde edilen bilgiler ve çalışmanın yapılacağı kurum özellikleri göz önüne alındığında incelenen konu hakkında hipotezler aşağıdadır;

Hipotez;

- a) Hasta hakları birimine başvuru yapanlar arasında kadın cinsiyet daha fazladır.
- b) Hastaneye başvuru yapanlar arasında kadın cinsiyet daha fazladır.
- c) Hasta hakları birimine başvuranların dağılım durumu yaş gruplarına göre farklılık gösterir.
- ç) Hastaneye yapılan başvurular yıllara göre artış göstermektedir.
- d) Hasta hakları birimini kullanma durumu yıllara göre artış göstermektedir.
- e) Hasta hakları birimine yapılan şikayet oranları yıllara göre artış göstermektedir.
- f) Kış aylarında hasta hakları birimine yapılan başvuru sayılarında artış olur.
- g) Eğitim durumu arttıkça hasta hakları için başvuru yapma oranı artar.
- ğ) Hasta hakları birimine en çok ev hanımları başvuru yapmıştır.
- h) Hasta hakları birimine en çok şikayet edilen hizmet birimi polikliniklerdir.
- ı) Hasta hakları birimine en çok şikayet edilen personel grubu hekimlerdir.
- i) Hasta hakları birimine şikayet edilen birimlerin dağılımı yıllara göre değişkenlik gösterir.
- j) Hastanede yapılan ameliyat sayıları yıllara göre artış göstermektedir.

- k) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı yıllara göre değişkenlik gösterir.
- l) Hasta hakları birimine başvuru yapanların yaş gruplarına göre dağılımı yıllara göre değişkenlik gösterir.
- m) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı cinsiyete göre değişkenlik gösterir.
- n) Hasta hakları birimine şikayet edilen birimlerin dağılımı cinsiyete göre değişkenlik gösterir.
- o) Hasta hakları birimine şikayet edilen hizmet birimlerinin dağılımı başvuranların yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir.
- ö) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı başvuranların yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir.
- p) Hasta hakları birimine şikayet edilen hizmet birimlerinin dağılımı eğitim durumuna göre değişkenlik gösterir.
- r) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı eğitim durumuna göre değişkenlik gösterir.
- s) Güvenlik raporlama sistemi bildirimleri yıllara göre artış göstermektedir.

### **3.4. Çalışma Etik Kurul ve Kurum İzni**

Çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak planlanmıştır. Tez konusu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 12.04.2019 tarihinde, 12 sayılı oturumda, 2019/312 sayılı Enstitü Yönetim Kurulu kararınca oybirliğiyle kabul edilmiştir (EK-1).

Çalışma için gerekli etik kurul başvurusu, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) 14.03.2019 tarihli toplantısı B.30.2.ODM.0.20.08/256-466 sayılı etik kurul izni (EK-2) sonrasında başlatılmıştır. Ayrıca Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık ve Etik Kurulu (TUEK)'ndan 12.03.2019 tarihinde 2019/6 sayılı oturumda TUEK28-2019BADK/6-54 sayılı etik kurul izni (EK-3) ve 19.03.2019 tarihinde 89699484 sayılı barkod numarası ile Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (EK-4) çalışma için izin



belgesi alınmıştır. Enstitü yönetim kurulu kararı ve izin belgeleri ekler bölümüne eklenmiştir.

### **3.5. Çalışmanın Planlandığı Yer**

Samsun, Orta Karadeniz bölgesinde, İç Anadolu Bölgesi'nin Karadeniz'e açılan kapısı konumunda, çevre illere göre gelişmişlik düzeyi çok daha ileride olan bir büyükşehirdir. Diğer birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da Samsun, hem il içi hem de çevre illerden gelenler için bir merkez konumundadır. Çalışma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında yürütülmüştür. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3 farklı kampüste hizmet veren toplam 1170 yatak kapasiteli bir hastanedir. Doğumevi yerleşkesinde 300 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binası bulunmaktadır. Daha önceden Samsun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olarak hizmet veren kuruluş, Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı olarak Samsun ili ve çevre illere hizmet vermektedir. Hem büyük kapasitesi hem de uzman kadrosu nedeniyle çevre illerden yoğun bir şekilde hasta kabul etmektedir.

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında, 23 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, 1 Perinatoloji yandal hekimi, 1 de Jinekolojik Onkoloji yandal hekimi olmak üzere Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde 25 hekim vardır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniğinde, 19 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı, 1 Çocuk Alerji yandal hekimi, 1 Çocuk Nefroloji yandal hekimi, 1 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları yandal hekimi, 2 Çocuk Kardiyolojisi yandal hekimi, 1 Çocuk Gastroenteroloji hekimi, 1 Çocuk Endokrinoloji hekimi, 1 Çocuk Genetik Hastalıkları, 1 Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hekimi olmak üzere 28 hekim vardır. Çocuk Cerrahisi kliniğinde 9 Çocuk Cerrahisi uzmanı vardır. Radyoloji biriminde 4 Radyoloji uzmanı vardır. Ameliyathane ve konsültasyonlarda görevli 4 Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı vardır. 1 Çocuk Ürolojisi hekimi ile ek hizmet binasında detaylı sağlık hizmeti verilmektedir.

Çalışma, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında bulunan Hasta Hakları biriminde yürütülmüştür. Hasta hakları birimi 2011 yılında açılmıştır. Birimde 1 sorumlu bir de çalışan olmak üzere 2 personel çalışmaktadır.

### **3.6. Çalışma Evreni**

Çalışma evreni 2011 yılından 2018 yılı sonuna kadar Hasta Hakları birimine yapılmış başvuruların tamamını içermektedir. Çalışma evreni 2998 başvurudan oluşmaktadır. Yapılan bütün başvurular çalışmaya dahil edildiği için güç (power) analizi yapılmamıştır. Veri toplama 15.03.2019 ile 30.04.2019 tarihleri arasında yapılmıştır ve elde edilen veriler SPSS paket program aracılığı ile tanımlayıcı istatistik analizi yapılmıştır.

### **3.7. Varsayımlar**

Hasta hakları birimine yapılmış 2998 başvuruya ait başvuran kişilerin tamamının hasta veya hasta yakını olduğu varsayılmıştır.

### **3.8. Çalışmanın Sınırlılıkları**

Aşağıda çalışmanın sınırlılıkları belirtilmiştir;

○ Çalışma kurgusu geriye yönelik dosya taraması şeklinde yapılmıştır. Tutulan kayıtlarda hastaların yaş bilgisine yer vermek yerine kategorik şekilde (25 yaş ve altı, 26-30 yaş, 31-35 yaş, 36-40 yaş, 41 yaş ve üstü olarak) yaş kaydı tutulmuştur. Bu kayıt şekli sebebiyle çalışmaya katılan başvuru sahiplerinin ortalama yaşı ile ilgili bir veriye ulaşılamamıştır.

○ Hizmet binası içinde hem kadın hastalıkları ve doğum, hem de çocuk hastalıkları poliklinikleri bulunmaktadır. Tutulan kayıtlarda ve kayıt içeriklerinde hakkında başvuru yapılan birimlerin hangi branş ile ilgili olduğuna dair veri yoktur.

○ Başvuranlar içerisinde hasta veya hasta yakını haricinde özellikle hastane içerisinde çalışan personel içerisinde başvuru yapan olup olmadığı konusunda herhangi bir veri yoktur.

○ Çalışma verilerinde son yıllarda elektronik başvuruların yapıldığı SABİM ve CİMER başvuruları ağırlık kazanmıştır. SABİM ve CİMER'e ait verilerin detaylı bilgilerine ve istatistiksel özelliklerine ulaşılamamıştır.

○ Çalışmanın yapıldığı yıllarda hastaneye yapılmış bütün başvurulara ait verilere ulaşılmıştır ancak katılan kişilerin özelliklerinin bilindiğinin aksine toplam başvuru yapanların özellikleri bilinemediğinden aradaki kıyaslama yapılamamıştır.

○ Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde hastane otomasyon bilgi sisteminin değişikliği işlemi yapılmış bazı verilere ulaşılmakta günlük çekilmiş bazı verilere ulaşamamıştır. Veri toplama sürecinde daha önce 2014 ve 2017 yıllarında da otomasyon bilgi sistemi değişiklikleri yapıldığı öğrenilmiş, her değişiklik sonrası veri kayıpları olması sebebiyle eski tarihli verilerin detaylarına ulaşamamıştır.



#### 4. BULGULAR

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binası hasta hakları birimine 2011 yılı başından 2018 yılı sonuna kadar yapılan 2998 başvuruya ait veri formu incelenmiştir. Veri formundan elde edilen veriler not edilerek aynı zamanda hastane otomasyon sisteminde aynı yıllara ait toplam poliklinik sayıları, acil poliklinik sayıları, ameliyat sayıları çıkartılmıştır. SABİM, BİMER ve CİMER başvurularına ait genel veriler de elde edilip yorumlanmıştır.

2011 – 2018 yıllarında yapılan bütün başvurulara ait toplam başvuru sayısı ve başvuru sahiplerinin cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında oranın birbirine yakın şekilde; 1481'i (%49,4) erkek; 1517'si (%50,6) kadın olduğu görülmüştür. Başvurulara ait toplam sayı ve başvuru sahiplerinin cinsiyete göre dağılımları Tablo-3' te izlenebilir.

**Tablo 3.** Çalışmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	1481	49,4
Kadın	1517	50,6
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Çalışma kapsamına alınan yıllar içinde sağlık hizmeti almak için hastaneye başvuru yapanların toplam sayısı ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 4' te gösterilmiştir. 2011 – 2018 yılları içerisinde sağlık hizmetine başvuran toplam 6 milyon hasta içerisinde kadın cinsiyetin çok daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.** 2011-2018 yıllarında hastaneye başvuran toplam hasta sayısı

Cinsiyet	n	%
Erkek	2.211.416	36,4
Kadın	3.858.790	63,6
<b>Toplam</b>	<b>6.070.206</b>	<b>100</b>

Başvuru yapanların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında en sık 31-35 yaş aralığında oldukları görülmüştür. En az 25 yaş ve altı bireyler başvuruda bulunmuştur. Yaş gruplarına ait veriler Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5.** Başvuranların yaş kategorilerine göre dağılımı

Yaş	n	%
31-35 yaş	999	33,3
26-30 yaş	780	26,0
36-40 yaş	601	20,1
40 yaş ve üstü	395	13,2
25 yaş ve altı	223	7,4
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Yıllara göre başvuru sayılarına ait veriler Tablo 6' da gösterilmiştir. Verilerin dağılımına bakıldığında önce yıllara göre giderek artan sayılar görülmekte, en yüksek başvuru sayısı 2014 yılında olduğu gözlenmektedir ancak son yıllarda bir düşüş görülmektedir.

**Tablo 6.** Hasta hakları birimine yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı

Yıllar	Hasta hakları birimine yapılan başvuru sayısı
2011	210
2012	393
2013	651
2014	782
2015	441
2016	395
2017	42
2018	84
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>

Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) üzerinden yapılan başvurulara ait kayıtlar 2016 yılından itibaren tutulmaktadır. CİMER üzerinden yapılan başvuru sayıları her yıl artmıştır. En yüksek başvuru 2018 yılında, en düşük başvuru 2016 yılındadır. Veriler Tablo 7 'de gösterilmiştir.

**Tablo 7.** CİMER' e yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı

<b>Yıllar</b>	<b>CİMER başvuru sayıları</b>
<b>2016</b>	62
<b>2017</b>	345
<b>2018</b>	811
<b>Toplam</b>	<b>1218</b>

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) üzerinden yapılan şikayetlerin kayıtları 2015 yılından itibaren tutulmaktadır. SABİM başvurularının yıllara göre dağılımına bakıldığında her yıl artış gösterdiği ve özellikle son dönemde çok fazla düzeyde olduğu görülmüştür. En yüksek başvuru 2018 yılında, en düşük başvuru 2016 yılında yapılmıştır. SABİM üzerinden yapılan başvurulara ait veriler Tablo 8' de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** SABİM' e yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı

<b>Yıllar</b>	<b>SABİM Başvuru sayıları</b>
<b>2015</b>	330
<b>2016</b>	533
<b>2017</b>	778
<b>2018</b>	1402
<b>Toplam</b>	<b>3043</b>

Yıllara göre Hasta hakları birimi, CİMER ve SABİM üzerinden yapılan toplam başvurulara bakıldığında veriler Tablo 9'da gösterildiği gibidir. Yapılan toplam başvurulara bakıldığında, başvuruların her yıl arttığı görülmektedir. En düşük başvuru 2011 yılında, en yüksek başvuru 2018 yılında yapılmıştır.

**Tablo 9.** Yapılan bütün başvuruların, başvuru kanallarına ve yıllara göre dağılımı

Yıllar	Hasta hakları birimine yapılan başvuru sayısı	SABİM' e başvuru	CİMER' e başvuru	Toplam
2011	210	-	-	210
2012	393	-	-	393
2013	651	-	-	651
2014	782	-	-	782
2015	441	330	-	771
2016	395	533	62	990
2017	42	778	345	1165
2018	84	1402	811	2297
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>3043</b>	<b>1218</b>	<b>5223</b>

Yıllara göre hastaneye yapılan başvurularda da artış görülmektedir. Yıllara göre hastaneye yapılan başvuru sayıları Tablo 10' da gösterilmiştir. En yüksek hasta başvurusu 2018 yılında, en düşük hasta başvurusu 2011 yılındadır.

**Tablo 10.** 2011-2018 yıllarında hastaneye yapılan toplam hasta başvurusu

Yıllar	Hastaneye yapılan toplam hasta başvurusu
2011	544.989
2012	631.251
2013	664.028
2014	749.616
2015	835.563
2016	861.372
2017	877.099
2018	906.288
<b>Toplam</b>	<b>6.070.206</b>

Yıllara göre, hastaneye yapılan başvuru ve yapılan şikayet oranına göre sıralamasına bakıldığında özellikle son yıllarda şikayet oranlarının elektronik ortamların da kullanımının artması ile arttığı gözlemlenmektedir. En düşük başvuru oranı 2011 yılına it iken, en yüksek başvuru oranı 2018 yılına aittir. Veriler Tablo 11' de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Yıllara göre şikayet oranlarının değişimi

Yıllar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hasta sayısı	544989	631251	664028	749616	835563	861372	877099	906288
Şikayet sayısı	210	393	651	782	771	990	1165	2297
Şikayet oranı	0,0004	0,0006	0,0010	0,0010	0,0009	0,0011	0,0013	0,0025

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların aylara göre dağılımı genel olarak birbirine yakın olarak bulunmuştur. En yüksek başvuru olan aylar, Eylül, Kasım; en düşük başvuru olan aylar Ocak ve Şubat olmuştur. Başvurulara ait dağılım Tablo 12’de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** Aylara göre hasta hakları birimine yapılan başvuru sayıları

Aylar	Hasta hakları birimine başvuru
Ocak	209
Şubat	214
Mart	233
Nisan	259
Mayıs	277
Haziran	246
Temmuz	223
Ağustos	247
Eylül	287
Ekim	284
Kasım	288
Aralık	231
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>

Başvuru sahiplerinin eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında en çok lise mezunu kişilerin başvuru yaptığı gözlemlenmiştir. Okuryazar olmayan grup, toplam başvurular içerisinde en az başvuru yapan gruptur. Eğitim durumlarına göre dağılım Tablo-13’ te gösterilmiştir.



**Tablo 13.** Başvuranların eğitim durumlarına göre dağılımı

<b>Eğitim</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Lise	1551	51,7
İlköğretim	793	26,5
Üniversite	593	19,8
Yüksek lisans / Doktora	38	1,3
Okuryazar değil	23	0,8
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Başvuru sahiplerinin mesleki dağılımlarına bakıldığında en sık esnaf / serbest meslek mensuplarının başvuru yaptıkları görülmüştür. Mesleki dağılıma ait veriler Tablo 14’de gösterilmektedir.

**Tablo 14.** Başvuranların mesleklerine göre dağılımı

<b>Meslek</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Serbest meslek / Esnaf	1099	36,7
Ev hanımı	976	32,6
Kamu personeli	505	16,8
Emekli	240	8
Öğrenci	70	2,3
İşçi	57	1,9
Diğer meslek	51	1,7
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Hakkında en sık başvuru yapılan birimlere bakıldığında başvuruların %52,6’sı (n=1576) poliklinik hizmetleri ile ilgili şikayetler ile ilk sırada yer almıştır. En az şikayet edilen birim ameliyathane ile ilgili şikayetler olduğu görülmüştür (Tablo 15).

**Tablo 15.** Başvuruların başvuru yapılan birimlere göre dağılımı

<b>Şikayet Edilen Birim</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Poliklinik hizmetleri	1576	52,6
Acil ve ilk yardım hizmetleri	863	28,8
Klinik servisler	252	8,4
Temizlik hizmetleri	129	4,3
Laboratuvar / Görüntüleme	87	2,9
Güvenlik hizmetleri	77	2,6
Ameliyathane hizmetleri	14	0,5
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Hakkında en çok başvuru yapılan personel grubu; hastanede sekreteryaya, güvenlik ve temizlik hizmetlerini yapan özel şirket personel grubu olmuştur. En az şikayet edilen birim idari birim personelidir. Tablo-16’da başvuruların ilgili personel gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Şikayet edilen personel gruplarının dağılımı

<b>Şikayet Edilen Personel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sekreter, Güvenlik ve Temizlik personeli	1838	61,3
Hekim	546	18,2
Yardımcı sağlık personeli	254	8,5
Ebe / Hemşire	226	7,5
İdari birim çalışanları	134	4,5
<b>Toplam</b>	<b>2998</b>	<b>100</b>

Yıllara göre hakkında başvuru yapılan birimlerin oranlarının değişimleri incelenmiştir. Her yıl poliklinik hizmetleri en çok şikayet edilen birim olmuştur. Yıllara göre şikayet edilen birimlerin dağılımı Tablo 17’ de gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Yıllara göre şikayet edilen birimlerin dağılımları

Yıllar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Poliklinik hizmetleri	95	243	287	394	230	242	28	57
Acil sağlık hizmetleri	60	60	198	272	156	102	5	10
Klinik servisler	28	35	82	62	28	15	0	2
Temizlik hizmetleri	10	22	32	20	16	18	4	7
Laboratuvar / Görüntüleme	5	15	35	27	3	2	0	0
Güvenlik hizmetleri	10	14	12	6	8	14	5	8
Ameliyathane hizmetleri	2	4	5	1	0	2	0	0

Yapılan başvuruların yıllara göre dağılımı ve bu dağılımlar içindeki poliklinikler hakkındaki başvuruların oranına bakıldığında oranlar Tablo 18’ de görüldüğü gibi bulunmuştur.

**Tablo 18.** Toplam şikayetler içinde poliklinik hizmetleri için yapılan şikayetler

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Poliklinik Şikayetleri	95	243	287	394	230	242	28	57
Toplam Şikayet	210	393	651	782	441	395	42	84
%	45,2	61,8	44,1	50,4	52,2	61,3	66,7	67,9

Yıllara polikliniklere başvuruların hastaneye yapılan tüm başvurulara göre dağılımına bakıldığında oranlar Tablo 19’ da olduğu gibi görülmektedir. Hastaneye yapılan tüm başvuruların en çok sebebini poliklinik başvuruları oluşturmaktadır.

**Tablo 19.** Hastaneye yapılan toplam başvurulardaki poliklinik başvurularının yıllara göre oranı

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Poliklinik Başvurusu	362365	454346	477206	529430	593226	611378	626160	641952
Toplam Başvuru	544989	631251	664028	749616	835563	861372	877099	906288
%	66,5	72,0	71,9	70,6	71,0	71,0	71,4	70,8

Hastanede gerçekleştirilen ameliyat sayılarına bakıldığında 2011 – 2018 yılları arasında toplam 59642 ameliyat yapıldığı görülmüştür. Yıllara göre ameliyat sayılarının dağılımı Tablo 20’ de gösterildiği gibidir.

**Tablo 20.** Yıllara göre hastanede gerçekleştirilen ameliyat sayıları

<b>Yıllar</b>	<b>Yıllara göre ameliyat sayıları</b>
<b>2011</b>	5996
<b>2012</b>	7168
<b>2013</b>	7487
<b>2014</b>	8419
<b>2015</b>	8614
<b>2016</b>	7544
<b>2017</b>	7105
<b>2018</b>	7309
<b>Toplam</b>	<b>59642</b>

Yıllara göre hakkında başvuru yapılan personel grubunun oranlarının değişimi gösterilmektedir. Genellikle özel şirket çalışanları yıl içerisinde en çok şikayet edilen personel grubu olmuştur. Son iki yılda hekim grubuna ait başvurular artmış olmasına rağmen yıllık toplam başvuru sayısı az olduğu için genel toplamı etkilememiştir. Veriler Tablo 21’ de gösterilmiştir.

**Tablo 21.** Yıllara göre şikayet edilen meslek grupları

<b>Yıllar</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Sekreter, Güvenlik, Temizlik personeli</b>	66	209	316	581	362	275	11	18
<b>Hekim</b>	93	77	126	88	33	78	18	33
<b>Diğer sağlık personeli</b>	26	53	75	59	17	15	3	6
<b>Ebe/Hemşire</b>	14	31	66	36	23	25	8	23
<b>İdari personel</b>	11	23	68	18	6	2	2	4
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>393</b>	<b>651</b>	<b>782</b>	<b>441</b>	<b>395</b>	<b>42</b>	<b>84</b>

Yıllara göre başvuru yapanların yaş kategorilerine göre dağılımları incelenmiştir. Verilerin az olduğu son iki yıl hariç genellikle 31-35 yaş aralığındaki yaş grubunun en fazla başvuru yaptığı görülmüştür. En az başvuru 25 yaş ve altı gruba aittir. Verilerin dağılımı Tablo 22’ de görülmektedir.

**Tablo 22.** Şikayetlerin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Toplam
25 yaş ve altı	14	55	49	25	37	27	5	11	223
26 - 30 yaş	47	98	146	213	121	123	12	20	780
31 - 35 yaş	69	113	206	265	178	145	4	19	999
36 - 40 yaş	58	68	152	162	76	61	11	13	601
41 yaş ve üstü	22	59	98	117	29	39	10	21	395
<b>Toplam</b>	<b>210</b>	<b>393</b>	<b>651</b>	<b>782</b>	<b>441</b>	<b>395</b>	<b>42</b>	<b>84</b>	<b>2998</b>

Başvuru yapanların cinsiyetlerinin, hakkında başvuru yapılan personel grubu üzerine dağılımını incelendiğinde dağılım Tablo 23’ te gösterildiği gibidir. Hem erkek hem kadın cinsiyette en sık şikayet edilen personel grubu sekreter, güvenlik ve temizlik işleri iken, en az şikayet edilen meslek grubu erkek cinsiyette hekimler, kadın cinsiyette idari birim çalışanları olmuştur.

**Tablo 23.** Hakkında başvuru yapılan personel grubunun, başvuranların cinsiyetine göre dağılımı

	Erkek	Kadın	Toplam
Sekreter, Güvenlik, Temizlik personeli	934	904	1838
Hekim	323	223	546
Diğer sağlık personeli	58	196	254
Ebe / Hemşire	70	156	226
İdari birim çalışanları	96	38	134
<b>Toplam</b>	<b>1481</b>	<b>1517</b>	<b>2998</b>

Hakkında başvuru yapılan birimlerin, başvuru yapanların cinsiyetine göre dağılımına bakıldığında, her iki cinsiyet açısından en fazla şikayet edilen birim poliklinik hizmetleri, en az şikayet edilen birim ameliyathane olmuştur. Tablo 24’te cinsiyet farkının hakkında başvuru yapılan birim üzerine etkisi görülmektedir.

**Tablo 24.** Hakkında başvuru yapılan birimlerin, başvuranların cinsiyetine göre dağılımı

	<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>	<b>Toplam</b>
<b>Poliklinik hizmetleri</b>	952	624	1576
<b>Acil ve İlk yardım</b>	302	561	863
<b>Klinik servisler</b>	134	118	252
<b>Temizlik hizmetleri</b>	12	117	129
<b>Laboratuvar / Görüntüleme</b>	13	74	87
<b>Güvenlik hizmetleri</b>	57	20	77
<b>Ameliyathane</b>	11	3	14
<b>Toplam</b>	<b>1481</b>	<b>1517</b>	<b>2998</b>

Başvuranların yaş gruplarına göre başvuru yaptıkları birimlere bakıldığında her yaş grubunda en çok şikayet edilen birim poliklinik hizmetleri, en az şikayet edilen birim ameliyathane olmuştur. Dağılım ve veriler Tablo-25’te gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Yaş gruplarına göre hakkında başvuru yapılan birimler

	<b>25 yaş ve altı</b>	<b>26-30 yaş</b>	<b>31-35 yaş</b>	<b>36-40 yaş</b>	<b>40 yaş ve üstü</b>	<b>Toplam</b>
<b>Poliklinik hizmetleri</b>	132	456	511	269	208	<b>1576</b>
<b>Acil ve İlk yardım</b>	56	224	267	208	108	<b>863</b>
<b>Klinik servisler</b>	14	57	92	40	49	<b>252</b>
<b>Temizlik hizmetleri</b>	11	27	55	28	8	<b>129</b>
<b>Laboratuvar / Görüntüleme</b>	4	13	29	28	13	<b>87</b>
<b>Güvenlik hizmetleri</b>	6	2	41	22	6	<b>77</b>
<b>Ameliyathane</b>	0	1	4	6	3	<b>14</b>
<b>Toplam</b>	<b>223</b>	<b>780</b>	<b>999</b>	<b>601</b>	<b>395</b>	<b>2998</b>

Hakkında başvuru yapılan personelin, başvuranların yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında her yaş grubunda en sık sekreter, temizlik ve güvenlik personelinin şikayet edildiği görülmektedir. En az şikayet edilen birim idari birim çalışanlarıdır. Yaş gruplarına göre hakkında başvuru yapılan personel tablosuna ait veriler Tablo 26’da verilmiştir.

**Tablo 26.** Başvuranların yaş gruplarına göre, hakkında başvuru yapılanların dağılımı

	25 yaş ve altı	26-30 yaş	31-35 yaş	36-40 yaş	40 yaş ve üstü	Toplam
<b>Sekreter, Güvenlik, Temizlik personeli</b>	149	503	572	393	221	<b>1838</b>
<b>Hekim</b>	43	116	215	105	67	<b>546</b>
<b>Diğer sağlık personeli</b>	5	79	83	44	43	<b>254</b>
<b>Ebe / Hemşire</b>	15	54	77	39	41	<b>226</b>
<b>İdari birim çalışanları</b>	11	28	52	20	23	<b>134</b>
<b>Toplam</b>	<b>223</b>	<b>780</b>	<b>999</b>	<b>601</b>	<b>395</b>	<b>2998</b>

Başvuranların eğitim durumlarına göre, başvuru yaptıkları birimlere bakıldığında tüm eğitim düzeylerinde en sık poliklinik hizmetlerinin şikayet edildiği görülmüştür. Ameliyathane birimi en az şikayet edilen birim olmuştur. Okuryazar olmayanlar poliklinik ve acil sağlık hizmetleri dışında şikayet bildirimini yapmamışlardır. Tablo 27’te başvuru yapanların eğitim durumlarına göre şikayetlerin dağılımı görülmektedir.

**Tablo 27.** Başvuranların eğitim durumlarına göre, başvuru yaptıkları birimlerin dağılımı

	Okuryazar değil	İlköğretim	Lise	Üniversite	Yüksek lisans / Doktora
<b>Poliklinik hizmetleri</b>	19	460	754	326	17
<b>Acil ve İlk yardım</b>	4	234	449	170	6
<b>Klinik servisler</b>	0	53	170	24	5
<b>Temizlik hizmetleri</b>	0	19	68	38	4
<b>Laboratuvar / Görüntüleme</b>	0	13	52	19	3
<b>Güvenlik hizmetleri</b>	0	13	52	11	1
<b>Ameliyathane</b>	0	1	6	5	2
<b>Toplam</b>	23	793	1551	593	38

Başvuranların eğitim durumlarına göre hakkında başvuru yaptıkları personel dağılımına ait veriler Tablo 28’ de gösterilmiştir. Eğitim seviyelerine göre dağılımda bütün eğitim düzeylerinde sekreter, güvenlik ve temizlik personeli en sık şikayet edilen meslek grupları olmuştur. En az şikayet edilen personel grubu idari birim çalışanları olmuştur.

**Tablo 28.** Başvuranların eğitim durumlarına göre, başvuru yaptıkları personel grubu

	Okuryazar değil	İlköğretim	Lise	Üniversite	Yüksek lisans / Doktora
<b>Sekreter, Güvenlik, Temizlik personeli</b>	8	505	943	364	18
<b>Hekim</b>	6	132	301	98	9
<b>Diğer sağlık personeli</b>	3	60	128	59	4
<b>Ebe / Hemşire</b>	4	67	113	37	5
<b>İdari birim çalışanları</b>	2	29	66	35	2
<b>Toplam</b>	23	793	1551	593	38

2015 yılında sağlıkta kalite standartları kitapçığının yayımlanması ve sonrasında güvenlik raporlama sisteminin tanımlanması sonucu, hasta ve çalışan güvenliği için otomasyon sistemleri üzerinden başlayan raporlama sayılarına bakıldığında her yıl artan sayıda raporlama sayıları olduğu görülmüştür (Tablo 29).



**Tablo 29.** Yıllara göre güvenlik raporlama sayıları

	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>İlaç / Kullanım Hatası</b>	11	22	31
<b>Hasta Düşmesi</b>	19	29	35
<b>Cihaz Hatası</b>	15	14	12
<b>Hekim Hatası</b>	2	3	11
<b>Kan Transfüzyonu hataları</b>	4	3	7
<b>Konsültasyon İşlemleri</b>	3	2	4
<b>Ziyaret ve ziyaretçi nedeni</b>	4	6	2
<b>Toplam</b>	58	79	102

## 5. TARTIŞMA

Çalışmada il kamu hastanesi hasta hakları birimine yapılan başvuruların değerlendirilerek, hasta hakları biriminin kullanılma durumu hakkında bilgi sahibi olma ve çıkan sonuçlar ile sağlık yöneticilerine yol gösterici öneriler ortaya konması amaçlanmıştır.

Çalışmada 1481 erkek (%50,6), 1517 kadın (%49,4) hasta haklarını kullandığı bulunmuştur. Çalışma sonucunda acil hizmetler dışında kadın ve çocukların faydalandığı bir özel dal hastanesinde hasta hakları birimine yapılan başvurularda cinsiyet oranının birbirine neredeyse eşit olması, hasta yakınlarının hasta hakları birimini aktif kullandığını düşündürmüştür. Bu sonuçlar ile Hipotez a reddedilmiştir. Literatüre bakıldığında bu çalışmada olduğu gibi eşit oranlarda katılım olduğu gibi genellikle kadın cinsiyetin fazla olduğu çalışmalar da görülmüştür (Kıdak ve Keskinoglu, 2008; Şahinli ve Özdemir, 2019; Kırgın Toprak ve Şahin, 2012; Zaybak ve ark., 2012).

Hastaneye yapılan toplam başvurular incelendiğinde, toplam 6.070.206 başvurunun %63,6'sı kadın, %36,4'ü erkek cinsiyete ait olduğu görülmüştür. Kadın cinsiyete ait başvuruların fazla olması nedeniyle Hipotez b kabul edilmiştir.

Başvuru sahiplerinin yaş dağılımları incelendiğinde bu çalışmada en sık yaş kategorisi 31-35 yaş aralığı, ikinci en sık yaş aralığı 26-30 yaş aralığıdır. Bu iki yaş aralığı toplam şikayetlerin % 60' ını oluşturmaktadır. Kıdak ve Keskinoglu, İzmir ilinde yaptıkları çalışmada başvuru yapanların en sık 41 yaş ve üzeri olduklarını tespit etmişlerdir (Kıdak ve Keskinoglu, 2008). Bu aradaki fark, bu çalışmanın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında olmasından dolayı çalışmanın evreninin, küçük çocuk sahibi genç anneler veya anne adaylarından oluşuyor olması olabilir. Bu sonuçlarla Hipotez c kabul edilmiştir.

Yapılan başvurulara bakıldığında bütün başvuru kanallarına yapılan başvurular değerlendirmeye alındığında toplam başvuru sayısının her yıl artarak seyrettiği görülmüştür. Ancak son yıllarda başvuru kanallarının daha çok hasta hakları biriminden elektronik ortama taşındığı görülmektedir. Hastane hasta hakları biriminde birimin kendi kayıtları 2011 yılı ve sonrası için tutulmuştur. CİMER'e yapılan başvurulara ait; 2016 yılı ve sonrası, SABİM'e yapılan başvurulara ait 2015 yılı ve sonrası yılların verilerine ulaşılabilmektedir. Hem SABİM hem CİMER veri tabanları hastane kullanıcıları ve idarecilerine açık olmadığı için SABİM ve CİMER başvurularına ait verilerin

özelliklerinin incelemesi yapılamamıştır. Ancak toplam sayılar üzerinden değerlendirme yapıldığında Hipotez ç kabul edilmiştir.

Hastaneye yapılan toplam başvurular yıllara göre incelendiğinde, her yıl toplam başvurunun artarak 2018 yılında en yüksek sayıda olduğu görülmüştür. Hipotez d kabul edilmiştir.

Hastaneye yapılan toplam başvuru sayısına göre bütün başvuru kanalları üzerinden yapılan başvuru oranlarına bakıldığında, başvuru oranlarının yıllara göre arttığı görülmüştür. Bu sonuçla Hipotez e kabul edilmiştir.

Hasta hakları birimine yapılan başvuruların aylık dağılımına bakıldığında en az Ocak ve Şubat aylarında, en yüksek Eylül ve Kasım aylarında başvuru yapıldığı görülmüştür. Bu dağılım ile kış aylarında hasta yoğunluğunun fazla olduğu düşüncesiyle şikayetlerin daha fazla olacağına dayanan Hipotez f reddedilmiştir.

Çalışmada başvuru yapanların eğitim durumu sınıflandırmasında en sık lise mezunlarının başvuru yaptığı görülmüştür. Benzer şekilde literatürde de lise mezunlarının fazla olduğu çalışmalar mevcuttur (Şahinli ve Özdemir, 2019; Kırgın Toprak ve Şahin, 2012). Her ne kadar hastaneye başvuran toplam hasta sayısı ve hasta yakınlarının eğitim durumları bilinemese de başvuru yapanlar içerisinde lisans ve lisans üstü eğitim görenlerin başvuru sayılarının çok düşük olması sebebiyle Hipotez g reddedilmiştir.

Çalışmada hasta hakları birimine başvuru yapanların meslek dağılımında en sık serbest meslek çalışanları olduğu, ikinci sırada yakın oranla ev hanımları olduğu görülmüştür. Şahinli ve Özdemir İstanbul’ da yaptıkları çalışmada ilk sırada kamu çalışanlarının olduğu gözlenmiştir (Şahinli ve Özdemir, 2019). Bu sonuçların bu çalışmayla farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu sonuç hastanelerin hizmet konumları ve hastanelerin hizmet verdikleri branş özellikleri ile uyum gösterdiği düşünülmektedir. Çalışma yapılan hastanede kadın hasta oranının fazlalığı da göz önüne alındığında daha fazla olması gereken ev hanımlarının başvuru sayısının daha az olması sebebiyle Hipotez ğ reddedilmiştir.

Çalışmada hakkında en sık başvuru yapılan birim poliklinik hizmetleri olmuştur. Literatürde de bu çalışma ile benzer sonuçlar bulunmaktadır (Kıdak ve Keskinoglu 2008; Şahinli ve Özdemir, 2019). Sağlık hizmetinde sağlık hizmet sunucularının sayılarının yetersiz olduğu bir gerçektir. Özellikle polikliniklerdeki hasta yoğunluğu çok fazladır ve buna bağlı olarak muayene sürelerindeki zaman çok kısa olmaktadır. Bu durum

başvuranların hem doğru tanı ve tedaviyi almasını zorlaştırmakta, hem de muayene süresinin kısalığı hasta ve yakınlarının memnuniyetini olumsuz etkilediği için bu alandaki şikayetlere yol açtığı düşünülmektedir. Bu sonuçlarla Hipotez h kabul edilmiştir.

Çalışmada en sık şikayet edilen meslek grubu tıbbi sekreter, güvenlik ve temizlik hizmet sınıfını kapsayan özel şirket çalışanları iken, Kıdak ve Keskinoglu'nun çalışmasında en sık hekim grubu şikayet edilmiştir (Kıdak ve Keskinoglu, 2008). Şahinli ve Özdemir de çalışmalarında hekim grubuna yönelik başvuruları sık bulmuşlardır (Şahinli ve Özdemir, 2019). Aradaki fark sebebi irdelendiğinde; çocuk hastalıkları poliklinikleri genelde çok yoğun polikliniklerdir. Muayene için sıra alma ve muayene sırası bekleme için uzun süreler beklemek gerekmektedir. Bu bekleme sırasında en çok iletişim kurulan çalışanlar sekreterler olduğundan bu çalışmada özel şirket çalışanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlarla Hipotez ı reddedilmiştir.

Şikayet edilen birimlerin yıllara göre dağılımları incelendiğinde her yıl poliklinik hizmetleri en çok şikayet edilen birimdir. Çalışma içerisinde değerlendirilen her yıl içerisinde ameliyathane şikayetleri en az şikayet edilen birimdir. Hipotez i reddedilmiştir.

Çalışmada ameliyat sayıları değerlendirilmiş ve ameliyathane biriminin hakkında en az şikayet yapılan birim olduğu görülmüştür. Yıllara göre değerlendirme yapıldığında 2011 yılından 2015 yılına kadar ameliyat sayılarının arttığı ancak daha sonra ameliyat sayılarının azaldığı görülmüştür. Hipotez j reddedilmiştir. Hasta hakları biriminin poliklinik binasında, poliklinik binasının da ameliyathane ve servislerin olduğu binadan farklı bir binada olması sebebiyle bu birim hakkında yapılacak şikayetler için hasta hakları biriminin uzak bulunması, bu hakkın kullanımını olumsuz yönde etkilediği düşünülmüştür.

Çalışma kapsamına alınan yıllar içerisinde şikayet edilen meslek gruplarının yıllar içerisindeki değişimlerine bakıldığında 2017 ve 2018 yılları arasında en sık şikayet edilen meslek grubunun hekimler olduğu görülmüştür. 2011-2016 yıllarında en çok şikayet edilen birim sekreteryaya, güvenlik ve temizlik hizmetleri olmuştur ve büyük toplamda en çok şikayet edilen birim olmuştur. Bu sonuçlarla Hipotez k kabul edilmiştir.

Hasta hakları birimine yapılan başvuru yapanların yaş gruplarına göre dağılımının yıllara göre dağılımına bakıldığında 2011-2016 yılları arasında 31-35 yaş grubu en sık şikayet eden grup olmuştur. 2017 yılında 26-30 yaş, 2018 yılında 41 yaş ve

üstü kişilerin en çok başvuru yaptıkları görülmüştür. Bu sonuçlarla Hipotez l kabul edilmiştir.

Haklarında başvuru yapılan meslek grupları dağılımının cinsiyete göre değerlendirmesi yapıldığında, hekimlerin ve idari birim çalışanlarının daha çok erkekler tarafından, ebe/hemşire ve diğer yardımcı sağlık personellerinin de kadınlar tarafından daha çok şikayet edildikleri görülmüştür. Hipotez m kabul edilmiştir.

Cinsiyet farkı ile şikayet edilen hizmet birimlerinin dağılımı incelendiğinde erkeklerin poliklinik hizmetleri, laboratuvar/görüntüleme, acil sağlık hizmetleri ve güvenlik hizmetlerini daha çok şikayet ettikleri görülmüştür. Kadınlar ise klinik servisler, ve temizlik hizmetlerini daha çok şikayet etmişlerdir. Hipotez n kabul edilmiştir.

Şikayet edilen hizmet birimlerinin dağılımının şikayet edenlerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında her yaş grubunda benzer özellikler görülmüştür. Poliklinik hizmetleri her yaş grubunda en sık şikayet edilen hizmet birimidir. Hipotez o reddedilmiştir.

Şikayet edilen meslek gruplarının dağılımının şikayet edenlerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında yaş gruplarının hepsinde benzer oranlar görülmüştür. Hipotez ö reddedilmiştir.

Eğitim durumunun şikayet edilen hizmet birimleri üzerine etkisine bakıldığında okuryazar olmayanların sadece poliklinik ve acil servisleri şikayet ettikleri, poliklinik hizmetleri dışında kalan birimlerin eğitim durumuna göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Hipotez p kabul edilmiştir.

Eğitim durumu farkının şikayet edilen meslek grupları üzerindeki etkisine bakıldığında her eğitim grubunda sekreter, güvenlik ve temizlik hizmetleri grubu en çok şikayet edilen gruptur. Bu hizmet grubunun dışındaki meslek grupları eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir. Hipotez r kabul edilmiştir.

Güvenlik raporlama sistemine yapılan başvurular incelendiğinde en az başvuru 2016, en çok başvuru 2018 yılında yapılmıştır. Hipotez s kabul edilmiştir.

Tablo 30'da kurulan hipotezlerin sonuçlarla değerlendirilerek kabul veya ret edilme durumları gösterilmiştir.

**Tablo 30;** Kurulan hipotezler ve hipotezlerin kabul veya ret edilme durumları

<b>Hipotez;</b>	
a) Hasta hakları birimine başvuru yapanlar arasında kadın cinsiyet daha fazladır.	<b>Reddedildi</b>
b) Hastaneye başvuru yapanlar arasında kadın cinsiyet daha fazladır.	<b>Kabul edildi</b>
c) Hasta hakları birimine başvuranların dağılım durumu yaş gruplarına göre farklılık gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
ç) Hastaneye yapılan başvurular yıllara göre artış göstermektedir.	<b>Kabul edildi</b>
d) Hasta hakları birimini kullanma durumu yıllara göre artış göstermektedir.	<b>Kabul edildi</b>
e) Hasta hakları birimine yapılan şikayet oranları yıllara göre artış göstermektedir.	<b>Kabul edildi</b>
f) Kış aylarında hasta hakları birimine yapılan başvuru sayılarında artış olur.	<b>Reddedildi</b>
g) Eğitim durumu arttıkça hasta hakları için başvuru yapma oranı artar.	<b>Reddedildi</b>
ğ) Hasta hakları birimine en çok ev hanımları başvuru yapmıştır.	<b>Reddedildi</b>
h) Hasta hakları birimine en çok şikayet edilen hizmet birimi polikliniklerdir.	<b>Kabul edildi</b>
ı) Hasta hakları birimine en çok şikayet edilen personel grubu hekimlerdir.	<b>Reddedildi</b>
i) Hasta hakları birimine şikayet edilen birimlerin dağılımı yıllara göre değişkenlik gösterir.	<b>Reddedildi</b>
j) Hastanede yapılan ameliyat sayılarında yıllara göre artış olmuştur.	<b>Reddedildi</b>
k) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı yıllara göre değişkenlik gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
l) Hasta hakları birimine başvuru yapanların yaş gruplarına göre dağılımı yıllara göre değişkenlik gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
m) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı cinsiyete göre değişkenlik gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
n) Hasta hakları birimine şikayet edilen birimlerin dağılımı cinsiyete göre değişkenlik gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
o) Hasta hakları birimine şikayet edilen hizmet birimlerinin dağılımı başvuranların yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir.	<b>Reddedildi</b>
ö) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı başvuranların yaş gruplarına göre değişkenlik gösterir.	<b>Reddedildi</b>
p) Hasta hakları birimine şikayet edilen hizmet birimlerinin dağılımı eğitim durumuna göre değişkenlik gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
r) Hasta hakları birimine şikayet edilen meslek gruplarının dağılımı eğitim durumuna göre değişkenlik gösterir.	<b>Kabul edildi</b>
s) Güvenlik raporlama sistemi bildirimleri yıllara göre artış göstermektedir.	<b>Kabul edildi</b>

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma, Samsun ilinde Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında yürütülmüştür. Hastane sadece kadınlar ve çocuklara hizmet vermektedir. Çalışma sonucunda hem de böyle bir branş hastanesinde hasta hakları birimine yapılan başvurularda cinsiyet oranlarının birbirine eşit olması sonucunda kadınların hasta hakları birimini çok etkin kullanmadıkları düşünülmüştür.

Literatürde hasta hakları birimlerini değerlendirmek üzere diğer ülkelere yapılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmaların genelde hasta yakınlarının ve sağlık personelinin hasta hakları hakkındaki bilgi durumlarını ölçmeye yönelik çalışmalar olduğu görülmüştür. Bu alandaki yapılan çalışmalarda veri parametrelerinin de çok sınırlı olduğu görülmüştür. Bu alanda hem yurt içinde, hem de uluslararası alanda çok daha fazla sayıda çalışma yapılması gereklidir. Bu alanda artan verileri kullanılması ile birlikte toplumdaki hasta hakları kültürünün oluşması sonrasında taleplerin de değişeceği düşünülerek bu alanda daha fazla çözüm odaklı çalışmalar ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

Hasta hakları, son yüzyılda artan hak ihlalleri sonucu, tanıtımı ve savunulması gereken insan haklarının alt dallarındandır. Henüz tam anlamıyla bu hakkın tanımı, tanıtımı ve kullanımı yeterli düzeyde değildir.

Hasta hakları kapsamında yapılan başvurular her yıl artış göstermiştir. Ancak başvuru kanalı yüz yüze iletişimden, elektronik ortama doğru değişim göstermiştir. Bu hakkın kullanımı her yıl artış gösterse de, henüz tam anlamıyla bu hakkın kullanım oranı yeterli düzeyde değildir.

Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında erkeklere göre kadınların daha sık hasta olarak başvurduğu görülmektedir. Ancak hasta hakları birimine başvuranların cinsiyet açısından değerlendirmesinde başvuru oranlarının neredeyse eşit olduğu görülmektedir. Hem cinsiyet olarak kadın sayısının fazla olması, hem de kadınlar için mahremiyet içeren muayene olması sebebiyle kadın başvurularının daha fazla olması beklenirken cinsiyet oranlarının yakın olması sonucu bu haktan hasta yakınlarının daha fazla yararlandığını düşündürmüştür.

Başvuru yapanlar, en sık lise mezunudur ve en son 31-35 yaş aralığındaki bireyler başvuru yapmıştır.

Okuryazar olmayanların hasta haklarını kullanmadıkları bulunmuştur.

Okuryazar olmama hakkı bilmeme ve bu hakları kullanmayı olumsuz etkilemektedir. Devletin hangi yaşta olursa olsun bireylerin eğitim almalarını adil ve eşit şekilde sağlaması ve her alandaki mağduriyetlerin giderilmesi için destek sağlaması önerilir.

Hasta haklarından faydalanma durumlarına bakıldığında bu konuda bilgi ve eğitim eksikliği olduğu görülmüştür. Hem topluma hem de sağlık personeline eğitim verilerek hasta haklarının tanıtımı ve bu haktan gereğince faydalanılmasının sağlanması önerilir.

Sağlık personelinin henüz sahaya çıkmadan hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmasında etkili olacağından dolayı tıp, sağlık bilimleri fakülteleri, sağlık yüksek okulları ve sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları müfredatlarına hasta hakları, çalışan hakları, hasta ve çalışan güvenliği derslerinin eklenmesi önerilir.

Ameliyathane ile ilgili başvuruların diğer birimlere oranla daha düşük oranda şikayet edildiği görülmüştür. Ameliyathanelerin, steril ve hastanenin diğer birimlerinden izole çalışma şekli nedeniyle, hasta ve hasta yakınları tarafından yoğun kullanılan birimlerden olmaması, bu başvuruların az oranda olmasına sebep olduğu düşünülmüştür.

Son yıllarda SABİM ve CİMER üzerinden yapılan başvurular yüksek oranda artış göstermiştir. Teknoloji ve bilgi çağı olarak adlandırılan yaşanan çağ, bilgi ve belgeye ulaşımı çok kolaylaştırdığı gibi iletişimi de çeşitlendirmiştir. İnternet üzerinden ve telefon aracılığıyla istenilen yer ve zamanda başvuru yapılabilmesi bu haktan faydalananlara kolaylık sağlamaktadır. Bu kolay ulaşım, geri bildirimlerin de hızlı ve kolay olacağı düşüncesi ile ve doğrudan merkezi idareye ulaşma düşüncesiyle artış gösterdiği düşünülmektedir.

Hasta hakları birimini doğrudan kullanarak veya SABİM-CİMER gibi elektronik ortamlar üzerinden yapılan başvuruların kurum yönetimleri tarafından detaylı incelemesinin yapılarak, düzenleyici önleyici faaliyetler (DÖF) ile düzenleyici iyileştirici faaliyetler (DİF) yapması önerilir.

Yaşanılan çağın kitle iletişim araçları kullanılarak, görsel, yazılı ve sosyal medya aracılığıyla kamu spotları yayınlanarak toplumun hasta hakları konusunda bilinçlenmesinin sağlanması, hasta haklarının tanıtılmasının yanında hastaların uymakla yükümlü oldukları sorumluluklarının da topluma öğretilmesi önerilir.

Özel şirket elemanları diğer çalışanlara göre daha fazla şikayet almıştır. Son zamanlarda yapılan düzenleme ile sekreteryaya, güvenlik ve temizlik hizmetlerinde çalışan



Özel Şirket elemanları kadrolu iŐŐi konumuna gelmiştir. Hastane yönetimleri tarafından hasta hakları, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği gibi konularda diğer personel de olmak üzere kamu iŐŐilerine daha fazla eğitim verilmelidir.

Hasta hakları konusunda daha fazla araştırma yapılarak bu alanda literatür güçlendirilmesi önerilir.



## KAYNAKLAR

- 1961 Anayasası. T.C. Resmi Gazete. 1961.
- Acartürk E, Keskin S. Türkiye’ de sağlık sektöründe kamu özel ortaklığı modeli. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012;17(3):25–51.
- Ağırbaş İ, Akbulut Y, Önder Ö. Atatürk dönemi sağlık politikası. Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi 2011; 48: 733–748.
- Akalın HE. Yoğun bakım ünitelerinde hasta güvenliği. Yoğun Bakım Dergisi 2005;5(3):141–146.
- Akbaş K. İdeoloji olarak hukuk. Hukuk Felsefesi ve Sosyolojisi Arkivi 2018;5(3):50-71.
- Akkoyunlu A. Genel sağlığın korunmasına ilişkin idari bir faaliyet olarak aşı uygulamasının kanuniliği. Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2017;21(1–2):43–73.
- Akyel R, Köse HÖ. Kamu yönetiminde etkinlik arayışı: etkin kamu yönetimi için etkin denetimin gerekliliği. Türk İdare Dergisi 2010;466:9–45.
- Alston, P. A Third generation of solidarity rights: progressive development or obfuscation of international human rights law? Netherlands International Law Review 1982;29(3):307–322.
- Altındış, S. Bilgi yönetimi uygulamalarının hasta güvenliğine katkısı: Kavramsal bir çerçeve. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2010a;15(3):325–352.
- . Sağlık hizmetlerinde olay raporlama ve hasta güvenliğine etkileri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010b;1(1):17–32.
- Ardahan M, Yelkin Alp F. Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;6(2):85–88.
- Aslan NT. Klasik - neo klasik dönüşüm süreci: ‘yeni kamu yönetimi’. Cumhuriyet Üniversitesi İİBF Dergisi 2010;11(2):21–38.
- Aslantekin Filiz, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık hizmetlerinde kalite deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):55–71.
- Asri İ, Bostan S, Çorumluoğlu Ö, Özlü T, Çatal H, Kalaycı İ. Türkiye geneli sağlık alanındaki şikayet verilerinin coğrafi bilgi sisteminde analizi. TMMOB Harita ve Kadastro Mühendisleri Odası 13. Türkiye Harita Bilimsel ve Teknik Kurultayı 2011.

- Ataman H, Esen MF, Vatan A. Medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta gúvenliđi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2017;3(1):28–44.
- Avcı K, Aktan T. Bir sistem sorunu olarak tıbbi hatalar ve hasta gúvenliđi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;5(2):48–54.
- Aydemir İ, Işıkhan V. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2012;13(2):67–86.
- Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluş yıllarında sağlık hizmetleri. Ankara Ecz Fak Derg 2002;31(3):183–192.
- Aydın M. Anayasa Mahkemesi kararlarında hak arama özgürlüğü. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 2006;61(3):1–37.
- Ayhan B, Canöz K. Hasyaların hastane tercihinde etkili olan halkla ilişkiler faaliyetleri. II. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu 2006.
- Bal Yalçın, B. Hak arama özgürlüğü önünde bir engel: riskli alan kararkarına karşı dava açma süresi. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakóltesi Dergisi 2016;65(4):2513–2552.
- Başer D, Kalaycıoğlu Kırlıoğlu Hİ, Kırlıoğlu M. Sosyal hizmet ve Bauman: Sosyal adalet. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017;10(2):1007–1020.
- Başok Yurdakul N, Coşkun G, Öksüz B. Hastanelerde halkla ilişkiler: İzmir ili özel hastaneler örnekleminde halkla ilişkiler birimlerinin yapı-işlev ve uygulamalarına yönelik bir araştırma. Eskiřehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Fakóltesi Dergisi 2007;2(1):31–46.
- Başol E, Işık A. Türkiye'de sağlık politikalarında güncel gelişmeler: sağlıkta dönüşüm programından günümüze bazı değerlendirme ve öneriler. Sosyal Bilimler Dergisi 2015;2(2):1–26.
- Baybek H, Dereli F, Bozyer İ, Kıvrak A, Kalkan K, Koyuncu E. Muğla üniversitesi muğla sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2004. 1–9.
- Bayraklı V, Güvenoğlu E. Medikal görüntülerde doktor-hasta bilgi gizliliğinin sağlanması. Akademik Gelişim 2013;325–329.
- Beisecker AE. Patient power in doctor-patient communication: What do we know? Health Communication 1990;2(2):105–122.
- Bektemür G. İç girişimciliğin hasta gúvenliđi kültürü üzerine etkisi: bir özel hastane uygulaması. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2018;5(2):161–177.

- Bodur S, Filiz E, Çimen A, Kapçı C. Ebelik ve hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hasta güvenliği ve tıbbi hatalar konusundaki tutumu. Genel Tıp Dergisi 2012;22(2):37–42.
- Bostan S. Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının araştırılması: Farabi Hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2007;10(1):1–18.
- Bostan S, Kılıç T, Çiftçi F. Sağlık Bakanlığı 184 SABİM hattına yapılan şikayetlerin karşılaştırmalı analizi. Global Journal of Economics and Business Studies GJEBS 2014;3(5):43–51.
- Carpenter WT, Appelbaum PS, Levine RJ. The declaration of Helsinki and clinical trials: A focus on placebo-controlled trials in schizophrenia. American Journal of Psychiatry 2003;160(2):356–362.
- Cebeci F. Hasta güvenliğinde acil hemşirelerinin rolü. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 2010;2(1):57–63.
- Cmiel K. The recent history of human rights. The American Historical Review 2004;109(1):117–135.
- Çakmak C, Konca M, Teleş M. Türkiye ulusal güvenlik raporlama sistemi (GRS) üzerinden tıbbi hataların değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2018;21(3):423–448.
- Çavmak Ş, Çavmak D. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. Sağlık Yönetimi Dergisi 2017;1(1): 48–57.
- Çırpı F, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):26–34.
- Çöklü YE. Sağlık sektöründe interaktif bir pazarlama yaklaşımı: Sağlık iletişimi ve Florence Nightingale Hastanesi örneği. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 2002;2(2):48–55.
- Demir KA, Yavaş H. Yönetim algısındaki değişim: yönetimde özerk insan unsuru. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;6(11):121–132.
- Devebakan N, Paşalı N. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi standartlarının çalışan güvenliği açısından çalışanlar tarafından değerlendirilmesi: İzmir ilinde bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2015;18(2):123–142.
- Deveci SE, Ögetürk A, Ozan T, Tokdemir M, Açık Y. Bir birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların hasta haklarının farkında olma durumları. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:174–178.

- Dönmez L, Culbant AB, Yüce A, Taşkın T. Küçükçü 6 No'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 15 yaş üzeri kişilerin bazı hasta haklarını kullanma durumu ve farklı sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin davranışları konusundaki görüşleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2001;9:42–48.
- Duğan Ö, Uludağ A. Sağlık çalışanlarının halkla ilişilere bakışı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2015;34:41–51.
- Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 2009;12(1):33–44.
- Emini ME. Hak kavramı. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2004;12:203–216.
- Emre Ö, Sert G. Avrupa Hasta Hakları Şartı. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2014;1(4):198–205.
- Erbil N. Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009;6(1):825–838.
- Ertaş H, Çelik Ö. Sağlıkta kalite standartları üzerine bir değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi* 2018;2(1):18–40.
- Ertin H, ve Temel MK. İnsan üzerindeki deneyler ve ilgili etik – yasal metinler. *Anadolu Kliniği* 2016;21(3):223–234.
- Eryılmaz B, Biricikoğlu H. Kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve etik. *İş Ahlakı Dergisi* 2011;4(7):19–45.
- Esenlik E, Bolat E. Klinik ve bilimsel araştırmalarda etik kurallar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2010;1(2):125–133.
- Eşiyok BZ, Yaşar F, Turla A. Diş hekimlerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2007;27:367–372.
- Fırat A. Türkiye sağlık işlemlerinde hasta hakları ve sorumlulukları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;2:157–173.
- Göktaş B, Yeşilaydın G, Özkan O. Hastaların halkla ilişkiler faaliyetlerine bakış açılarının incelenmesi. *Business & Management Studies: An International Journal* 2017;5(4):137–153.
- Gören Z. Yaşama hakkı ve ölüm cezası. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2006;2(10):67–97.
- Günay Y, Elçioğlu Ö, Koç S. Hasta ve hekim hakları açısından hasta rızası. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2000;8:46–50.

- Gündoğdu Karaboğa S, Bahçecik N. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü algılamasının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15(2):119–128.
- Gürcan EC. Ötanazi: Yaşama hakkı açısından bir değerlendirme. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2011;60(2):255–280.
- Gürol Y, Çapan OM. Örgütsel performansın yükseltilmesinde insan performans teknolojisi modeli. *Yönetim Bilimleri Dergisi* 2010;8(1):61–77.
- Güven T. Türkiye’deki tıp etiği tartışmalarının ana eksenleri ve sorunları: Eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2014;1(1):13–24.
- Hakyemez YŞ. Temel hak ve özgürlüklerde objektif sınır kavramı ve düşünce özgürlüğünün objektif sınırları. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 2002;57(2):17-40.
- Hasta hakları uygulama yönergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2005.
- Hasta hakları yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete. 1998.
- Hususi hastaneler kanunu. T.C. Resmi Gazete. 1933.
- Işık M, Konur Ö. Hastanelerde halkla ilişkiler: Kayseri’deki özel hastaneler üzerine bir çalışma. *e-Journal of New World Sciences Academy* 2010;5(3):373–383.
- İncesu E, Orhan F. Bir kamu hastanesi güvenlik raporlama sitemi verilerinin incelenmesi: retrospektif bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2018;5(2):79–86.
- İstanbul İT, Yıldız H, Zora H. Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi’nde uygulanan güvenlik raporlama sisteminin geliştirilmesine yönelik bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2012;4(2):1–17.
- İstanbuluoğlu H, Güleç M, Oğur R. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2010;82(2):86–99.
- Joolae S, Hajibabae F. Patient rights in Iran: A Review Article. *Nursing Ethics* 2012;19(1):45–57.
- Kalkışım MM. Kutadgu Bilig’de adalet değeri. *Mavi Atlas GŞÜ Edebiyat Fakültesi Dergisi* 2013;1:91–98.
- Karaca A, Arslan H. Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2015;1(1):9–18.
- Karaca Dedeoğlu A. Uluslararası sağlık turizminde hastanın özel hayatının gizliliği ve mahremiyetinin korunması hakkı. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2019;10(17):1875–1910.
- Karagöz Y. Liberal öğretilerde adalet, hak ve özgürlük. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi* 2002;(26):267–295.

- Karagözoğlu Ş, Otu M, Coşkun G. Bir araştırma ve uygulama hastanesinde ilaç hatalarının bildirimine yönelik hemşirelerin düşünceleri ve ilaç hatalarını raporlama alışkanlıkları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019;4(1):26–39.
- Karcı ŞM, Küçükcan B. Türkiye’de kamu yönetiminin hak arama kurumları yoluyla denetimi. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2016;17(1):71–94.
- Karkın N, Zor A. Vatandaş - idare etkileşimi bağlamında bilgi edinme hakkı: BİMER örneği ve idarede inovasyon. Marmara Üniversitesi Siyasal Bilimler Dergisi 2017;5(1):25–44.
- Kasapoğlu A. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi 2016;19(2):131–174.
- Kaya H, Acaroğlu R, Aştı T, Kaya N, Şendir M. Öğrenci gözlemlerine göre hasta haklarının uygulanma durumu. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2006;14:140–144.
- Kaya ŞD. Root Cause Analysis: examples of scenario. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(4):247–251.
- Kayral İH. Sağlık hizmetlerinde kalite karmaşası: sağlık hizmetleri çok boyutlu kalite modeli. Verimlilik Dergisi 2014;3:65–81.
- Kerman U, Demirgil H, Altan Y, Büyüksavaş A. Özel hastanelerin yönetsel sorunları üzerine bir araştırma Antalya ve Isparta örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi 2011;16(1):93–108.
- Kıdak LB, Keskinöğlü P. İzmir ilindeki devlet hastanelerine hasta hakları başvurularının değerlendirilmesi. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi 2008;18(3):140–146.
- Kıdak LB, Nişancı ZN, Burmaoğlu S. Sağlık hizmetlerinde kalite ölçümü: kamu hastanesi örneği. Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi 2015;22(2):483–500.
- Kılıçarslan N, Taşkın Yılmaz F, Tarım M. Hasta haklarının sağlık çalışanları tarafından algılanması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2012;3(1):47–62.
- Kılınç D. Anayasal bir hak olarak kişisel verilerin korunması. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2012;61(3):1089–1169.
- Kırgın Toprak D, Şahin B. Sağlık bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2012;1(3):1–28.
- Koçak A, Aktaş EÖ, Şenol E, Kaya A, Bilgin UE. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin organ nakli ve bağışı hakkındaki bilgi düzeyi. Ege Tıp Dergisi 2010;49(3):153–160.

- Koçak O, Tiryaki D. Sosyal devlet anlayışında politikaların önemi ve sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi: Yalova örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2011;10(19):55–88.
- Koçak SY. Kamu yönetiminde açıklık için bilgi edinme hakkı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2010;23:115–125.
- Kol E. Türkiye’de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2015;5(1):135–164.
- Korkmaz O. Hemşirelerin hasta güvenliği konusunda yöneticilerin tutumunu algılayışı. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;14(4):91–112.
- Köküarı İ. Hak arama özgürlüğü ve 2010 anayasa değişiklikleri. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2011;100(15):163–208.
- Kömürcü N, Durmaz A, Bayram N, Genç Koyucu R, Karaman ÖE, Toker E. Sağlık hizmetlerinde kalite standartları ve modelleri. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2014;7(1):95–114.
- Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961-2003. Lokman Hekim Journal 2012.;2(1):21–30.
- Küçükilhan M, Lamba M. Üniversite hastanelerinde örgütsel yapıdan kaynaklanan sorunlar. Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi 2007;9(2):111–138.
- Madenoglu Kıvanç, M. Evrensel sağlık bildireleri ve Türkiye’de sağlık reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi 2015;3(2):162–166.
- Meier BM, Onzivu W. The evolution of human rights in World Health Organization policy and the future of human rights through global health governance. Public Health 2014;128(2):179–187.
- Merakou K, Dalla-Vorgia P, Garanis-Papadatos T, Kourea-Kremastinou J. Satisfying patients’ rights: A hospital patient survey. Nursing Ethics 2001;8(6):499–509.
- Mert YL. Kamu yönetiminde kurumsal iletişim: Web siteleri üzerine bir analiz. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2019;12(62):1513–1522.
- Nüfus planlaması hakkında kanun. T.C. Resmi Gazete. 1983.
- “Official records of the World Health Organization - No: 2”. 1948. Geneva.
- Oğuz, NY. Temel yönleriyle psikiyatride hasta hakları. Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1993;1(3):232–237.
- . Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi 1997;5:50–55.
- Oksay A. Sağlık hizmetlerinde kalite tam olarak ne demek? Mehmet Akif Ersoy



- Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2016;8(14):181–192.
- Onganer E, Bozkurt B, Kılıç M. Hastalar için hasta güvenliği. The Journal of Kartal Training and Research Hospital 2014;25(2):171–174.
- Organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli hakkında kanun. T.C. Resmi Gazete. 1979.
- Ovalı F. Hasta güvenliği yaklaşımları. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;1(1):33–43.
- Önal E, Tümerdem Y. Hasta hakları, sağlık hakkı ve tıp etiği (intörnlere yönelik bir anket bağlamında). Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History 1999;7(2):72–77.
- Önal G. Hasta haklarının anatomisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;3(1):7–14.
- Önal G, Civaner M. Hasta hakları uygulama yönergesi: Türkiye’de hasta haklarının yaşama geçirilmesi için bir adım. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:203–208.
- Özata M, Sevinç İ. Hastanelerde kurumsal imajın ölçülmesinde dikkate alınması gereken faktörlerin belirlenmesi. Journal of Azerbaijan Studies 2008;174(1):59–74.
- Özdemir H, Salaçin S, Ergöner A. Hasta hakları yönetmeliği ve hekim duyarlılığı. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2000;8:32–37.
- Öztoprak ÜY, Ersoy M, Karahancı ON, Örnek Büken N. Helsinki Bildirgesi’nin biyoetik ve biyopolitikalar bağlamında izini sürmek. Journal of Clinical and Experimental Investigations 2016;7(1):110–118.
- Öztürk H, Yılmaz F, Hindistan S, Çilingir D, Yeşilçiçek K. Hekim, hemşire ve hastaların hastanede uygulanan hasta haklarını değerlendirmeleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2007;15:145–152.
- Öztürk Türkmen H. Hekim-hasta ilişkisinde haklar ve sorumluluklar. Toraks Cerrahisi Bulteni 2014;5(1):1–13.
- Rızalar S, Tural Büyük E, Şahin R, As T, Uzunkaya G. Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2016;9(1):9–15.
- Ruppel OC. Third generation human rights and the protection of the environment in Namibia. Human rights and the rule of law in Namibia. Windhoek:Macmillan education Namibia, 2008;101–119.
- Sağlık hizmetleri temel kanunu. T.C. Resmi Gazete. 1987.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. T.C. Resmi Gazete. 1961.

- Sarp N. Hasta güvenliğinde hastanın rolü ve katılımının sağlanması. Sağlıkta Kalite ve Akrediyasyon Dergisi 2018;1(2): 22–29.
- Seren İntepeler Ş, Dursun M. Tıbbi hatalar ve tıbbi hata bildirim sistemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(2):129–135.
- Sağlıkta kalite standartları - Hastane Kılavuzu. 2016.
- Smith CM. Origin and uses of primum non nocere-Above all, do no harm! Journal of Clinical Pharmacology 2005;45(4):371–377.
- Şahin N, Güngör İ. Türkiye’de uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongrelerinde sunulan çalışmaların değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2008;18(4):153–157.
- Şahin YE. Küreselleşme ve insan hakları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2(4):174–178.
- Şahinli S, Özdemir E. Hasta şikayet başvuru içeriklerinin incelenmesi: istanbul ili devlet hastanesi örneği. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi 2019;1:16–21.
- Şaylıgil Elçioğlu Ö. Hasta hakları açısından hekimlik sırrı. T Klin J Med Ethics 1997;5:16–19.
- T.C. Anayasası. T.C. Resmi Gazete. 1982..
- Tababet ve şubatı san’atlarının tarzı icrasına dair kanun. T.C. Resmi Gazete. 1928.
- Tacir H. Yaşama hakkı kapsamında yaşamın başlangıcı. Marmara Üniversitesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2013;19(2):1301–1319.
- Taşçı KD. Doğum yapan hastaların aldıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmeleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(3):26–33.
- Taşlıyan M, Gök S. Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti : Kahramanmaraş’ta. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012;2(1):69–94.
- TDK web sitesi üzerinden, güncel türkçe sözlük. [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ce055d4bccc79.89082904](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ce055d4bccc79.89082904). Erişim tarihi: 15 Mayıs 2019.
- Tıbbi deontoloji nizamnamesi. T.C. Resmi Gazete. 1960.
- Topbaş M, Özlü T, Çan G, Bostan S. Hekimler hasta haklarını ne kadar biliyorlar? Bir tıp fakültesindeki asistan ve intern hekimlerin bilgi düzeyleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2005;13:81–85.

- Tufan B, Sayar ÖÖ, Koçyıldırım G. Sosyal bir hak olarak sosyal hizmet. Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, Antalya: Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiri Kitabı. 76–86. 2009.
- Turan E, Aydılek E, Şen AT. Bimer uygulaması ve türk kamu yönetimi sistemine etkileri. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2015;8:215–225.
- Turhan A. İnsan hakkı kuşakları arasındaki tamamlayıcılık ilişkisi. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2013;4(2):357–378.
- Turhan M. Anayasanın hak temelli yorumu ve Anayasa yargısı. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 2016;62(3):379–404.
- Türk ceza kanunu. T.C. Resmi Gazete. 2004.
- Türk medeni kanunu. T.C. Resmi Gazete. 2001.
- Türk tabipleri birliği kanunu. T.C. Resmi Gazete. 1953.
- Türkmen, E. Baykal Ü, Seren Ş, Altuntaş S. Hasta güvenliği kültürü ölçeği'nin geliştirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(4):38–46.
- Tütüncü Ö, Yağcı K, Küçükusta D. Toplam kalite yönetimi kapsamında hasta güvenliği ve akreditasyon: tıbbi laboratuvarlar değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2006;8(4):286–302.
- Uludağ A. Hastane hasta hakları kurullarının iletişim sorunu içerikli başvurulara bakışı: Konya hastaneleri örneği. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2011;31(3):653–663.
- Umumi hıfzıssıhha kanunu. T.C. Resmi Gazete. 1930.
- UN. “Universal declaration of human rights”. 1948.
- Uysal B, Yorulmaz M. Sağlıkta kalite standartları ve bilişsel mahremiyet. Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi 2018;16:24–33.
- Ünal A, Seren İntepeler Ş. Pediatrik birimlerde elektronik tıbbi hata raporlama sistemi ve hasta güvenliği uzaktan eğitim programını kullanan hekim ve hemşirelerin deneyimleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018;11(2):129–136.
- Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Aydın A, Vural B. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5(2):152–157.
- Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi 2019;10(23):137–150.

- Yıldırım F. Üniversite gençliği ‘sosyal adalet’ten ne anlıyor ? Sosyal Adalet İlkelerinin Sosyal Adalet Algısı Üzerindeki Etkisi. Aile ve Toplum 2011;12(7):113–124.
- Yıldıztekin İ. Maliyet kontrolü için faaliyet analizi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2011;25(3–4):181–211.
- Yılmaz G. Türkiye sağlık sisteminde reformlar ve politika transferi. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2018;18(41):179–206.
- Yücel YF. Hak ve menfaatler üzerine bir inceleme. Türkiye Barolar Birliği Dergisi 2010;91:335–358.
- Yürümez Y, Çevik T, Yavuz Y. Hasta haklarını biliyor muyuz? Akademik Acil Tıp Dergisi 2010;2:67–71.
- Zaybak A, Eşer İ, Günay İsmailoğlu E. Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 2012;20(2):104–111.
- Zengin N. Sağlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin sunumu. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;1:44–52.
- Zincir H, v Kaya Erten Z. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1):877–885.
- Zülfikar F ve Ulusoy MF. Are patients aware of their rights? A Turkish study. Nursing Ethics 2001;8(6):487–498.

## EKLER

### EK-1

T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Karar Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı
12.04.2019	12	309 - 328

**Karar No:**  
2019/312

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Bahadır YAZICIOĞLU'nun tez konusunun belirlenmesine ilişkin Anabilim Dalı Başkanlığının 05.04.2019 tarih ve E.40825 sayılı teklif yazısı ve ekleri görüşüldü.

Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğimizin 32. maddesine göre danışman öğretim üyesi Prof.Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'ın önerisi, ilgili anabilim dalı başkanlığının kararı doğrultusunda Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Bahadır YAZICIOĞLU'nun tez konusunun aşağıdaki şekilde kabulüne toplantıya katılanların oybirliği ile karar verildi

**Bahadır YAZICIOĞLU'nun Tez Konusu :** "İl Kamu Hastanesi Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi"

ASLI GİBİDİR

16.04.2019

Atilla YILMAZ  
Enstitü Sekreteri

EK-2



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

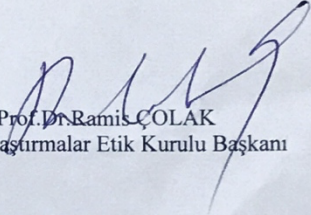
Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/256-466

29.05.2019

Sayın Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **İl Kamu Hastanesi Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi** başlıklı OMÜ KAEK 2019/261 Karar nolu Dosya taraması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 14.03.2019 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Ramis ÇOLAK  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

## EK-3



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAMSUN SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAMSUN SAĞLIK BİLİMLERİ  
ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
19/03/2019 13:35 - 33646832 - 771 - E.4971



Sayı : 33646832-771  
Konu : TUEK Kararı (Uz. Dr. Bahadır  
YZICIOĞLU)

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU

Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararları	Oturum Tarihi	Oturum sayısı
	12.03.2019	2019/ 06

#### **Karar Sayısı TUEK 28-2019BADK/6-54**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü ABD Başkanı Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN'IN sorumlu araştırmacısı olduğu Uz. Dr. Bahadır YAZICIOĞLU'NA ait "**İl Kamu Hastaneleri Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi (SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi)**" isimli çalışmasına ait başvuru formu ve ekleri Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurul'unda incelenerek uygun görülmüş olup; çalışmanın yürütülmesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunda onaylanmıştır.

TUEK ÜYELERİ	
Uzm. Dr. Eda TÜRE (Başhekim V.)	İMZA
Prof. Dr. Süleyman Sırrı KILIÇ (Eğitim Koordinatörü)	İMZA
Doç. Dr. Özgür GÜNAL	İMZA
Doç. Dr. Mehmet Derya DEMİRAĞ	İMZA
Doç. Dr. Abdulkadir ÖZGÜR	İMZA
Doç. Dr. Murat YÜCEL	İMZA
Doç. Dr. Zahide DOĞANAY	İMZA

e-İmzalıdır.  
Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ  
Eğitim Koordinatörü

Kadıköy Nh. Barış Bul. No:199 İlkadım/SAMSUN

Telefon: Faks No:

e-Posta: zehra.katkay@saglik.gov.tr İnternet Adresi: AR-GE + TIPTA UZMANLIK  
EĞİTİM KURULU

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9e6a4295-52fb-4cee-8778-dadf213ba717 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Zehra KATKAY

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0362) 311 15 00 (1371)

**EK-4**



SAMSUN SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAMSUN KADIN DOĞUM VE  
ÇOCUK HASTALIKLARI HİZMET BİNASI  
19/03/2019 10:26 - 33646832 - 929 - E.572



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 33646832-929  
Konu : Yüksek Lisans Tezi Çalışması.

**Sayın Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Sağlık Yönetimi Bölümü

S.B.Ü. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Ek Hizmet Binaımız, Hasta Hakları biriminde yapılması planlanan, “*İl Kamu Hastanesi Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi*” adlı yüksek lisans tezi olarak tasarlanmış çalışmanızın kurumumuzda yürütülmesi konusunda yapmış olduğunuz başvurunuz değerlendirilmiş ve uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim

Uzm.Dr.Eda TÜRE  
Başhekim V.

SBÜ Samsun EAH Kadın Doğum ve Çocuk Hast.Hizmet Binası/Personel Servisi  
Telefon: Faks No: Dahili No: 2518-2864  
e-Posta: ramazan.ozbek@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://samsuneah.gov.tr>

Bilgi için: RAMAZAN ÖZBEK  
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
Telefon No: (0 362) 230 91 00

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden edc58d41-a8cb-41af-90b5-dc3bb2f7074d kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı** :Bahadır YAZICIOĞLU  
**Görev yeri** :Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
**Ünvanı / Görevi** :Uzman Doktor / Başhekim Yardımcısı  
**Branşı** :Aile Hekimliği  
**E-Posta** :bahadiryazicioglu@gmail.com  
**Doğum Tarihi** :18/04/1985

### Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi	Erciyes Üniversitesi	2010
Ön Lisans	Adalet	Anadolu Üniversitesi	2015
Doktora (Tıpta Uzmanlık)	Aile Hekimliği	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2016
Lisans	Kamu Yönetimi	Anadolu Üniversitesi	2019
Yüksek Lisans (Tezli)	Sağlık Yönetimi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2019

### Mesleki Tecrübe

**2010 - 2012** :Ordu Ünye Devlet Hastanesi, Acil Servis (Pratisyen Hekim)  
**2013 - 2016** :Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi)  
**2016** :Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi (Aile Hekimliği Uzmanı)  
**2016 - 2017** :Tokat Sulusaray İlçe Devlet Hastanesi (Aile Hekimliği Uzmanı, Başhekim)  
**2017 - 2018** :Samsun Alaçam Devlet Hastanesi (Aile Hekimliği Uzmanı)  
**2018 - Halen** :T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Başhekim Yardımcısı)

