

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA HAKLARI
BİLİNİRLİK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: BAHÇELİEVLER
ÖRNEĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan: Nuray **KİBAR**

İSTANBUL, 2010

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA HAKLARI
BİLİNİRLİK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: BAHÇELİEVLER
ÖRNEĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**
(Yüksek Lisans Tezi)

Tezi Hazırlayan:

Nuray KİBAR

Öğrenci No:

070746340

Danışman:

Doç. Dr. Hikmet KIRIK

İSTANBUL, 2010

YEMİN METNİ

Sunduğum Yüksek Lisans Tezimi, akademik etik ilkelerine bağlı kalarak, hiç kimseden akademik ilkelere aykırı bir yardım almaksızın bizzat kendimin hazırladığına ant içerim. .../.../... (tarih)

(İmza)

Aday:

Nuray KİBAR

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

27.01.2010

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 070746340 numaralı *Nuray Kibar'ın* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**I. BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA HAKLARI BİLİNİRLİK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: BAHÇELİEVLER ÖRNEĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.01.2010 tarih ve 2010/ sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oy çokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR. HİKMET KIRIK



ÜYE
DOÇ.DR. HALİT KESKİN



ÜYE
YRD.DOÇ.DR. SEFER GÜMÜŞ



I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA HAKLARI BİLİNİRLİK DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: BAHÇELİEVLER ÖRNEĞİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Tezi Hazırlayan: Nuray KİBAR

Özet

Bu Tez Çalışmasında, sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan hasta hakları konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Bununla birlikte Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının belirlenmesine yönelik yeterince çalışma olmadığı düşünülmektedir.

Araştırma Bahçelievler Sağlık Grup Başkanlığına bağlı sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı ve verem savaş dispanserlerinde çalışan ebe, hemşire ve doktor gruplarına uygulanmıştır.139 sağlık çalışanından 127 kişi çalışmaya katılmıştır.(%91)

Anahtar kelimeler : Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sağlık Personeli, Hasta Hakları, Bilgi ve Tutum

THE MEASUREMENT OF THE AWARENESS OF THE PATIENTS' RIGHTS IN THE PRIMARY HEALTH CARE: A STUDY ON BAHCELIEVLER NEIGHBORHOOD

Presented by: Nuray KIBAR

Abstract

In this thesis, the level of knowledge and the attitudes of health personnels who work in The Primary Health Care is intended to evaluate in terms of health care quality and patient satisfaction which are important places in the patients' rights.

However, it is considered that there is not enough work done in the area of determining the attitudes of health personnels of Primary Health Care towards patients' rights.

The survey includes midwives, nurses, and physician groups who work in the health clinics, the main children's health clinics, and the tuberculosis dispensary of the Bahcelievler Health Group Presidency. 127 health workers of those clinics have participated in this survey which is 91% success according to the total 139 health workers.

Key Words : The Primary Health Care, Health Personnels, Patient Rights, Knowledge, Attitude

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar	xi
KISALTMALAR.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1

I.BÖLÜM

HASTA HAKLARINDA KAVRAMSAL VE TARİHSEL BOYUT

1.1.GENEL KAVRAMLAR

1.1.1. Hak Ve Özgürlük Kavramı.....	4
1.1.2. İnsan Hakları.....	8
1.1.3. Yaşama Ve Sağlık Hakkı.....	12

1.2. HASTA HAKLARI'NIN TARİHSEL GELİŞİMİ ve ULUSLARARASI BİLDİRGELERDE HASTA HAKLARI

1.2.1.Hasta Hakları'nın Tarihsel Gelişimi.....	18
1.2.1. Antik Dönem'den 20. Yüzyıl'a Hasta Hakları.....	21
1.2.2. 20. Yüzyıl'da Hasta Hakları Sürecini Başlatan Gerekçeler.....	22
1.2.2.Hasta Haklarının Önemi.....	23
2.2.1.Sağlık Çalışanları Açısından Hasta Haklarının önemi.....	23
2.2.2. Hastalar Açısından Hasta Haklarının önemi.....	26
1.2.3.Uluslararası Bildirgelerde Hasta Hakları.....	31
1.2.3.1. Lizbon Bildirgesi (1981).....	31
1.2.3.2. Amsterdam Bildirgesi (1994).....	32
1.2.3.3. Bali Bildirgesi (Eylül1995).....	40

1.2.4.Etik İlkeler Işığında Hasta Hakları.....	45
1.2.4.1. İlkecilik İlkesi.....	45
1.2.4.2. Yararlılık İlkesi.....	48
1.2.4.2. Zarar Vermeme İlkesi	50
1.2.4.3. Özerklik İlkesi.....	52
1.2.4.4. Adalet ilkesi.....	54

II. BÖLÜM

TÜRKİYE'DEKİ GELİŞİMİ AÇISINDAN HASTA HAKLARI KAVRAMI

2.1. Türkiye'de Hasta Hakları'nın Gelişimi, Ülkemizdeki Başlıca Yasa Ve Yönetmelikler.....	57
2.2. Hasta Hakları Uygulama Genelgesi.....	62
2.3. Türkiye'de Hasta Hakları Dernekleri	64
2.4. Hasta Hakları Nelerdir	
2.4.1. Bilgilendirilme Hakkı.....	66
2.4.2. Aydınlatılmış Onam Hakkı.....	72
2.4.2.1. Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Tanımı ve Temeli.....	72
2.4.2.2. Aydınlatma Yükümlüsü, Aydınlatma Zamanı ve Aydınlatmanın Şekli.....	76
2.4.3.Hastanın Özel Yaşamına Saygı (Mahremiyet) Hakkı	
2.4.3.1. Hastanın Özel Yaşamına Saygı Hakkı.....	79
2.4.3.2. Hasta Sırrının Korunması.....	81
2.4.3.3. Hastanın Beden Mahremiyeti.....	83
2.4.4. Başvuru Ve Şikayet Hakkı.....	84
2.4.5. Sağlık Personelini Ve Sağlık Birimini Seçme Hakkı.....	88
2.4.6. Moral ve Manevi Destek Hakkı.....	92

III. BÖLÜM
I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA HAKLARI BİLİNİRLİK
DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: BAHÇELİEVLER ÖRNEĞİ ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA

3.1.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Amaç.....	93
3.1.2. Varsayımlar.....	94
3.1.2. Yöntem.....	94
3.1.3. Veri Toplama Aracı ve Veri Kaynakları.....	95
3.1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	96
3.2. BULGULAR VE YORUMLAR.....	97
3.2.1. Araştırmamıza Katılanların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	97
3.2.2. Araştırmamızda Kullanılan Ölçeklerin İncelenmesi.....	102
3.2.3. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliliği.....	107
3.2.4. Bulgular.....	108
4. TARTIŞMA.....	122
SONUÇ-ÖNERİLER.....	130
KAYNAKLAR.....	132
EKLER	138

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo.1. Meslek Gruplarına Göre Dağılımı.....	97
Tablo.2. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı.....	98
Tablo.3. Cinsiyete Göre Dağılım.....	98
Tablo.4. Yaş Gruplarına Göre Dağılım.....	98
Tablo.5. Medeni Durumlara Göre Dağılım.....	99
Tablo.6. Çalıştıkları Kurumda Görev Yapma Süresine Göre Dağılımı.....	99
Tablo.7. Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	100
Tablo.8. Personellerin Mesai Saatleri İçerisinde Bir Hasta İçin Ayırdığı Süre.....	100
Tablo.9. Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	101
Tablo.10. Hasta Hakları İle İlgili Eğitim Aldıkları Yerlere Göre Dağılımı	102
Tablo.11. Değer Tablosu.....	103
Tablo.12. Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılım Düzeyleri İstatistikleri.....	103
Tablo.13. Hastaların İletişim Ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Genel Tutumlarının İstatistikleri	104
Tablo.14. Personellerin Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının İstatistikleri.....	106
Tablo.15. Personellerin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının İstatistikleri.....	107
Tablo.16. Araştırmanın Güvenirlik Analizi Sonuçları.....	108
Tablo.17. Normallik Sınaması.....	109
Tablo.18. Mesleklerine Göre Hasta Haklarına Yönelik Tutumun Rankları.....	110
Tablo.19. Mesleklerine Göre Personellerin Hasta Haklarına Yönelik Tutumlara Katılım Düzeyleri Arasındaki Farklılık.....	110
Tablo.20. Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Katılım Düzeyi Rankları...	111
Tablo.21. Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresine Göre Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutum Düzeyi Farklılığı.....	112
Tablo.22. Yaş Gruplarına Göre Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumlara Katılım Düzeyi Ranklar.....	113

Tablo.23. Yaş Gruplarına Göre Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutum Düzeyi Farklılığı.....	113
Tablo.24. Cinsiyet Göre Hastaların İletişim Ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutum Düzeyi Rankları.....	114
Tablo.25. Cinsiyete göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına	114
Tablo.26. Çalıştıkları kurumlara göre personellerin hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri rankları.....	115
Tablo.27. Çalıştıkları kurumlara göre personellerin hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasındaki farklılık.....	115
Tablo.28. Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları.....	116
Tablo.29. Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi farklılığı.....	116
Tablo.30. Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları.....	117
Tablo.31. Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi farklılığı.....	118
Tablo.32. Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları.....	119
Tablo.33. Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi farklılığı.....	119
Tablo.34. Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri rankları.....	120
Tablo.35. Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık.....	120
Tablo.36. Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personelinin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri rankları.....	121
Tablo.37. Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri farklılığı.....	120
Tablo.38. Personellerin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri rankları.....	122
Tablo.39. Personellerin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık.....	122

KISALTMALAR LİSTESİ

AÇSAP	:	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
a.g.k	:	Adı geçen kitap
a.g.m	:	Adı geçen makale
a.g.w	:	Adı geçen web
Bkz	:	Bakınız
C	:	Cilt
çev	:	Çeviren
ed	:	Editör
s	:	Sayfa
S	:	Sayı
SGB	:	Sağlık Grup Başkanlığı
Üni	:	Üniversite
vb	:	Ve benzeri
vd	:	Ve diğerleri
vs	:	Ve saire
VSD	:	Verem Savaş Dispanseri

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimi ve tez çalışmalarım sürecince her zaman içten desteğini, yapıcı eleştirilerini, engin duyarlılığını ve yakın ilgisini esirgemeyen, danışmanım olmasını çok istediğim değerli hocam İstanbul Üni. Siyasal Bilgiler Fakültesi Öğretim Üyesi Doç Dr. Hikmet KIRIK' a

Bahçelievler Sağlık Grup Başkanlığı ve ona bağlı Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde araştırma yapmamıza destek olan Sağlık Grup Başkanımız Dr. Nermin DEMİRHAN' a, çalışmalarımıza katkılarını esirgemeyen bütün Ebe, Hemşire ve Doktor Meslektaşlarıma,

Çalıştığım kurumda yüksek lisans yapmama destek veren Sorumlu Hekimimiz Dr. Aybars ÖKMEN' e, Tıbbi Sekreterimiz Hacer TUNÇ' a, diğer Doktor, Ebe ve Hemşire Arkadaşlarıma,

Çalışmamızın analiz kısmında profesyonel desteklerini esirgemeyen Mustafa YETİŞ Beyefendiye,

Güzel Türkçesi ve akıcı İngilizcisiyle, tezimin Abstract kısmını yazan ve manevi desteklerini esirgemeyen Özgür ATEŞ' e, yüksek lisansım ve tez yazım süresince sabırla, anlayışla benim her an yanımda olan maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen Canım Aileme sonsuz teşekkürler ediyorum.

GİRİŞ

İnsan haklarının bir uzantısı olan hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması olarak değerlendirilebilir. Hasta hakları kaynağını uluslar arası insan hakları belgeleri ve sözleşmelerinden alır. Kişinin var olan sağlığının devamının sağlanmasında hem de hastalandığında tedavisinin sağlanmasını isteme hakkı olarak tanımlanan “sağlık hakkı”nın tamamlayıcı unsurudur.

Hasta hakları insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmektedir. Amaçları; hastalara sağlık hizmetinden tam yararlanma konusunda yardım etmek, hasta-sağlık çalışanı ilişkilerini desteklemek ve geliştirmek, hastaların sağlık hizmeti sürecine aktif katılımını kolaylaştırmak, hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini artırmak, sağlık hizmeti alan, sunan ve aracılık eden kişi ve kurumlar arasında işbirliği ve iletişim fırsatları oluşturmak, varolanları güçlendirmek, böylelikle daha etkin ve güvenilir bir model ortaya koymak, hasta haklarıyla ilgili başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık hizmeti ortamında iç kontrolü sağlamaktır. Bu hedeflerin gerçekleşmesi, sağlık çalışanlarının ve toplumun eğitimi ile büyük önem taşımaktadır.

Hasta haklarına ilişkin ilk uluslararası düzenleme Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında yayınladığı Lizbon Bildirgesidir. Bu bildirden sonra 1994 yılında Amsterdam'da hazırlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi ve 1995 yılında Dünya Tabipler Birliğince yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi ile kavram gelişmiş ülkelerin toplumsal hayatında yerini almıştır.

Tüm dünyada son 30 yılda yoğun bir şekilde gelişme gösteren hasta hakları konusunda ülkemiz yabancı kalmamış ve girişimlere başlamıştır. Hasta hakları Türkiye'de 1980'li yılların sonunda tartışılmaya başlanmıştır. Ancak Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hakları çerçevesinde bazı hasta haklarına da yer verilmiştir.

İlgili yasal düzenlemelerde yer alan hükümlerin bazıları doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmese de hastanın özel yaşamına saygı, hastanın bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi kabul yada ret hakkı, sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı gibi temel hasta haklarını sağlayabilecek hükümlere yer verilmiştir.

Hasta Hakları Programı sadece sağlık çalışanlarının tek başlarına yüklenecekleri bir sorumluluk değildir. Hastaların sağlık düzeylerinin yükseltilmiş olarak topluma kazandırılması hepimizin görevleri arasındadır. İnsan için en kıymetli değer olan sağlığın günümüzde tanımı ve kapsamı da değişmiş, geçmişteki gibi “hastalık olmama hali”ni değil, kapsamlı biçimde “ruhsal-bedensel-sosyal” yönden tam bir iyilik halini anlatır olmuştur. Bir yandan değişip gelişen sağlık anlayışı, öte yandan teknolojik ilerleme, günümüzde sağlık hizmetlerinin de çok yönlü organizasyonunu gerekli kılıyor ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin etik boyutları da önem kazanıyor.

Sağlık hizmetlerinden yararlanırken, ilgili sistemlerin unsurları karşısında hastanın bir birey olarak da yaşam hakkının, kişisel bütünselliği ve onurunun güvenceye alınması; genel bir söyleyişle temel haklarının ihlal edilmemesinin sağlanması vazgeçilmez önemdedir. Bir yandan sağlık hizmetlerinin bu anlayışla düzenlenmesi gerekirken diğer yandan hasta hakları kavramıyla ilgili eğitim ve uygulamaların yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumlarının belirlenmesine yönelik bilimsel bir çalışma bulunmamaktadır. Sadece Ankara üniversitesi Tıp fakültesi mecmuasında ocaktan ve arkadaşlarının yapmış olduğu Abidinpaşa SGB bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumlarını ölçen çalışma yer almaktadır.*

* Ocaktan, R-Yıldız,A-Özdemir, O., Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları, Ankara Üni. Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(3), Ankara, 2000

Çalışmamızın birinci ve ikinci bölümü teorik olarak Dünya ve Türkiye’de hasta hakları uygulamaları ve hasta haklarının gelişim sürecini, üçüncü bölüm ise saha çalışmasından bahsetmektedir. Çalışmamız Bahçelievler SGB (Sağlık Grup Başkanlığı) bağlı sağlık ocakları, VSD (Verem Savaş Dispanseri) ve AÇSAP (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) merkezlerinde çalışan ebe, hemşire ve doktor gruplarının hasta hakları konusunda bilgi ve tutumlarını ölçmek için yapılmıştır.

1. BÖLÜM

HASTA HAKLARINDA TARİHSEL VE KAVRAMSAL BOYUT

1.1. GENEL KAVRAMLAR

1.1.1. HAK VE ÖZGÜRLÜK KAVRAMLARI

Hak hukukun genel kavramlarından biridir. Özel hukukun temel kavramlarından ve kişiye hukuk düzeni tarafından tanınmış yetkidir.¹ Kant'ın, "Hukukçular kendi hukuk mefhumlarına hala tarif aramaktadırlar" sözü, aynı şekilde hakkın tanımı için de geçerlidir. Gerçekten de hukuku tanımlamakta yaşanan zorluklar gibi, hak kavramının da ne olduğu ve nasıl tanımlanması gerektiği, hukuk tarihi boyunca hukuk felsefesinin ve medeni hukukun en temel sorunu olmuştur. Bu yüzden ki birçok hukuki kavramı tanımlamış olan Alman Medeni Kanunu bile hak kavramının tanımını yapmayı göze alamamıştır.²

Hak, hukuk gibi kavramların kesin bir tanımının verilmesi ve bu tanımın hukuki metinlerde yer almasının doğru ve etkili bir yöntem olmadığını belirtmek gerekir. Hukuki metinlerde yer alan bu tarz tanımlar, siyasal otoritenin yönetim ve özgürlük anlayışını yansıtacağından, zamanla değişen toplumsal kurallarla çelişecek ve insan özgürlükleri için bir tehdit unsuru oluşturacaktır.

Gök derki, Gustav bu durumu şöyle ifade etmektedir: Hukuk kavramının normatif bir yapıya büründürülmesi temel bir çelişkidir. Çünkü bu girişim toplumsal değişimin ve insanın kendini tanıma yeteneğinin bir sonucudur. Bu, büyük kabı küçük kaba sığdırmak gayreti gibidir, devlet bunu hep yapar. Hukuk hep tanımlanacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, buna bir son verme çabasıdır. Böyle bir girişim ancak siyasi olabilir ve en trajik sonucunu devlet aygıtını ele geçirecek yapar. Bu nedenle yapılması gereken, hak kavramını hukuksal metinlerde tanımlamaktan kaçınmaktır. Nitekim İsviçre Medeni Kanununu hazırlayan Eugen Huber, hak ve benzeri hukuksal kavramların tanımının öğretiyeye bırakılması gerektiğini savunmuştur.³

¹Elçioğlu, Ö-Erdemir, AD., Hasta Hakları (Ed.Ayşegül Ed-ve Diğerleri), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003, s.86

²Gök, Ö., Hak ve Özgürlükler Kavramı-İnsan Hakları Kavramının Özellikleri, (20/01/09), s.1

³Gök, Ö., a.g.m, 2009, s.1

Doktrinde hak kavramının kapsamını belirlemek için çok geniş tartışmalar yapılmış ve değişik teoriler öne sürülmüştür. Bu tartışmaların ışığında, her ne kadar hak kavramının tanımının yapılması ve içeriğinin belirlenmesi oldukça güç bir mesele olsa da, bu hak ve hukuki ödev gibi kavramlarının hukuki hayatta kullanılmaması veya hukuk biliminden uzaklaştırılmaları anlamına gelmez. Hak ve hukuki ödev kavramlarına başvurmadan, hukuk hayatında hukuki ilişkilerin gerçekleşebileceklerini kabul etmek mümkün değildir. Bu itibarla, hak kavramını ve unsurlarını açıklamak, insan hakları tartışması için de vazgeçilmezdir.⁴

İngilizce'deki hak kelimesinin doğruluk ve yetki şeklinde iki temel ahlaki ve siyasi anlamı bulunmaktadır. Birincisinde, bir şeyin doğru olduğundan, doğru olan bir eylemden söz edilir. İkincisinde ise, bir kimsenin bir hakka sahip olduğundan bahsedilir. Normal haklardan söz edilirken ikinci anlam vurgulanır. İnsan hakları, kişinin sırf insan olduğu için sahip olduğu haklar olarak ele alınacak olursa bir hakka sahip olmanın ne anlama geldiği üzerinde durulmalıdır.⁵

Hakkın bir başka yönü de başkasının özgürlüğüne müdahale edebilme ile ilgilidir. Bir hakkı ileri sürmek, başkasının özgürlüğüne müdahale için haklı bir nedenin var olduğunu ileri sürmek anlamına gelmektedir. Bu özgürlük kısıtlaması kişinin ya bir şeyi yapmaya zorlanması ya da bir şeyi yapmaktan kaçınması biçiminde ortaya çıkabilir. Müdahalenin haklılık nedeni ise, yerine göre hukuktan ya da gelenekten kaynaklanabileceği gibi, sırf ahlaki bir gereklilikten de doğabilir.⁶

Hak koruma altına alınmış menfaatler anlamına gelmektedir. Bir kişinin veya tarafın çıkarlarının diğer kişilerce korunması gerektiğini ortaya koymaktadır. Çıkarlarımızı belirleyen ise gereksinimlerimizdir.

Hakkın Öğeleri; Haktan söz edebilmek için, hak sahibi için ortada bir çıkarın bulunması gerekir. Var olan haklardan yararlanma, kişinin iradesine bağlı ise bir hakkın varlığından söz edilebilir. Söz konusu çıkarın meşru olması, yani hukuk düzenince korunmasının da hakkın varlığı için zorunludur. Kamu çıkarlarının söz

⁴ Gök, Ö., a.g.m, s.2

⁵Elçioğlu ve Erdemir, a.g.m, s.89

⁶ Sert,G., Hasta Hakları Uluslararası Belgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde, Babil Yayıncılık, İstanbul, 2004, s.15

konusu olduğu durumlarda, kişilerin iradeleri etkili değildir. Bu nedenle kişinin hakları kamu çıkarı ve esenliği ile ilgilidir.⁷

Hak sahibi; genellikle irade sahibi olan ve düzenin içinde hakkı korunan varlıktır. Hak sahibi olabilen varlıklar, insanlar ve tüzel kişilerdir. Her insan gerçek bir kişidir ve insanlar arsında hiçbir fark yoktur.⁸ Hukuk biliminde hakkın önemli bir özelliği, onun hak sahibi bakımından bir zorunluluğu değil, bir izin durumunu ifade etmesidir. Eğer bir kimse için bir zorunluluk söz konusu ise, o kişinin hak sahibi olmasından söz edilemez.⁹

Hak ehliyeti adını verdiğimiz hak sahibi niteliği insanın doğumla kazandığı bir niteliktir. Bu ehliyete sahip olan insan “kişi” dir. “Kişilik” kavramı da bütün hukuk düzeninin merkezini oluşturur. Medeni kanunun 27.maddesine göre; “Kişilik, ocuğun sağ olarak tamamen doğduğu andan başlar ve ölümü ile son bulur”. O halde insan tüm yaşamı boyunca hak sahibi olabilen bir varlıktır. Kişilik haklarının başlıca özellikleri bunların başkalarına devir edilememesi, miras yolu ile geçmemesi ve bunlardan vazgeilememesidir. Medeni kanunun 23.maddesi bu konuya açıklık getirmektedir.¹⁰

İnsan hakları, temel haklar ve kamu özgürlükleri kavramları çoğu kez eşanlamda kullanılmaktadır. Hak ve özgürlük kavramlarını kesin çizgilerle birbirinden ayırmak güçtür. Pek çok hukukçu özgürlüğü bir hak olarak kabul etmiş ve ayrı bir tanım yapmamıştır. Buna karşın bir tanım yapmak gerekirse; özgürlük kavramı hukuk öncesi düzenlenmemiş serbestliği, hak kavramı ise, hukuk düzeni tarafından tanınan ve korunan irade ve çıkarları belirtir. zgrlk, hakka göre daha soyut ve belirsizdir. Hukuk düzeninin yasaklamadığı davranış biçimleri dolaylı olarak özgürlük sayılır. Fakat zgrlkler güvence yönünden de zayıftır. Yasa koyucu yapacağı düzenleme ile bir özgürlük alanını daraltır veya kaldıracabilir.¹¹

⁷ Elçioğlu, ve Erdemir, a.g.k, s.87

⁸ Elçioğlu, ve Erdemir, a.g.k, s.89

⁹ Gök, ., a.g.m, s.2

¹⁰ Gök, ., a.g.m, s.3

¹¹ Gök, ., a.g.m, s.3

Özgürlük; en genel olarak insanın, önünde bulunan türlü seçeneklerden birini, dış etkiler söz konusu olmaksızın, kendi kişiliğindeki iç dinamiklerin etkisi sonucu seçmesi durumudur. Özgürlükler, kaynaklarını insanın doğumunda bulurlar. Onların kişiliklerine bağlı doğar doğmaz kazanılmış bir kavram olarak görünürler. Ama bunların gelişebilmesi için az çok ileri bir toplumun ortaya çıkması gerekir. Özgürlükler, gerçekleştikleri ülkenin kanunları ile korunur ve güven altına alınır. Burada hak ve özgürlük ilişkisine de değinmekte yarar vardır.¹²

Özgürlük, bir haktır; fakat bütün haklar özgürlük değildir. Özgür olmak, aynı zamanda başkasına karşı öne sürülebilen haklara sahip olmaktır. Hak ve özgürlük bir tek hukuki gerçeğin iki yönüdür. Özgürlük bir haktır ve hak ancak özgürlükle gerçekleşebilir. Bunlardan biri olmadan diğeri olamaz. Gerçekleştirilecek bir hak yoksa özgürlüğün anlamı kalmayacağı gibi özgürlük yoksa hakkında bir anlam ve değeri yoktur. Hak, özgürlüklerin temeli ve konusu, özgürlük ise hakkın gerçekleşme aracıdır.

¹² Şenoğlu, F., “Temel Hak ve Özgürlükler, Bu Hakların ve Özgürlüklerin Sınırlanması ve Bunlarla İlgili Kavramların Açıklamaları”, <http://www.turkhukusitesi.com>, (30/04/2009)

1.1.2. İNSAN HAKLARI

İnsan Hakları, hem Anayasa, hem Uluslararası Hukuk kavramlarıdır. İnsan Hakları deyimi geniş kapsamlıdır; bir yandan insanların haklarının devlet organlarına karşı korunmasını, diğer yandan da çok boyutlu olan insan kişiliğinin geliştirilmesini içerir. İnsan deyimi ile kimi kez tüm insanlara tanınması gereken haklar anlatılmak istenir. Buna “Soyut Anlamda İnsan Hakları” da denir. Bu anlamda insan hakları “olamı” değil “olması gerekeni” gösterir.¹³

İnsan Hakları, insanı insan yapan ve insanın sırf insan olarak herhangi bir şarta veya statüye bağlı olmadan doğuştan sahip olduğu dokunulmaz, vazgeçilmez, üstün nitelikli ahlaki değerlerdir. Bu haklar; İnsanın değerini ve onurunu korur. İnsanın, “insanca” yaşaması için gerekli, zorunlu koşulları ifade eder. İnsanın insan olmaktan kaynaklanan gereksinimlerini karşılamaya yönelik, maddi ve manevi varlığını korumayı, geliştirmeyi hedef edinen en temel değerlerdir.

İnsan haklarının kaynağı, “insan doğası” ve bu doğanın özünde varolan “insan onurudur”. Tüm insanlar, insan olmanın gereği olarak, bu haklara din, dil, ırk, cinsiyet, toplumsal köken, ulusal aidiyet vb. hiçbir ayırım gözetilmeksizin “eşit” bir şekilde sahiptirler. Yani, insan hakları “evrenseldir”; zamandan, mekandan, ekonomiden ve kültürden bağımsız olarak insanın varoluşuyla birlikte vardır.¹⁴

İnsan Hakları disiplini, felsefi kökleri çok daha eskilere gitmekle beraber, asıl on yedinci ve on sekizinci yüzyıllar içinde gelişen ve ‘insan hakları doktrini’ olarak adlandırılan bu düşünce akımı, insanların sırf insan olmak sıfatıyla doğuştan birtakım dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez haklara sahip oldukları görüşünü yaymaya çalışıyordu. O zamana kadar sınırsız olan devlet gücünü sınırlandırmayı ve insanları baskıdan korumayı amaçlayan bu doktrine göre devlet, kendi yarattığı hukuktan önce varolan doğal hukukla bağlıydı ve insanların bu hukuktan kaynaklanan doğal haklarına saygı göstermek zorundaydı. Giderek güçlenen ve yaygınlaşan bu inanç, on sekizinci yüzyılın sonlarına doğru yayımlanan Amerikan Haklar Bildirileri ve 1789

¹³Özkavak ve Dönmez, İnsan Hakları Kavramı ve Tarihsel Gelişimi, 2008, s.22

¹⁴Uzak, A – Altuntaş, M., İnsan Hakları Nedir, Başbakanlık Yayını, 2007, s.4

Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Evrensel Bildirisi ile ilk resmi açıklamalarına kavuştu. Evet, insan hakları düşüncesi, toplumsal ve siyasal devrimler ile doğal haklar görüşünün topluma yansması ve yeni düzenler kurulmasından sonra, daha çok bireycilik akımı çerçevesinde gelişmeler göstermiştir. Bu süre diyalektiği içinde insan haklarının kendi dinamiği yöneliminde anlam ve içerik bütünlüğü gözetilerek; adalet, eşitlik, özgürlük, güvence, direnme boyutları dikkate alınarak kategorileştirilmesine de gerek duyulmuştur.¹⁵

Birinci Kuşak Haklar olarak tarif edilen hakların oluşum dinamiklerini 17. ve 18. yüzyıl sosyal felsefesinde buluruz. Özellikle ticaret burjuvazisinin etkisi, Amerikan Bağımsızlık Hareketi, Fransız Devriminin getirdikleri, bu hakların oluşumunda belirleyici olmuştur. Bu haklara göre bireyin devlet karşısında dokunulmaz 'özel alanı' vardır. Devlet bu alanı güvence altına alır: yaşama hakkı, düşünce özgürlüğü, ibadet özgürlüğü, konut dokunulmazlığı, mülkiyet hakkı, eşitlik hakkı, tarafsız yargılanma hakkı, seçme-seçilme hakkı gibi haklar bu kategoride gösterilir.

İkinci Kuşak Haklar 19. yüzyılda başlayan, devletlerin daha çok sosyal sorumluklarına gönderme yapan haklarıdır. Bu haklar devletin vatandaşa hizmet sunma görevleriyle ilintilidir; sosyal güvenlik hakkı, eğitim hakkı, sağlık, beslenme, kültür, çalışma hakkı gibi haklar ikinci kuşak haklar kısmına dahil edilir.

Üçüncü Kuşak Haklar olarak anlamlandırılan haklar ise dayanışma ve katılım kavramlarında anlam bulur. Bu kuşak haklar kategorisinde aktivist bir yönelim vardır. Bu grup içinde çevre, barış, gelişme, katılım, seçilme, kültürel mirası koruma haklarını sayabiliriz. Kuşkusuz bu hakların bir bütün olarak anlam bulması demokratik bir devlet yapılanması içinde mümkündür. Hukuk üstünlüğüne dayalı demokratik devlet yapısı insan haklarının gelişimi için de yaşamsal bir öneme sahiptir.¹⁶

10 Aralık 1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisinde, 30 maddelik bildiri de kişi hak ve temel

¹⁵ Özkavak ve Dönmez, a.g.m, 2008, s.22

¹⁶ Şeker, A., İnsan Hakları Açısından Toplumsal Sorunlara Bakış, 2009, s.5

özgürlüklerini ki medeni ve siyasi haklar olarak da kavramsallaştırılan bu alan ‘negatif haklar’ biçiminde, sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel haklar ki ‘pozitif haklar’ şeklinde, 28 maddede belirtilen denetim ve düzenleme hakları olarak ifade edilenler ise ‘kollektif’ haklar biçiminde özetlenecek haklar getirmiştir. Ayrıca İnsan Hakları Bildirisiyle, insanlar arasındaki fiziksel ve ahlaksal farklılığa rağmen, insanlara insan olarak onur ve değer bahşedilmiştir. İnsan olarak onlara bahşedilen onur ve değer, bütün insanlara bazı temel hak ve özgürlüklere hak kazandırır. Bu hak ve özgürlükler bütün insanların benzer gereksinimleri olduğu düşüncesinden kaynaklanır.¹⁷

“Ünlü Fransız hukukçusu Rene Cassin tarafından büyük çoğunluğu kaleme alınan bildiri yine aynı yazar tarafından Birleşmiş Milletler Antlaşmasının bir uzantısı olarak değerlendirilmiştir. Evet kuramsal-yasal temelleri böylece atılan insan hakları dünya insanlık ailesine zamanla; kontrol altında, aşamalı olarak gerçekleştirilecek hakların yanı sıra bir bağlayıcılığı da getirmiştir. Şu da bilinen bir gerçektir ki insan hakları bildirisi uygulamada bazı çelişkilerle de yüz yüze kalmıştır. Sözleşme dünyanın değişik ulusları tarafından imzalanmıştır. Ancak dünyanın kimi ulusları bu evrensel bildiriye iç hukuk normu haline getirme aşamasında yetersiz kalmıştır. Bu durum ise uluslararası bağlayıcılıkla bir oranda giderilmeye çalışılmıştır. Kuşkusuz insan hakları içerik olarak bir bütündür bu bütün parçalara ayrılmaz denmektedir. Hakları kullanmak bir diğer hakkın uygulanabilmesiyle ilişkilidir. Ekonomik-sosyal hakların uygulanabilirliği medeni ve siyasi hakların yeterli bir şekilde yaşanması için uygun koşulları yaratır.”¹⁸

İnsan hakları bir olgu, toplumsal tarihsel bir hareketlilik ve tüm yönleriyle bir uygarlık birikimidir. İnsan haklarını bir kavram olarak 18. yy’da, doruk noktasına ulaşmıştır. Peki tarih neden 18. yüzyılı beklemiştir. Evet, bu yüzyılda insanlığa yön verenler bir sosyal baskıyla yüz yüze kalmışlardır. Bu yüzyıl yani dünyanın yerinden oynadığı bu yüzyılda insanlık yoğunlaşan sorunlarının çözümü için kollektif bir sorumluluğun gerekliliğine inanmıştır. 19. yüzyılda Batı Avrupa bu kollektif sorumluluğu sosyal kurumlara aktarmayı başarmıştır. Dünyanın sömüren coğrafyası bir anda insan hakları uygulama merkezi olmuştur. Özellikle II. Dünya savaşı sonrası

¹⁷Şeker, A., a.g.m, 2009, s.5

¹⁸Şenoğlu, F., a.g.w, (30/04/2009)

Avrupa’da gelişen sosyal refah devlet yapısı insan haklarının pozitif haklar statüsünde belirtilen sosyal haklar bağlamında önemli bir aşama şeklinde değerlendirilebilir.¹⁹

Sert der ki; yakın bir süreçte kapitalizmin yeniden yapılanma süreci içine girmesi; küreselleşme biçiminde yalnızca görüntü değiştirmesi, sosyal refah devleti anlayışını geriletmediği gibi devletin işlevlerinde bir değişim yaratmıştır. Bu ise pozitif haklarda bir gerileme süreci başlatmıştır.²⁰

İnsan hakları kavramı özellikle bir önceki yüzyılda uygulanabilirliğini çeşitli sosyo-ekonomik krizlerin yanı sıra gösterirken yaşadığımız yüzyıla da önemli bir kamuoyu maddesi olarak düşmeyi başarmıştır. İnsan hakları kavramının tarihsel gelişimi en köklü yapılaşma eğrisine ulus-devlet olgusuna tarihin tanık olduğu dönemlerde kavuşmuştur.²¹

“Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi” 1996 yılında Strasbourg’da yayımlanmış; biyolojik ve tıbbi uygulamalarda ayırım gözetmeden insan hakları ve temel özgürlükler temel alınarak bütün bireylerin onur ve kişilik özelliklerinin garanti altına alınması, bilimin ilgi alanının insanların iyiliğinin önüne geçemeyeceği, sağlık gereksinimlerini ve kaynakları göz önüne alarak yeterli kalitede bir sağlık hizmetine erişmede eşitliği sağlık alanındaki araştırmalar dahil her girişimin mesleki standartları olması gerektiği kabul edilmiştir. Bilimsel araştırmalar, doku ve organ transplantasyonu ile ilgili sınırlar konulmuştur.²²

¹⁹ Şenoğlu, F., a.g.w, (30/04/2009)

²⁰ Sert, G., a.g.k, s.36

²¹ Özkavak ve Dönmez, a.g.m, 2008, s.23

²² Bulut, G - Aydın, N ve Diğerleri, “Hasta Hakları ve Hekim-Hasta İlişkisinde Hukuki Boyut”, s.140

1.1.3 YAŞAMA VE SAĞLIK HAKKI

“Hasta, organizması yaralanan yada çeşitli nedenlerle vücudunun homeostatik dengesi bozulan ve bu durumun neticesinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşayan kimsedir.”²³

Hasta, kendine özgü özellikleri olan ve bir benzeri daha olmayan yani benzersiz bir insandır. Yaşadığı toplulukta belirli rolleri vardır. Örneğin, annedir, babadır, eştir, yöneticidir, bir kurumun elemanıdır, bir meslek üyesidir, öğrencidir v.b. Bireyin sağlıkla ilgili bir sorunu olduğunda çözümleyemezse bir sağlık kuruluşuna başvurur. Mesleki bir yardıma gereksinimi var demektir; bu anda mevcut rollerine bir de hasta rolü eklenmiştir.

Hastalık sözcüğünün anlam yükü bir takım “olumsuz” nitelikleri de barındırmaktadır. Dolayısıyla bu kavram “kötü”, “çirkin” kaçınılması gereken bir konumda bulunmaktadır. Türkçe’de yaygın olarak kullanılan “hastalık sözcüğü Farsça tedirgin, yorgun ve halsiz anlamına “haste” ye Türkçe’ ye lık,lik ekinin katılması ile türetilmiştir. Sağlık bir durum, hastalık ise ayrıntıları bilinmese de ayrı bir durumdur.²⁴

Sağlık ise hastalık veya sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Doğru olan, iyilik halinin ve iyiliğe yol açan mekanizmaların tanımlanması, bunların korunması ve geliştirilmesidir. Yani, hastalıktan yola çıkarak sonradan olanı gidermek yerine; sağlığı referans olarak eksik olanı yerine koymaktır. Buna salutogenetik yaklaşım denmektedir. Burada koruma ve tedavi etme yerine, iyileştirme ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır

“Yaşama hakkı” insan haklarının en başta gelenidir. Genel olarak “kişinin fizik ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, devam ettirebilmesi; varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi” şeklinde tanımlanan yaşama hakkını temel hak olarak kabul ederek yetinmek, bugünkü özgürlük anlayışı içinde doğru bir davranış olarak değerlendirilememektedir. Güvenlik içinde yaşama hakkının içeriğini

²³ Bostan, S., “Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri”, İbni Sina Tıp Dergisi, Trabzon, s.65

²⁴ Elçioğlu ve Erdemir, a.g.k, s.113

oluşturan unsurların başında yaşam hakkı vardır. “Yaşama, insanın en temel hakkı, varlığının ve fiziki devamlılığının ilk koşuludur”.²⁵

Sağlık Hakkı; bedenine sahip olma hakkının en önemli unsurudur. Genel olarak “hem iyi işleyen bir organizmanın devamının sağlanmasını hem de hastalığa uğrayan kişinin tedavisinin sağlanmasını isteme hakkı” şeklinde tanımlanan sağlık hakkı bir yönüyle devletin müdahalesine kapalı (negatif statü hakkı) iken diğer bir yönüyle da devletten bir talep hakkını (pozitif statü hakkı) içerir.²⁶

Yaşamın iyi ve ahenkli bir şekilde devamında sağlık hakkı ve getirdikleri önemlidir. Kişilerin sağlığının korunmadığı, sağlıklı yaşamaları için gerekli önlemlerin alınmadığı, hizmetlerin verilmediği bir ortamda yaşama hakkından söz etmek anlamsız olacaktır. Yaşama hakkından söz edilebilmesi için iyi işleyen bir organizmanın devamlılığı ve varlığı önemlidir. Sağlık hakkı bu yönleri ile yaşama hakkına bağlı ve onu ayakta tutan en temel haklardandır.

Sağlık hakkı diğer haklarla pekiştirilmedikçe anlam kazanmaz. Sağlık hakkının beslenme hakkı, dinlenme hakkı, konut ihtiyacının karşılanma hakkı ve en önemlisi de hastalıklara karşı korunma, hastalığa yakalandığında gereken bakım ve tedaviyi görme hakkı ile pekiştirilmesi gerekmektedir.

Uluslar arası alanda temel insan haklarını sağlamak amacıyla yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde ve Ekonomik Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’nde uluslar arası ve toplumsal dengesizliklerin giderilmesini amaçlayan hakların arasında “sağlık hakkına” özellikle yer verilmiştir.

1948’de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25.maddesi; Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

²⁵ Sert,G., a.g.k, s.48

²⁶ Sert,G., a.g.k, s.49

“Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar” diyerek en temel hak olan "yaşam hakkı" çerçevesinde Sağlık Hakkı'na yer vermiştir.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (Madde 12); Burada görüldüğü üzere sağlık hakkı ile sosyal güvenlik hakkı bir arada düzenlenmiştir.²⁷

1. Bu Sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanıır.

2. Bu Sözleşmeye Taraf Devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler

3. Varolan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması

4. Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme;

5. Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;

6. Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.

Bu düzenleme ile sağlık hakkı başlı başına bir hak olarak açıkça tanımlanmıştır. Yaşama hakkının temel unsurlarından olan sağlık hakkı, yaşama hakkını Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde doğrudan olmasa da yaşama hakkına yer vererek; sağlık hakkını güvence altına almıştır.

1965' te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nda ise, 11. maddede ve “Sağlığın Korunması Hakkı” başlığı altında: Akit Taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin alınması yanı sıra;

²⁷ Av.Can Atalay - Ulaş Karan, “Sağlık Hakkı Nedir? (Uluslar Arası Belgelerle Sağlık Hakkı)”, (15.01.09)

1. Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;
2. Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışmanlık yapmak.
3. Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıklar olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler; şeklinde bir düzenleme getirmiştir.

Avrupa Sosyal şartının öngördüğu denetim mekanizması çerçevesinde, 1994-1998 arası dönemi kapsayan 7. raporda Türkiye'nin, 11. madde belirlenen yükümlülüklerini yerine getirmediği ve sözleşmeye uygun davranmadığı belirtilmiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nde ise 35. maddede ve "Sağlık Hizmetleri" başlığı altında, "Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir". Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır. şeklinde düzenlenmiştir.²⁸

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982)
(MADDE 17/II)

"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 tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz."

Buna göre tüm yurttaşların yaşama hakları devlet güvencesi ve onun pozitif yükümlülüğu kapsamı içinde koruma altındadır.

²⁸ *Atalay ve Karan, a.g.m, 2009*

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982)

(MADDE 56)

“Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlığı altında:

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 denilmektedir.²⁹

Bu bağlamda “Sağlık Hakkı”nın da en az iki bileşeni olduğu anlaşılmaktadır:

Sağlıklı olma hakkı

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı

Anayasamızda “hiç kimsenin rızası dışında vücut bütünlüğüne dokunulamaması ve tıbbi deneylere tabi tutulamaması”, kişilerin sağlıklı olma hakkı bir kamusal korumaya tabi olduklarını ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bir ekonomik ve sosyal haktır. Bu yönüyle kamuya yada Anayasada geçen biçimiyle devlete belli yükümlülükler öngörür. Devlet bu ödevleri altına imza attığı “Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi”nin de bir gereği olarak yerine getirmek ve herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanması için gerekli tedbirleri almalı, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak durumundadır. Bu yaklaşımı başta Anayasal denetim organı olan Anayasa Mahkemesi kararları başta olmak üzere çeşitli başka mevzuatta'da ortaya konulmuştur. Anayasa Mahkemesi'nin çeşitli kararlarında sağlık hakkına değinmiştir.

²⁹Sert, G., a.g.k, s.56

Mahkeme bir kararında, sosyal güvenlik kapsamındaki kişilerin sağlık hakkı açısından eşit kapsamda olması gerektiğini vurgulamış ve bu durumu "kimselerin 'yaşama hakkı' bakımından birbirlerine bir üstünlük sağlamaması gerekir" şeklinde ifade etmiştir.³⁰

Kişinin yaşama hakkı, maddi ve manevi varlığını koruma hakkı, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez, vazgeçilmez temel haklardandır. Bu haklara karşı olan her türlü engelin ortadan kaldırılması da devlete ödev olarak verilmiştir. Güçsüzleri güçlüler karşısında koruyacak olan devlet, gerçek eşitliği sağlayacak, toplumsal dengeyi koruyacak, böylece gerçek hukuk devleti niteliğine ulaşacaktır şeklindeki ifadesiyle yaşam hakkı dolayısıyla sağlık hakkının önemini vurgulamıştır.

31

Hasta hakları sağlıklı yaşama hakkının bir parçasıdır. Sağlık ihtiyacı, hasta olduktan sonra başlamaz. Hasta olmayan kişilerde sağlığını korumaya ve geliştirmeye gereksinim duyarlar. Genelde bizler sağlıklı iken sağlığımızı korumak yerine hastalık ve sakatlık başımıza geldiğinde her işimizi bırakıp iyi olmak için çaba sarf ederiz, normal olan sağlıklı iken sağlığımızın değerini bilmektir genelde insanlar sağlıklarını kaybetmeden onu hatırlarına getirmezler; bu nedenle sağlıklı yaşama hakkı pek gündeme gelmez. Daha çok hasta haklarından söz edilir.

³⁰ Şenoğlu, F., a.g.w, 2009

³¹ Sert, G., a.g.k, s. 56

1.2. HASTA HAKLARI'NIN TARİHSEL GELİŞİMİ ve ULUSLARARASI BİLDİRGELERDE HASTA HAKLARI

1.2.1. HASTA HAKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

İnsan haklarının bir uzantısı olan hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması olarak değerlendirilebilir. Hasta hakları kaynağını uluslararası insan hakları belgeleri ve sözleşmelerden alır. Kişinin var olan sağlığının devamının sağlanmasında hem de hastalandığında tedavisinin sağlanmasını isteme hakkı olarak tanımlanan “sağlık hakkı”nın tamamlayıcı unsurudur.

Sağlık hakkından yararlanmak isteyen hastalar sağlık hizmeti veren kurum yada kişilere başvurmak durumunda kalabilir. Sağlık hizmetinin pahalı olması, çalışma koşulları, gelir düzeyleri, yoksul kesimin sağlık haklarını giderek yitirmeleri, sağlık hizmeti alıcısı konumunda olan yaşlı ve kronik hasta popülasyonundaki artış; zamanla daha fazla uzmanlaşan ve yüksek teknolojiye bağımlı hale gelen teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin karşısında bireylerin güçsüz ve çaresiz kalması; tıbbi girişimlerin sayısının artmasıyla komplikasyonlarında buna bağlı artması, sağlık hizmetleri giderlerini azaltmak isteyen sağlık sigortalarının, sağlığa ulaşım hakkını kısıtlayan uygulamalara yönelmeleri; sağlık kurumlarının büyük sermayenin kontrolünde ticari müesseseler haline dönüşmesi ve Nazi Almanya'sında korkunç muamelelerin ortaya çıkması bu harekete katkı sağlamıştır.³²

Demokratikleşme sürecinde insan hakları alanındaki gelişmeler; eğitilmiş nüfus oranında artış, çok yaygınlaşan medya vasıtasıyla kıtalar arası paylaşılan düşünce ve uygulamalar, kişilerin kendileriyle ilgili tasarruf haklarını kullanmaları ve insan onuruna layık bir biçimde yaşamayı talep etmeleri insan haklarının sağlık alanına uygulanmasını gündeme getirmiş ve hastalar özelinde değerlendirilerek hasta hakları kavramı ortaya çıkmıştır.³³

Hasta haklarının, iki temel gelişme sonucunda doğduğunu söylemek yerinde olur. Bunlardan birincisi, kamu hukuku alanındaki gelişmedir. İkincisi de hasta-

³² Sert, G., a.g.k, s.64

³³ Özlü.T., Medikal Etik 7-8 Vaka Çözümleri ve Uygulamaları (Ed.H.Hatemi-H.Doğan), Yüce Yayıncılık, İstanbul, 2008, s.14

hekim ilişkisindeki gelişim ve değişimdir. Hasta hakları kavramı sağlık hizmeti alıcılarının çıkarlarının korunması ve şefkatli davranılması gereğini deontolojik bir düzenleme olmaktan çıkararak bağımsız hukuki bir kimliğe dönüştürmüştür. Kamu hukuku alanındaki gelişme, sosyal devlet anlayışının doğmasıdır. 1789 Fransız İhtilali ile doğal haklar teorisi benimsenmiş, liberal devlet anlayışının kişi mutluluğunu sağlayacağına inanılmıştır. Buna göre; devletin tek dayanağı ve kaynağı bireydir, bireyin mutluluğudur. Ancak birey, mutluluğunu kendisi yakalayacaktır. Devletin, toplumsal hayata müdahale etmesi yanlıştır. Birey, hukuk önünde eşittir ve kendi mutluluğunu kendisi bulacaktır. Hukuksal eşitlik esastır.³⁴

Hasta haklarına yönelik bir çok kuralın, daha önceden yapılan mevzuat düzenlemelerinde yer aldığı, konunun ilgilileri tarafından bilinmektedir. 20. yüzyılın bilimsel ve teknik gelişmesi ile bu çağın insanı sadece hukuk önünde eşit olmakla, mutlu olunamayacağı gerçeğine inanmaya başlamıştır. Doğal koşulların kendiliğinden mutluluğu sağlayamayacağının kabulü ile devletin fonksiyonu da değişmiştir. Devletin, bireyin mutluluğu için hayata müdahale etmesi doğal eşitsizlikleri en aza indirgeyecek politikalar yürütmesi gerektiği benimsenmiştir. Buna göre, yurttaşların mutluluğu, maddî ve manevî varlıklarını geliştirmeleri için; sağlıklı bir çevre, sağlıklı bir konutta yaşama, yeterli eğitim ve öğretim olanakları, çalışma hak ve özgürlüğü devletten istenir olmuştur.³⁵

Devlet; birey sağlığı için gerekli önlemleri almalı, bireyin hastalanması halinde ise, insanca bir tedavi ile sağlığına kavuşması için gerekli düzenleme, organizasyon, denetim önlemlerini almalıdır. Sağlıkla ilgili yasal düzenlemelerde hasta hakları adı altında olmasa bile, hastaların çıkarlarını koruyan ve hastalara şefkatli davranılmasını isteyen düzenlemeler bulunmaktadır.³⁶

Sağlık hizmetleri geleneksel anlamından çok uzaklaşmış, büyük ticari bir sektöre dönüşmüştür. Dünyanın en büyük şirketleri arasına giren ilaç firmaları ve sağlık işletmelerine sahip firmalar mevcuttur. Ülkelerin en büyük harcama kalemini sağlık harcamaları oluşturmaktadır. Çok sayıda özel ve kamu sağlık kurumu ülkenin

³⁴ Bostan, S., “Neden Hasta Hakları”, <http://www.haksay.org/>, 2008, s.2

³⁵ Çinko, S., Hukuki ve Tıbbi Açıdan Hasta Hakları, (25/12/08), s.1

³⁶ Çinko, S., a.g.m, 2008, s.2

her bölgesine dağılmıştır. Sağlık kurumlarında, hastanelerde ve sağlık sigortalarında çok büyük fonlar dönmektedir. Bu fonlar, vergilerden, primlerde ve doğrudan ödemelerden karşılanmaktadır. Hepsinin amacı insanların daha iyi sağlık hizmeti almasını başarmaktır.³⁷

Hasta haklarına ilişkin ilk uluslararası düzenleme Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında yayınladığı Lizbon Bildirgesidir. Bu bildirden sonra 1994 yılında Amsterdam'da hazırlanan Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi ve 1995 yılında Dünya Tabipler Birliğince yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi ile kavram gelişmiş ülkelerin toplumsal hayatında yerini almıştır.³⁸

1.2.1.1. Antik Dönem'den 20. Yüzyıl'a Hasta Hakları

Tıp tarihçisi Robinson, herhangi bir nedenle duyduğu acı karşısında çığlık atan ilk insanı ilk hasta ve onun yardımına koşanı da ilk hekim olarak tanımlamıştır. Yazılı uygarlığın başlangıcı sayılan Sümerlerde şamanlar rahipliğe yada hekimliğe terfi ederek, tedavi ediciliğin kurumsallaşmaya başladığı gözlemlenir. Rahip hekimlerin görev yaptıkları tapınaklar, ister Sümer'de ister Mısır'da isterse Eski Yunan'da olsun "Tanrının evidir" ve tedavi etme gücü tanrısalıdır. Bu ilişki içinde hastadan beklenen yine rahip hekime koşulsuz itaat etmesi olmuştur.³⁹

MÖ 469'da Hipokrat'ın hastalığın vücuttaki dengenin bozulması olduğunu, nedeninin de doğal şeyler olduğunu söylemesi ile birlikte tanrısal nedenli hastalıktan bir nebze olsun uzaklaşılmasına karşın, tıp bilgisi hala sınırlı bir grubun elinde olan gizli ve güç veren bir bilgi olmayı sürdürmüştür. Bunun bir nedeni, hayatı etkileyebilecek çok özel bilgilerin, tedavi yöntemlerinin niteliksiz ve kötü amaçlı kişilerin eline geçmesini engellemek olmuştur. Sonuçta hekim bilen kişidir ve yaptıkları sorgulanamaz; hastasının yararı için çalışan hekime koşulsuz itaat ve güven temeldir. Hipokrat'ın (M.Ö.460–370) hekimin en önemli ödevinin "hastanın

³⁷ Bostan, S., a.g.w, 2008,s.3

³⁸ Sur, H, Söylemez, D, Özkan, E, Belirgen, M, Toker S, Ercan, H, Hayran, O. (2000). *Hekim ve Hastaların Hasta Haklarına Yaklaşımları*, 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara,s.403

³⁹Karlıkaya, E., "Hasta Hakkı Kavramı, Düşünsel Temelleri, Gereçesi, Tarihsel Gelişi, Başlıca Hasta Hak ve Sorumlulukları", s.15, (10/12/2009)

fikri ne olursa olsun onun yararına davranmak, asla zarar vermemek” düşüncesi temelinde hastaya zarar vereceği inancı ile hastayı bilgilendirmek yüzyıllar boyunca adeta yasaklanmıştır.⁴⁰

Ortaçağ’da hastalık ve hasta kimi zamanlarda şeytanla özdeşleştirilmiş, tanrının günahlardan arınmak için verdiği hastalık cezası karşısında kimi zaman özellikle hiçbir şey yapılmamıştır. İyileştirmek, yaşam vermek Tanrı’nın işidir. Ortaçağ hekimleri de, kendilerini tanrının bir uzantısı sayarak tedavi etmeye çalıştıkları hastaya bu konuda bilgi verme gereğini görmemişlerdir. Müslümanlıkla birlikte ve özellikle de Anadolu Selçukluları ve Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise “Hekim hastasının sorduğu sorulara güzel, doğru sözlerle cevap vermeli, sözlerinde yanlıştan ve şüphecilikten kaçınmalıdır” yaklaşımının gündeme geldiğini görmekteyiz.⁴¹

17. yüzyıl’la başlayan “insanın sırf insan olduğu için haklara sahip olduğu” görüşüyle birlikte, “sağlıklı yaşamak hakkı ve tedavi edilmek” artık yalnızca bilgili hekimce sunulan bir lütuf olarak görülmemeye başlanmış; toplumlar, bireyler devletlerden bu haklarını sağlamaları ve korumalarını talep etmeye başlamışlardır. Hekim, zaman içinde devamlı değişen ve gelişen bakış açısı ile artık “Beyaz Gömlekli Tanrılar” makamından indirilmiş; oldukça farklı konumlara yerleştirilerek artık devletin sağlıklı yaşam hakkını koruma ödevinin bir parçası haline gelmiştir.⁴²

1.2.1.2.20. Yüzyıl’da Hasta Hakları Sürecini Başlatan Gerekçeler

20. yüzyılla birlikte, özellikle de insan haklarına ilişkin ilk yazılı düzenlemelerin de uygulama alanına geçirildiği Amerika Birleşik Devletleri’nde hastalar en azından kendilerine yapılacak konusunda bilgi alma ve izin verme haklarını sorgulamaya başlamışlardır.⁴³

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışma Amerika Birleşik Devletleri’nde başladığı kabul edilir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yılların başında mahkeme

⁴⁰ Özlü, T., a.g.k, 2005, s.151

⁴¹ Karlıkaya, a.g.w, s.24

⁴² Karlıkaya, a.g.w, s.24

⁴³ Sert, G., a.g.k, s.65

kararlarında hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki olduğuna değinilir. Buna göre hasta tıbbi uygulama yetkisi verilmiş hekimden hizmet talep eder. Hekimin bu talebi karşılması sırasında hekime bazı sorumluluklar yüklenir. Tıbbi müdahale öncesi hastanın bilgilendirilip aydınlatılması ve bunun sonucunda onam alması gerekiyordu. Daha önceleri önemsenmeyen aydınlatılmış onam hakkı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkeme kararları ile hasta ve hekim tarafında etik olarak benimsenmiştir. Bunda sonraki süreçte “hastanın özerkliği” kavramı da gündeme gelecektir.⁴⁴

Hasta hakları konusunda diğer bir gelişme Amerika Hastaneler birliği tarafında gerçekleştirilmeliydi. ABD'de 1969'da hastaneler ile ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır.

Bu çalışmalarda bilgilendirilme, aydınlatılmış onam, hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmeleri gibi konular ele alınmıştır. Hasta haklarını kapsamlı bir şekilde ele alan hasta hakları Amerika Hastane Birliği 1972 yılında Hasta Hakları Beyannamesi'ni yayınlamıştır. Hasta hakları ile ilgili olarak yayınlanan ilk belge olarak bilinen bu beyanname ulusal bir beyanname olmasına rağmen günümüzde kabul edilen değerlere yer vermesi nedeniyle hasta hakları için önemli bir belgedir.

1.2.2. HASTA HAKLARININ ÖNEMİ

1.2.2.1. Sağlık Çalışanları Açısından Hasta Hakları

Hasta hakları konusunda yapılan çalışmalarda amaç hekimi suçlamak, sağlık çalışanlarının işlerini zorlaştırmak; onlara soruşturmalar açmak, yargılamak değildir. Amaç; hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması, tüm toplum ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmek için usul ve esasları belirlemektir.⁴⁵

⁴⁴Sert, G., a.g.k, s.21

⁴⁵Karlıkaya, a.g.w, s.25

Hak kavramı hekimle hasta arasındaki buyurgan ilişkiden kaynaklanmaktadır. Eğer bir ilişkide, taraflardan biri, diğerine göre daha güçlü, avantajlı konumda ise karşı tarafın haklarından söz edilir.Tabii ki güçlü olanında çıkarları söz konusudur. Güçlü olanın haklarından çok ödevlerinden söz edilir. Hasta haklarının, sağlık çalışanı haklarıyla birlikte gündeme getirilmesi yanlış algılamalardan kaynaklanmaktadır.⁴⁶

Bir diğer önemli nokta ise hasta hakları sağlık çalışanlarının zaten görevidir. Sağlık alışanlarının hak talep etmesi gereken taraf hastalar değil sağlık politikaları ve bunların mimarı olan politikacı ve yöneticilerdir.

Hekimlerin hastaları karşı taraf olarak algılaması bir yanılsamadır. Hekim ve sağlık çalışanlarını mağdur eden sağlık sistemi hastaları da aynı ölçüde mağdur etmektedir. Biz kendi haklarımızı savunduk sıra hasta haklarına mı geldi eleştirel bir tutumdur. Bu ayrımı yapamayıp “madem bizim hakkımız yok hasta hakları da olmasın” yaklaşımı hiç de makul değildir.⁴⁷

Hasta hakları birimlerini, hasta hakları kuralları ve buralarda çalışan görevlileri, hekim ve diğer hastane personeline savaş ilan etmiş kişiler olarak görmek insafla ve gerçeklerle bağdaşmamaktadır. Sağlıkçıların hastalarına karşı görevleri bilimsel moral ve sosyal görevler diye ayrılabilir. Hastalar için görgü kuralları geçerlidir. Yani güler yüzlülük, saygı, psikolojik yaklaşım, ince davranış gibi.⁴⁸

Sağlık alışanları, hasta karşısında kendilerine ait motivasyonlarla hareket edemezler. Sadece hastanın yararına ve gereksinimini karşılamak üzere çalışırlar. Bu bakımdan sağlık çalışanları ve hastalar arasında sıradan bir satıcı-müşteri ilişkisi kurulamaz. Tam aksine, hastayı sağlığına kavuşturmak üzere çalışan bir ekibin, çok yakın iş birliği yapması gereken, doğal elemanlarıdır.⁴⁹

⁴⁶Özlü.T., a.g.k, 2008, s.18

⁴⁷Aydın, E-Ersoy, N., Tıp Etiği İlkeleri, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr>, (21/03/09)

⁴⁸Öncel, Ö - Namal, A., Yüksek Teknoloji Hekim ve Hasta İlişkisi. Hastanın şikâyet Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinde şeffaflık Talebi, (Uluslararası Katılımlı 2.Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı, İstanbul, s.151

⁴⁹Eliođlu ve Kırmıhoğlu, a.g.k, s38

Böyle yakın bir ilişkide, taraflar kendi hak ve sorumluluklarını bilirlerse, o ölçüde ilişki sağlıklı olur. Aksi halde kim nerede duracağını bilemez çatışmalar, hak ihlalleri ve suçlamalar yaşanır ve taraflar mutsuz olur, hedeflenen amaca ulaşamaz. Bundan dolayıdır ki gerek dünyada gerekse ülkemizde hasta alanındaki çalışmalar, hasta haklarından ziyade sağlık çalışanlarınca yürütülmektedir. Hasta hakları konusundaki gelişmeler, hastalardan gelen taleplere bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Aslında, hastalar için hak olan, biz sağlıkçılar için birer ödevdir.⁵⁰

Hasta hakları alanında kaydedilen gelişmeler hekim ve diğer sağlık çalışanlarının işini kolaylaştırır. Ürettikleri hizmetin, amaçlanan yararı vermesine yardımcı olur. Her gün yaşanan çatışmaları önler sağlık kurumlarını daha kaliteli hale getirir. Hizmet verdikleri kitlenin memnuniyetini elde etmelerini kolaylaştırır. Hasta ve hasta yakınlarından gelen hak talepleri, aslında sağlık çalışanları içinde, kurum yöneticileri içinde yol göstericidir. Hastanın haklarına saygı duyan ve uygulayabilen kurum başarılı olacaktır. Hasta hakları, tıbbi etik ve deontoloji denilen tıp disiplininin temel uğraşı alanına girmektedir. Bu disiplin içinde hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hastalara, refakatçi ve ziyaretçilere karşı görevleri, davranış biçimleri ayrıntılı olarak tanımlanmaktadır.⁵¹

Sağlık çalışanında bulunması gereken nitelikler;

1. Sağlıkçı iyileştirici olmalıdır.
2. Bir hekimde aynı zamanda bir işletmen özelliği de bulunmalıdır.
3. Sağlık çalışanı centilmen ve hanımefendi olmalıdır.
4. Sırdaşlığın yanında danışman vasıfları da olmalıdır.
5. Sağlıkçının hasta karşısında öğretici vasfı da bulunmalıdır.

Bunlara bakıldığında, bugün hasta hakları adı altında gündeme getirilen hemen her konunun işlendiği görülebilir. Hasta haklarını uygulamak sağlık çalışanlarının görevidir; unutulmamalıdır ki hekimler ve sağlık çalışanları da yaşamlarının bir döneminde hasta yada hasta yakını olurlar, dolayısıyla sadece hasta

⁵⁰ Aydın ve Ersoy, a.g.w, 2009

⁵¹ Elçioğlu ve Kırımlıoğlu, a.g.k, s.37

olanlar için değil hasta olabilecek herkes ve aynı zamanda sağlık çalışanları için de geçerlidir.⁵²

Buna göre hasta haklarına karşı duran bir hekim yada sağlık çalışanın tavrı şu anlama gelmektedir. İnsanlar sağlığını koruyup geliştirmemelidir, hastalara karşı ayrımcılık yapılabilir, hasta istediği hekime gitmemelidir, baştan savma ve yanlış tedavi vermek normaldir, hastanın morale ihtiyacı yoktur, hastaların onuru olmaz gibi düşüncelere sahip demektir. Bundan dolayı hekim ve diğer örgütlerin yapması gereken, bir taraftan hasta hakları ile ilgili çalışmalara destek olurken bir taraftan da sağlık hizmetlerinin hasta haklarına uygun bir biçimde oluşturulması için çaba sarf etmektir.⁵³

Hasta hakları çalışanlara barışçıl ortamda çalışma imkânını; her şikâyetten savunma alınmasını önlemesini, sorumluluklarını bilen hastalara hizmet vermelerini; hizmet sunumu esnasında pozitif tutum içerisinde olanları koruma, bunların sayısını artırmayı; eksikliklerin daha sağlıklı belirlenmesi, sorunların çalışanlardan mı sistemden mi kaynaklandığının tespit edilmesini; sağlık çalışanlarının korunması yada yanlış anlaşılmalardan yüzünden gereksiz kovuşturmalardan önlenmesi ve bilinçli bir sağlık çalışanı olmalarını sağlar.

1.2.2.2. Hastalar Açısından Hasta Hakları

Hasta hakları sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık kurumları ve sağlık personeli karşısındaki haklarını tarif eden bir kavramdır. Bu haklar; sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi olan fertlerin sırf insan olmaları nedeniyle sahip buldukları hakları kapsamakta ve gerek ulusal gerekse uluslararası anlaşmalarla teminat altına alınmışlardır. Sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde işler halde olması, toplum sağlığı için birincil koşuldur. Bu nedenle hasta hakları, özellikle son 20 yıl içinde sağlık hizmetleri tartışmalarının ağırlıklı konularından biri olarak ele alınmaya başlanmıştır.⁵⁴

⁵² Elçioğlu ve Kırımlioğlu, a.g.k, s.38

⁵³ Özlü.T., a.g.k, 2008, s.17

⁵⁴ Özlü.T., a.g.k, 2008, s.18

Hasta haklarının başında “herkesin ayrıcılığa uğramadan, gereksindiği tıbbi bakım ve tedavi görme hakkı” yer almaktadır. Bu hizmet birinci basamak sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmesi insanlarımızın sağlık sorunlarının %90’ına kadar varan bir kısmının bu basamakta çözümlenmesini sağlayacak örnek hekim, hemşire-hasta ilişkisinin temeli olan güven ortamı hazırlanmış olacaktır.⁵⁵

Her hastanın “hekimini özgürce seçmesi” hasta hekim ilişkisinin güven ve içtenliğine dayanan bir temel üzerinde kurulmasında önemli bir koşuldur. Bir diğer temel hasta hakkı “hastanın muayene ve tedavi sırasında, tanı ve tedaviye yönelik işlemler üzerinde bilgilendirilmesi ve onayının alınması” hakkıdır.

Sağlık çalışanlarının hastanın anlayacağı biçimde ve dilde aydınlatması bu uyum ve anlaşmanın ön koşuludur. Bu “aydınlatılmış onay” hakkı hekimin hekimin hastasının sağlığı ve tedavisi için en iyi ve en doğruyu yapma kaygısının, hastanın kişi olarak bütünlüğüne ve özerkliğine müdahale boyutlarına ulaşmasını engelleyecektir.

Bir diğer hakkı “hastanın tanıya yönelik bütün prosedürleri ve tedaviyi reddetme hakkı”dır. Hastanın özerkliğinin ve saygınlığının korunmasıdır. Bu hakkı hastaya teslim etmek hekim için kolay olmayacaktır, hastanın hekim seçme ile başlayan güvenli ve içten ilişki ortamı buna zemin hazırlayacaktır. Bu zemini sağlamlaştıracak bir diğer hak “hastanın hastalığı ve özel yaşantısı ile ilgili bilgilerin gizli tutulması hakkı”dır.⁵⁶ Hastalar genellikle bu paylaşımlarını hekimden çekindikleri için hemşire ile yaparlar.

Hasta haklarının uygulanmasında, hastaların konuya ilişkin istemlerinin de önemli olduğu bilinmektedir. Ancak bireyin kendisi için en iyi olanı seçemediği durumlarda yardıma ihtiyacı vardır. Hastalar, genellikle hakları ile ilgili bilgi sahibi olmadıklarından, bu haklarını nasıl elde edecekleri konusunda bir rehber ihtiyacı duyulmaktadır. Hasta ile hekim arasındaki iletişimin sınırlı olması, hekimin

⁵⁵Karagülle, M., *Hekim ve Hasta İlişkisi Açısından Hasta Hakları*, (Ed.A.Terzioğlu), Tıbbi Etik Yıllığı, VI. Tıbbi Etik Sempozyumu’na Sunulan Bildirgeler, İstanbul, s.17

⁵⁶ Özlü, T., a.g.k, 2008, s.19

isteklerini reddetmesini, bağımsız karar vermesini ve soru sormasını engelleyen önemli bir faktördür. Bu nedenle hemşirelerin hastalarla daha fazla zaman geçirmesi ve ilgilenmesinden dolayı, hastalara yardımcı olabilmek ve rehberlik rolü diğer ekip üyelerinden daha uygundur. Hemşire-hasta ilişkisi, hasta bakım sürecinde odak noktayı oluşturmaktadır. Bu anlamda hemşire, hem iyi bir pratisyen, hem de iyi bir teoriyensen olmalıdır.

Hemşire tüm temel bilimlerden aldığı bilgileri, nasıl tedavi edici hizmetlerini verirken ve hastayı anlamaya çalışırken kullanıyorsa, hasta haklarına yönelik bilgilerini de hemşirelik yetenekleriyle birleştirip hastalara vereceği tüm bakım ve eğitimde kullanmalıdır.

Sağlıkçıların görevi hastayı iyileştirmek ve yaşatmaktır. Hastanın kişisel özerkliği, saygınlığı, onuru ve bütünlüğünü zedelemekten kaçınabilmek hakkı vardır. Bu hakkı sadece ötanazi kapsamında düşünmek yanlış olur, bu hak ile amaçlanan özellikle ölümün kaçınılmaz olduğu anlarda hastanın saygınlığının korunmaya çalışılmasıdır.

Bird ve Cohen-Cole hasta ilişkilerinin de hekimin ve sağlık çalışanlarının dikkat etmesi gerekenler;⁵⁷

1. Empati göstermek
2. Hastanın kendisi ile ilgili verdiği bilgileri anlama ve bunları kabullenme
3. Olayın psikolojik durumunu düzeltmeğe çalışarak moral yükseltme
4. Hekim – hasta işbirliğine hastanın katılımını sağlama

Bunların yanında hastalarında hakları olduğu kadar uymaları gereken sorumluluklar vardır.

1. Genel Sorumluluklar

1.1. Kişiler kendi sağlığına dikkat etmek için elinden geleni yapmalı ve sağlıklı bir yaşam için verilen tavsiyelere uymalıdır.

⁵⁷ Aydın, E., a.g.m, 2003, s.142

1.2. Kişi uygunsa kan verebilir ya da organ bağışında bulunabilir

1.3. Basit durumlarda kişiler kendi bakımlarını yapmalıdır.

2. Sosyal Güvenlik Durumu

2.1. Hasta; sağlık, sosyal güvenlik ve kişisel bilgilerindeki değişiklikleri zamanında bildirmek durumundadır.

2.2. Hasta; sağlık karnesinin (Bağ-Kur, Yeşil Kart gibi) vizesini zamanında yaptırmak zorundadır.

3. Sağlık Çalışanlarını Bilgilendirme

3.1. Hasta; yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, yatarak herhangi bir tedavi görüp görmediğini, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve tüm sağlığıyla ilgili bilgileri tam, eksiksiz vermelidir.

4. Hastane Kurallarına Uyma

4.1. Hasta; başvurduğu sağlık kuruluşunun kural ve uygulamalarına uymalıdır.

4.1. Hasta sağlık Bakanlığı ve diğer sosyal güvenlik kurumlarınca belirlenen sevk zincirine uymalıdır.

4.2. Hastanın; tedavi, bakım ve iyileştirme sürecince sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olması beklenir.

4.3. Hasta; randevulu hizmet veren bir sağlık tesisinden yararlanıyorsa randevunun tarih ve saatine uyması ve değişiklikleri ilgili yere bildirmesi gerekir.

4.4. Hasta; hastane personelinin, diğer hastaların ve ziyaretçilerin haklarına saygı göstermelidir.

4.5. Hasta; hastane malzemelerine verdiği zararları karşılamak zorundadır.

5. Tedavisi İle İlgili Önerilere Uyma

5.1. Hasta; tedavisi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır.

5.2. Hastanın; tedavisiyle ilgili önerilere uyum sağlayamama durumu söz konusu ise bunu sağlık çalışanına bildirmesi gerekir.

5.3. Hasta sağlık bakım ve taburculuk sonrası bakım planını beklediği gibi doğru anlayıp anlamadığını belirtmesi gerekir.

5.4. Hasta; uygulanacak tedaviyi reddetmesi veya önerilere uymamasından dolayı doğacak sonuçlardan kendisi sorumludur.

Hastaların, bu yükümlülüklerini yerine getirmeleri halinde gereksinimleri olan hizmeti daha hızlı ve kolay almaları mümkün olacaktır. Aksi takdirde, hekim ve sağlık çalışanlarıyla hasta ve hasta yakınları arasında gereksiz tartışma ve gerginlikler, zaman kaybı ve stres olacaktır. Unutulmamalıdır ki sağlık çalışanı ve hastalar rakip değildir tam aksine aynı amacı gerçekleştirmeye çalışan bir ekibin doğal elemanlarıdır. Hastanın talebi sağlığına kavuşmak, hekimin amacında hastasını sağlığına kavuşturmadır. Bu ortak hedef doğrultusunda karşılıklı iyi niyet, empati ve saygı çerçevesinde optimal bir ilişkinin sürdürülmesi ile amaca ulaşıla bilinir.⁵⁸

“Hastaların sağlık hizmetlerindeki beklentileri iki sınıf altında toplanabilir”.⁵⁹

1. Hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine yönelik beklentileri; İnsanlar hasta olduklarında, hastaneye gitmek, doktora muayene olmak, gerekli tıbbi tetkikler yaptırmak, hastalığının teşhisinin konulması ve tedavi olmak isterler. Hastalığı ile ilgili tıbbi gereklere uygun sağlık hizmeti almayı isterler. Hastaların almak istedikleri şey tıbbi hizmettir. Tıbbi hizmetleri teknik kaliteyle belirler. Hastalar tarafından ölçülmesi çoğu kez mümkün değildir. Hastaya yapılan tıbbi müdahalenin gerekliliğine ve kurallara uygun yapıp yapılmadığına uzmanlar karar verebilirler.

2. Sağlık hizmetini alma süreciyle ilgili beklentileri; Hastalar tıbbi hizmetleri alırken, kendilerine bilgi verilmesini, kendiyle ilgili yapılacak işlemlerde kararlara katılmayı, tercih hakkını kullanmayı ve insani değerler içerisinde bir konfor ve güven içerisinde olmayı beklerler. Bu beklentilerde algılanan kaliteyle ilgili beklentilerdir. Dolayısıyla algılanan kaliteyle ilgili beklentileri, bilgi alma, kendiyle ilgili kararlara

⁵⁸Aydın, E., a.g.m, 2003, s.142

⁵⁹Bostan, S., Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu, Sağlık Hakkı Dergisi, Cilt(C)1, Sayı (S)1, 2006, s.7

katılma ve tercih hakkını kullanma ve yönetsel hizmetler olarak sınıflamak mümkündür.

1.2.3.ULUSLARARASI BİLDİRGELERDE HASTA HAKLARI

Hasta hakları ile genel gelişmelerin ardından uluslar arası platformda da hasta hakları konusunda bildirgeler de yayınlanmıştır.

1.2.3.1. Lizbon Bildirgesi (1981)

1.2.3.2. Amsterdam Bildirgesi (1994)

1.2.3.3. Bali Bildirgesi (Eylül 1995)

1.2.3.1. LİZBON BİLDİRGESİ (1981)

Hekim, pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak her koşulda vicdanının sesini dinleyerek hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirge hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar veya hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlardan hekimler uygun yollarla bu uygulamaları düzeltmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmalıdır.⁶⁰

Hasta hakları ile ilk uluslar arası belge ;Dünya Tıp Birliği'nin 34.Genel Kurulu'nda Benimsendiği (Eylül – Ekim 1981) “Lizbon bildirgesi”dir.⁶¹

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
3. Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.
4. Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir.
5. Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir.

⁶⁰ Sert,G, a.g.k s.68

⁶¹ s.68

6. Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme yada reddetme hakkına sahiptir.

Lizbon hasta hakları bildirisi hasta lehine olan tüm bu gelişmelere ek olarak Cruzan davasındaki gibi hastaların yaşamları ile ilgili kararların verilmesinde aile üyelerinin de gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır. Bunun sonucunda da 1989'da kabul edilen "hastanın kendi durumunu belirleme hakkı yasası" 1991'de uygulamaya koyulmuştur.⁶²

Hastaların hakları yadsınıyorsa, hekimler bu hakları elde edebilmek yada onarabilmek uygun yollar aramalıdır. Dünya Tabipler Birliği, 1981 Lizbon hasta hakları bildirgesi ile hekimleri hasta hakları içinde "savaşım" vermeye çağırıyordu.

Lizbon Bildirgesi'nin çizdiği bu genel çerçeve hasta hakları açısından önemli bir adımdır. Ancak tıbbın, teknolojinin de desteğiyle hızla ilerlemesi ve gelişen iletişim olanaklarıyla tıp bilgisinin yaygınlaşması bu bildirgenin kısa zamanda geliştirilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır. Bu gereksinim sonucu Lizbon Bildirgesi, Eylül 1995 tarihinde Bali toplantısında gözden geçirilmiş ve daha kapsamlı bir metne dönüştürülmüştür. Lizbon Bildirgesi'nin Bali'de genişletilmiş biçimi "Bali Bildirgesi" altı öğeden oluşan Lizbon Bildirgesi'ni on bir öğeye çıkarılmıştır.⁶³

1.2.3.2. AVRUPA'DA HASTA HAKLARININ GELİŞTİRİLMESİ AMSTERDAM BİLDİRGESİ (28-30 MART 1994)

Hasta hakları ile ilgili hazırlanan bir diğer uluslar arası belge 1994'te Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa birimi tarafından yayınlanan, Özgün adı "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" olan Amsterdam Bildirgesidir. Bildirge 28-30 Mart 1994 tarihleri arasında Amsterdam'da gerçekleştirilen "hasta hakları konusunda Avrupa danışmanlığı" konulu toplantıda kabul edilmiştir.⁶⁴

⁶² Elçioğlu ve Erdemir, a.g.k, 2003, s.94

⁶³ Oğuz, N. Y., Hasta Hakları Alanındaki Çalışmalar ve Değişen Değerler, Tklin Tıbbi Etik Dergisi, Ankara, s.51

⁶⁴ Sert,G., a.g.k, 2006, s.71

Amsterdam bildirgesi'nin Avrupa'yı kapsayacak şekilde sınırlanması eleştirilebilir. Bu bildirgedeki kuralların uygulanmasının zorluğu açık olsa da bu bildirgedeki kuralların Avrupa coğrafyası ile sınırlanması bu coğrafya dışında kalan diğer ülkelerin bu konudaki çabalarını azaltabilir. Dünya Sağlık Örgütü, bu bildirgeden sonraki hasta hakları ile çalışmalarını diğer ülkeleri de kapsayacak şekilde yürütmüştür.

Bildirge; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Ekonomik ve Toplumsal ve Kültürel Haklar uluslararası belgelerine dayanılarak hazırlanmıştır. Bildirgede sağlık bakımında insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onam, mahremiyet ve özel yaşam, bakım ve tedavi, başvuru başlıkları adı altında ayrıntılı ele alınmıştır.⁶⁵

1. Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri:

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

1.2. Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.

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

1.4. Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.

1.5. Herkesin, kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilmesini isteme hakkı vardır.

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

Amsterdam Bildirgesi'nde sağlık hakkı tanımlanmakta ve bu hak doğrultusunda benimsenecek yönetsel yaklaşımlar vurgulanmaktadır. Bu amaçla sağlık politikalarını üretme durumunda olan kurumlara yönelik önerilere de yer verilmektedir. Sınırlı sağlık kaynaklarının hakça paylaşılması da bu bağlamda ele alınarak vurgulanmaktadır.

⁶⁵Elçioğlu vd, a.g.k, s.95

Bütün bu kaygılan taşınması nedeniyle Amsterdam Bildirgesi'nin daha sosyal bir yaklaşım içinde olduğu öne sürülebilir. Ancak burada bildireleri hazırlayan kuruluşların özelliklerini de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü devletler düzeyinde etkinlik gösterdiğinden, bu tür bir yaklaşımı benimsemesi doğaldır. Dünya Hekimler Birliği ise, meslek örgütlerinin gönüllü katılımı ile oluşturulmuş bir örgüt olarak, daha çok sağlık uğraşının gündelik işleyişinde ve uygulanması sırasında ortaya çıkan yararsal sorunlara yönelmiştir. Bu nedenle bu örgüt tarafından hazırlanan bildirgenin içeriği sağlık çalışanlarının toplumsal gücü ile sınırlandırılmıştır.⁶⁶

2. Bilgilendirme

2.1. Sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin en iyi nasıl kullanılabilceği konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.

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

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

2.4. Bilgi hastanın anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı terim terminoloji kullanımı en aza indirerek iletilmelidir. Hasta ortak dil konuşamıyorsa çeviri yapılabilir.

2.5. Hastalar kesin olarak belirttikleri takdirde, bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler.

2.6. Hastalar kendi yerlerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

2.7. Hastalar ikinci bir görüş alma hakkına sahip olmalıdır.

⁶⁶ Oğuz,N., a.g.m, s.53

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

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

Amsterdam Bildirgesi'ne göre hasta, sağlık ekibinin kimliği, mesleki durumu, o kurumda kaldığı sürece uyacağı kurallar ve gündelik işlemler konusunda bilgilendirilmelidir. Hastanın kuruma kabul edildiği anda verilen bu bilgilere ek olarak, kurumdan ayrılırken de tanı, tedavi ve bakım ile ilgili bilgileri içeren bir yazılı belge isteme ve alma olanağı sağlanmalıdır. Genel olarak değerlendirildiğinde Amsterdam Bildirgesi'nde hastanın bilgilendirilmesi konusunun daha ayrıntılı olarak düzenlendiği söylenebilir.⁶⁷

3. Onay

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

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

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

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

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

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

⁶⁷ Oğuz, N., a.g.m, s.54

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

3.8. İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için hasta onayı gereklidir. Tanı ve tedavi ve hasta bakımı için madde kullanımı gereken durumlarda onayın olduğu kabul edilerek davranılabilir.

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

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

4. Mahremiyet ve Özel Hayat

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

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

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

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

4.5. Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması

durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.

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

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

4.8. Sağlık kurumlarına başvuran hastalar, kişisel bakımlarını yapacak personelinin veya muayene ve tedavilerini yapacak kurumların, özel hayatlarının korunmasını sağlayan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptirler.

5. Bakım ve Tedavi

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

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

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

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

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

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

5.7. Tıbbi nedenlerle sağlık kurumlarında daha fazla kalması gerekmeyen hastalara başka bir sağlık kurumuna veya eve gönderilmeden önce durumları tam

olarak açıklanmalıdır. Başka bir sağlık kurumuna nakil, ancak o sağlık kurumunun hastayı kabul etmesi durumunda yapılabilir. Durumları evine gönderilmesine uygun olan hastalar için ayaktan ve evde bakım hizmetleri olmalıdır.

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

5.9. Hastaların, bakım ve tedavileri süresince arkadaşları, akrabaları ve aileleri tarafından desteklenme ve her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakları vardır.

5.10. Hastalar, son bilgilerin ışığında çektikleri acıların dindirilmesi hakkına sahiptir.

5.11. Hastaların, yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, saygın biçimde ölme hakkı olmalıdır.

6. Başvuru

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

6.2. Bu hakların kullanılması ayırım olmaksızın sağlanmalıdır.

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

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

6.5. Hastalar, bu belgede belirtilen hakların uygulanması ile ilgili bilgi ve önerilere ulaşabilmelidirler. Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde, şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar bulunmalıdır.

Bu mekanizmalar şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanları sağlamalıdır. Bu mekanizmalar bunların ötesinde

hasta adına savunma ve yardım imkanlarını gerekirse sağlamalıdır. Hastaların şikâyetlerinin değerlendirilmesine ve sonuç hakkında bilgilendirmeye hakkı vardır. ⁶⁸

7.Tanımlar

Hastalar: Sağlıklı veya hasta olarak sağlık hizmetini kullananlar.

Ayrımcılık: Irk, cinsiyet, din, politik görüş, ulusal veya toplumsal köken, ulusal azınlık statüsünde topluluk veya kişisel antipati temelinde kişilere farklı davranmak.

Sağlık Bakımı: Sağlık kurumları veya sağlık personeli tarafından verilen tıbbi, hemşirelik veya benzeri hizmetler.

Tıbbi Girişim: Hekim veya diğer dağlık personeli tarafından, rehabilitasyon, önlem, tedavi veya tanı amacıyla yapılan herhangi bir muayene, tedavi veya diğer aktiviteler.

Sağlık Kurumu: Hastane, hemşire evi gibi herhangi bir sağlık bakımı ile uğraşan kurum veya sakatlar için olan kurumlar.

Son Bakım: Mevcut tedavi yöntemleri ile daha fazla iyileştirilmesi mümkün olmayan ölümlü hastalara ve ölüme yakın kişilere verilen bakım.

⁶⁸Aydın, E., a.g.m, 2003, s.65

1.2.3.3. BALI BİLDİRGESİ (EYLÜL 1995)

Dünya Tabipler Birliği'nin Eylül 1995, Bali, Endonezya'da yapılan toplantısında kabul edilmiştir.

İLKELER

1. Kaliteli tıbbi bakım hakkı

1.1. Her insan ayrımcılık yapılmaksızın yeterli tıbbi bakım görme hakkına sahiptir.

1.2. Her hasta herhangi bir dış müdahale olmaksızın özgürce klinik ve etik kararlar verdiğini bilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.

1.3. Hasta her zaman yararına en uygun biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi genel kabul gören tıbbi ilkelere uygun olmalıdır.

1.4. Kalitenin sağlanması her zaman sağlık bakım sisteminin bir parçası olmalıdır. Özellikle hekimler tıbbi hizmetlerde kalitenin sağlanmasında sorumluluklarını kabul etmelidir.

1.5. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda potansiyel hastalar arasında bir seçim yapılması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır.

1.6. Hasta sağlık bakımı sürekliliği hakkına sahiptir. Hekimin hastayı tedavi eden diğer sağlık kurumları ile koordinasyon sağlama yükümlülüğü vardır. Hekim ileri tedavi endikasyonu olan durumlarda hastaya yeterli destek ve tedavi için seçenekler sunmadan uygulanmakta olan tedaviyi sonlandıramaz.

2. Seçim yapma özgürlüğü

2.1 Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

2.2. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.

Hastanın seçme özgürlüğüyle ilgili en önemli etik ikilemlerden birini içeren özkıyım durumu "Bali Bildirgesi"nde özellikle vurgulanmaktadır. Bu konuda Amsterdam Bildirgesi'nde herhangi bir ilke bulunmamaktadır.⁶⁹

3. Kendi kaderini belirleme hakkı

3.1. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür.

3.3. Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli şekilde bilgilendirilmeye hakkı vardır. Hasta uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır.

3.4. Hastanın klinik çalışmalara veya tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.

4. Bilinci kapalı hasta

4.1. Bilinci kapalı veya iradesini ifade edebilme durumunda olmayan hastalarda hastanın bilgilendirilmiş onayı en uygun zamanda yasal temsilcisinden alınmalıdır.

4.2. Yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi girişim gereken durumlarda daha önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir.

4.3. Bununla birlikte bir intihar girişimi söz konusu ise hekimler her zaman bilinci kapalı bir hastanın yaşamını kurtarmaya gayret etmelidir.

⁶⁹Oğuz, N., a.g.m, s.54

5. Yasal ehliyeti olmayan hasta

5.1. Hasta çocuk ise veya yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilcinin onayının alınması gereklidir. Bununla beraber bu hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.

5.2. Eğer yasal ehliyeti olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır.

5.3. Yasal temsilcinin veya hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise karar yasal mercilere bırakılmalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına davranacaktır.

Hastadan onam alınması ile ilgili bölüm, Amsterdam Bildirgesi'nde oldukça karışıktır ve iyi sınıflandırılmamıştır. Bu bakımdan "Bali Bildirgesi" daha ayrıntılıdır. Bu bildirgedeki onam bölümü sağlık çalışanlarını karşılaşılabilecekleri her durumda benimseyecekleri etik davranış biçiminin ilkelerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. "Bali Bildirgesi"ndeki yaklaşım, hastaya tıp açısından bakılmasının izlerini taşımaktadır. Tıp açısından hasta, aynı zamanda bir değerlendirme nesnesidir. Bildirge ilkeleri bu değerlendirmeyi önemli ölçüde göz önünde tutarak belirlemektedir, tikelerin dile getiriliş ve sınıflandırılış biçimi de bu eğilimi yansıtmaktadır.⁷⁰

6. Hastanın isteğine karşın yapılan girişimler

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

⁷⁰ Oğuz, N., a.g.m, s.54

7. Bilgilendirme hakkı

7.1. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiye ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.

7.2. İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin onun yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir.

7.3. Bilgilendirme yerel kùltüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.

7.4. Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.

7.5. Hastalar kendileri yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

8. Gizlilik hakkı

5.1. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. İstisna olarak hasta yakınlarının kendileri ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşabilme hakkı olabilir.

8.2. Gizli bilgiler sadece hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir.

8.3. Hastanın kimliğine ait tüm bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır. Bu tür verilerin alındığı insan ürünleri de aynı şekilde korunmalıdır.

9. Sağlık eğitimi hakkı

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

vurgulanmalıdır. Hekimleri aktif olarak eğitim çalışmalarına katılma yükümlülüğü vardır.

10. Onur hakkı

10.1. Tüm tıbbi bakım ve eğitim sürecinde hastanın onuruna ve özel yaşamına onun kültür ve değerleri göz önüne alınarak saygı gösterilmelidir.

10.2. Hastalar son bilgilerin ışığında acılarının dindirilmesi hakkına sahiptirler.

10.3. Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptirler.

11. Dini destek hakkı

Hasta kendi dinlerine uygun bir dini temsilcinin ruhi ve moral tesellisini kabul veya reddetme hakkına sahiptir.⁷¹

Hasta hakları konusunda yayınlanan bildireler bazı hasta haklarına farklı yaklaşımda bulunsa amaç hakları korumaya yöneliktir. Uluslar arası alanda yayınlanan bu bildireler, ülkelerin hasta haklarının sağlanması yönündeki çalışmalara öneriler niteliğinde kurallar sunması ve bu konuda yol göstermesi bakımından önemlidir.

Sonuç olarak; gerek Amsterdam Bildirgesi, gerekse “Bali Bildirgesi” hasta hakları alanında önemli katkılar sağlamaktadır. Amsterdam Bildirgesi'nin yönetsel konuları ele alışı ve sosyal yaklaşımı açısından daha olumlu olmasına karşın, uygulama alanında kimi sınırlılıkları olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Bu bakımdan “Bali Bildirgesi” daha yararsal ve gerçekçi görünmektedir.

⁷¹ Sütlaş, M, a.g.m, (15.03.2009)

Gerçekten de tıp etiği alanında sıkça gündeme gelen “sarkaç” meta formuna uygun biçimde belirtirsek bugün daha dengeli bir bireyselliğe ve daha gerçekçi bir "özerkliğe saygı ilkesi" uygulamasına yönelim söz konusudur. Kuşkusuz bu eğilim hasta hakları alanındaki çalışmalara da yansımaktadır.⁷²

1.2.4. ETİK İLKELER İŞİĞİN'DA HASTA HAKLARI

Felsefenin, yani insan düşüncesinin, hayatı sorgulamasının bir dalı olan etik, bütün etkinlik, eylem ve amaçların ahlaki açıdan temellen dirilmesi, neyin yapılacağı ya da yapılamayacağı; neyin isteneceği yada istenemeyeceğinin; neye sahip olunacağı ya da olunmayacağı; bilinmesi; görünenlere farklı bir perspektiften bakıp, onları iki yerine üç boyutlu değerlendirmek veya başka bir deyişle perde arkasını görmek olarak tanımlanabilir.⁷³

Etiğin tanımı Türkiye’de önemli ve anlamlıdır. Etik 2500 yıldan beri felsefede varolan felsefenin etkinliklerinden birisidir. Burada çok kısa tanımlama ile etik, insan tutum ve davranışlarının iyi (doğru) yada kötü (yanlış) yönden değerlendirilmesi çalışmalarıdır. Etik, insan eylemlerini konu alır. Etiğin konusunu her türlü insan faaliyeti ve eylemi değil öncelikle ahlakiliği vurgulayan eylemler oluşturur. İnsan davranışlarının karşı tarafa yansıyan iyi yada kötü yansımaları bulunmaktadır. Dürüstlük, yardımseverlik, sadakat vb. bunlar hep iyi davranışlardır. Hırsızlık, yalancılık, sahtekârlık, hile ve cana kıymak vb. bunlar da kötü davranışlar. Biz günlük hayatımızda hep birbirimizin davranışını etik yönden değerlendirebiliriz. İyi insandır veya kötü insandır.⁷⁴

Günümüzde ilkelerin, tıp etiği alanında yer alan değişik tanımlamalar, akıl yürütmeler, değerlendirmeler ve çözüm önerilerinde merkezi bir rol oynadığını görmekteyiz. Etik dünyasında karşımıza çıkan kurallar yada kişisel görüşler kendilerini kabul ettirebilmek için belli ilkelere dayanak yada onları rehber edinmektedirler.

⁷²Oğuz, a.g.m, s.55

⁷³Sütlaş, M, a.g.w, (15.03.2009)

⁷⁴Aydın, E.,<http://sbu.saglik.gov.tr/>, (21/03/09)

Demek oluyor ki, etik görüşümüzün etik yönden benimsenebilir, savunulabilir olması için onun kimi zaman bir ilke üzerine oturması gerekmektedir. Özel, tek durum ve kuralların, bir ilkeye dayandırılması sonuçta, kişilere ait tutum ve davranışların etik yönden haklı, doğru bulunmasına destek olmaktadır. Başka bir anlatım ile ilkeler eylemlerimizde bize yol göstererek rehberlik etmektedir. Ayrıca ilkelere uygun davranışlar geliştirilmesi, yalnız tutum ve davranışların etik yönünden onaylanır olmasını getirmekle kalmaz, aynı zamanda toplumda benimsenebilir, genel yaklaşım biçimlerine uygunluğundan dolayı onları yasalar karşısında savunulabilir kılar.⁷⁵

Etik ilkeler insanın kuruntuya kapılmaktan alıkoyan ortak bir noktaya götürür; bizi gerçek çıkarlarımızla ve ödevlerimizi gerçekleştirmek arasındaki özel bağıntıyı göstererek mutlu olmanın yolları üstüne kesin araçlar sağlar.

Etik ilkeler ortaya atmak zor değildir çünkü ilke olarak genellikle onlara karşı çıkılmaz. İlkeler olacağı gibi kurallarda olmalıdır. Kuralların yokluğu anarşiye neden olur.

Ricoeur'e göre ;⁷⁶

İnsan ahlak sahibi olmak için önce etik sahibi olmalıdır. Etik amaç kuralın eleğinden geçmelidir. Her ne zaman kural uyulama da çıkmaza girerse amaca başvurmak kabul edilebilir bir yoldur.

Bu saptamalar etik amaç ile ahlaki kural arasında bir ayırım ortaya koymayı hedeflemektedir. Etik amaç Aristocu düşünceye dayanan iyi yaşamı hedeflemek olarak tanımlanır. Ahlaki norm ise Kantçı tutuculuk üzerine kurulur. Ancak etik sorunların çözümünde ilkelere olan ihtiyacımızı göz önüne sermek bakımından Ricoeur'un savı önemli bir saptama olarak karşımıza çıkar.

⁷⁵ Özlü, T., a.g.k, 2008, s.19

⁷⁶ Özlü, T., a.g.k, 2008, s.20

1.2.4.1 İLKECİLİK

İlkecilik; ilkelere dayalı etik yaklaşımlar tek ve mutlak bir ilke yerine normatif önermelerin dayandırılabilceği bir dizi mutlak kaygısı gütmeyen ilkeleri ortaya koyarlar.⁷⁷

İlkeciliğin doğuşu 1970'lerin başında tarihlenmektedir. İlkeleri çok daha iyi değerlendirebilmek için eskilere gitmek yararlı olabilir. Tıp etiğinde özellikle son yıllarda yoğun biçimde kullanılmakta olan ilke kavramı ve onun öğelerini Hippocrates'e kadar uzatmak genel kabul görmüş bir tutumdur.⁷⁸

Sadakat

Yanlış düzeltme

Adalet

Zarar vermeme

Minnettarlık

Yapılan yanlış düzeltme

Kendini geliştirmedir.

Downie ve Calman, Beauchamp ve Childress, Veatch, Macer tarafından da özerlik, zarar vermeme, yararlı olma ve adalet ilkeleri biyoetiğin temel ilkeleri olarak bu alanda çalışan kişilerce henüz cevabı verilmemiş, çözümü belirlenmemiş ve kurala bağlanmamış sorunların çözümlenmesinde farklı isim ve benzer içerikler ile karşımıza çıkmaktadır.⁷⁹

Dört ilke yaklaşımı, sağlık bakımındaki etik konular hakkında düşünmek için basit, kolay bulunan ve tarafsız bir bakış açısı sunar. 4 ilke düzenlenmemiş kurallar vermemesine rağmen bu ilkeler doktor ve sağlık çalışanlarına ahlaki konularda düşünmelerinde ve karar vermelerinde yardımcı olabilir. Evrenselliğin zıddı

⁷⁷ Özlü, T., a.g.k, 2008, s.28

⁷⁸ Elçioğlu vd, a.g.k, s.29

⁷⁹ Aydın ve Ersoy, a.g.w, 2009

göreceliktir. Biyoetiğin evrensel prensipleri olsa bile ahlaki kurallar zamana ve topluma bağlı olarak değişir.⁸⁰

Günümüzde tıp etiği etkinliği içerisinde çok sayıda değerden söz edilmektedir. Yaklaşık son 25 yıl içerisinde tıp etiğinde geliştirilen “İlkesel” yaklaşım çerçevesinde dört temel tıp etiği ilkesi mevcuttur. Bunlar yararlılık, Zarar vermeme, hasta özerkliğine saygı ve adalet ilkeleridir.⁸¹

1.2.4.2. YARARLILIK İLKESİ

“Tıp etiğinde hastaya öncelikle ve her şeyin üzerinde yararlı olmayı öngörür. Etik duyarlılık hiç şüphesiz önem verme ile yakından ilgilidir.”⁸²

Türkçe'de "Yararlılık" olarak kullandığımız İngilizce'deki "beneficence" kelimesi, bu dilde merhamet, iyilikseverlik, hayırseverlik anlamlarına gelmektedir. Fedakarlık, sevgi ve insaniyet de bu anlamdaki "yararlılık" kavramının kapsamındaki ifadelerdir. "Yararlılık ilkesi" ise, başkalarına yararlı olmanın etik bir yükümlülük olarak kabul edilmesidir. Birçok yararlı eylem bir yükümlülük konusu değildir. Ama "yararlılık ilkesi," başkalarına yardım etmeyi meşru zeminde bir yükümlülük haline getirmektedir.⁸³

Hipokratik etik geleneğinin başladığı Milat öncesinden günümüz yıllarına kadar hekim-hasta ilişkisinin temel ilkesi hastaya zarar vermemek ve aynı bağlamda yararlı olmaktır. Hasta, sağlığı ile ilgili bir rahatsızlığının giderilmesi amacıyla hekime başvurduğunda hekim ile hasta arasında bir tür “sözleşme” durumu ortaya çıkar. Adı konmayan bu sözleşmenin doğrultusunda hastanın yarar görmesi vazgeçilemez hedeftir. Bunun için hekimin, her koşulda hastasının yarar ve iyiliğini birincil değerde görmesi gerekir ki bunun yolu da onun hayati sorumluluğunu üzerine almasıdır Hekimin hastasına yararlı olmak için çabalaması bir ilke olarak bugün de varlığını sürdürmektedir. Ancak değişen dünya koşulları ve değerleri çerçevesinde bu ilkeye mutlak bağlılık artık yeterli gelmemektedir.

⁸⁰ Elçioğlu vd, a.g.k, s.30

⁸¹ Aydın, E., a.g.w, 2009

⁸² Elçioğlu vd, a.g.k, 2003, s.30

⁸³ s.31

Görülmektedir ki, yeni ilke ve değerler hekim-hasta ilişkisinin etik boyutunda kendini göstermekte ve başka etik unsurlar denklemlenmektedir. Hekim-hasta ilişkisinde hasta yararı tıp etiğinde tek ve mutlak bir ilke olmaktan çıkma sürecine girmiştir. Yararlılık ilkesi günümüzde artık öteki ilkelerle karşılıklı “yarışan” bir ilkedir”.⁸⁴

Yararlılık ve yardımseverlik bazı etik teorilerde merkezi bir oynamaktadır. Tıp etiğinde yararlı olma ilkesi “mutlak yararlı olmak” ve “yarar ve zararın” dengelenmesi de değerlendirilebileceğimiz iki ayrı ilkeyi kapamaktadır.⁸⁵

Yararlılık ilkesi, öteki tüm ilkeleri kapsayacak olmasa bile yararlı olmak, zarara engel olmak ve yarar ve zararı dengelemek kavramları tıp etiğinde merkezi rol oynarlar. Çünkü ahlaki yaşam belli bir risk olmadan yararlı durumu sağlamak yada zararı elimine etmek fırsatını insanlara tanımamaktadır.⁸⁶

Yararlı olmanın mecburi birkaç kuralı etik davranışlarımızın önemli bölümünü oluşturur. Yararlı olmanın kurallarına verilebilecek bazı örnekler şunlardır:

- Başkalarının haklarını korumak ve savunmak
- Oluşabilecek bir zarardan korumak
- Başkalarına zarar verecek koşulları kaldırmak
- Mağdur durumdaki kişilere yardımcı olmak
- Tehlikedeki insanları kurtarmak

Günümüzde yararlılık ilkesinin sınırlarının, bir ölçüde de olsa özerklik ilkesi ile çizildiği görülmektedir. Beauchamp ve Childress "yararlı olma yükümlülüğü" nü şu şekilde sınıflandırmışlardır.⁸⁷

1. Y bireyi önemli zarar ve kayıp tehlikesi altındadır.
2. X bireyinin eylemi bu zararı ve kaybını engellemek için gereklidir.
3. X bireyinin eylemi söz konusu zarar yada kaybı engelleyebilir.

⁸⁴ Aydın, E., a.g.m, 2003, s.92

⁸⁵ Elçioğlu vd, a.g.k, s.31

⁸⁶ s.32

⁸⁷ Aydın ve Ersoy, a.g.w, 2003, s.93

4. X bireyinin eylemi kendisine önemli bir tehlike getirmeyebilir.

5. Y bireyinin yararı olasılıkla X bireyinin göreceği zarardan daha ustun olabilir.

Yararlılık ilkesinin acık tanımlarına rağmen zarar vermeme ilkesi ile karıştırılabildiği görülmüştür. Tanımı içerisinde gecen, zararları önleme ve ortadan kaldırma gibi ifadeler, böyle bir sonucun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yararlılık ilkesinin amacının hastanın en yüksek çıkarını sağlamak olduğu göz ardı edilmemelidir. Bunu yaparken eylemin yöneldiği kişi açısından yararlı olan eylemi seçmek ve paternalist bir tutumdan kaçınarak özerkliğe zarar vermemek gerekmektedir.⁸⁸

Bu da paternalistik yaklaşımı haklı çıkararak bir yapı olarak görülmektedir. Bireyselliğin ön planda değerlendirildiği pek çok batı ülkesinde yararlı olma, zarar vermeme ilkeleri özerkliğe saygı ilkesi ile değerlendirilmekte ve paternalistik tutum benimsenmemektedir.⁸⁹

Hasta ve hasta yakınları da, sağlık çalışanlarına ve kurumlarına zarar verecek bir davranış içerisinde bulunamazlar. Sağlık çalışanının beden ve ruh sağlığına, konfor ve özel yaşamına; mesai ve sorumluluk alanına saygı gösterilmemesi, meslek etiği, yasalar ve vicdanı karşısında suçlu duruma düşürecek isteklerde bulunması beklenemez.

1.2.4.3. ZARAR VERMEME İLKESİ

Zarar vermeme ilkesi, kasıtlı olarak başkalarına zarar verecek eylemde bulunmama yükümlülüğüdür. Bu ilkenin temeli, kötü olan davranışlardan kaçınmak ve hastaya hiç bir şekilde zarar vermemektir. Yararlılık ilkesinde de bulunan “primum nonnocere” bu ilke için daha uygundur. Hipokrat Andı'nda gecen bu ifade her şeyden önce zarar vermektan kaçınmayı öngörür. Raanan Gillon Hipokrat'tan alıntılara yer verdiği bir makalesinde Hastalığın tedavisi için iki yol vardır: yardım etmek yada en azından zarar vermemek demiş ve zarardan kaçınmanın, iyi olanı

⁸⁸ s.93

⁸⁹ Elçioğlu vd, 2003, s.32

yapmaya karşılık geldiğini belirtmiştir. Beauchamp ve Childress zarar vermemeyi, bilerek acı yada zarar vermeme yükümlülüğü olarak tanımlamıştır. Bazı araştırmacılar “zarar vermemeye” ilkesi ile “yararlılık” ilkesini birlikte düşünmektedirler. Bu iki ilkenin birbirine yakınlık göstermesi, ikisinin tek bir ilke olarak düşünülmesine neden olmaktadır.⁹⁰

“Zarar vermemek” ihtiyacı halinde kişilere yardım etmek ödevi olarak “yararlı olmak” ilkesi şeklinde ve bunun tersi olarak “zarar vermekten kaçınmak” ödevi olarak zarar vermemeye ilkesi şeklinde yansımaktadır. Hekimin etik sorumluluğu gerçekte hastanın yaşamı hakkındaki tercihleriyle birlikte tıbbın amacını yerine getirmekten doğar. Hekim bunu, tanı, tedavi ve eğitimi doğrultusunda hastanın gösterdiği endikasyonunun getirdiği klinik yargısıyla gerçekleştirir. Yararlı olmak ve zarar vermemeye ilkeleri hekimin, riskleriyle birlikte potansiyel yararları değerlendirebilmesini gerektiren son derece önemli ilkelerdir.⁹¹

1.2.4.4. ÖZERKLİK İLKESİ

Türkçe’deki “özerklik” sözcüğünü İngilizce’deki “Autonomy” nin karşılığı olarak kullanıyoruz.“Autonomy” sözcüğü gerçekte eski Yunanca kaynaklıdır ve “autos” ile “nomos” terimlerinin birleşmesinden meydana gelmiştir. “Autos”u Türkçe’ye “kendi kendine” şeklinde; “Nomos” sözcüğünü de konumuz çerçevesinde “kural” olarak çevirebiliriz. Yani özerklik, “dışardan bir müdahale olmaksızın kendi kuralını kendin belirlemek” gibi bir durumu dile getirir. Bu sözcük Yunan site devletlerinde herhangi bir dış zorlama altında kalmadan kendi başlarına, kural koyup yönetmeleri anlamında kullanılıyordu.⁹²

Tıp alanında bugün “özerklik” ifadesi yaygın biçimde etik değerlere ilişkin kullanılmaktadır. Özerklik kişinin kendi başına düşünme, değerlendirme, özgür bir biçimde kendi hakkında karar ve eylemde bulunabilme yetkinliği olarak

⁹⁰ Özcömert, Özçelikay vd, a.g.m, s.102

⁹¹ Elçioğlu vd, a.g.k, s.32

⁹² Elçioğlu vd, a.g.k, s.36

tanımlanabilir. R. Gillon’unda ifade ettiği gibi özerklik kendi içinde, düşüncede ve istekte özerlik olmak üzere iki alt gruba ayrılabilir.⁹³

Düşüncede özerlik, zihinsel aktiviteler açısından kişinin kendi geleceğini belirlemek için söz konuyu anlamış olarak eylemde bulunması ile ilgilidir. Aynı kişinin kararı ile ilgili inançları, estetik ve ahlaki dayanakları da içerir. İstekte özerklik ise karar verme özgürlüğü ile yakından ilişkili olup bireyin kendi özgün görünüşünü ifade edebilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Bazı özerklik teorileri özerk bireyin anlama, muhakeme edebilme, müzakere edebilme, bağımsız seçim yapabilme gibi kişinin kendi kendine yönetebilme kapasitesini içeren özelliklerini öne plana çıkartmaktadır. Bunun birlikte, karar verme sırasında bizi ilgilendiren nokta, kendini yönetme kapasitesinde çok gerçekte neyin yönettiğiyle ilgili “özerk seçim” konusuna götürmektedir. Kendini yönetme yeterliliğine sahip özerk bireyler bile bazen seçimlerini yaparken bu yeterliliklerini kullanmada yetersiz kalırlar. Bunun nedenleri; geçici bir hastalık yada depresyon durumları, bilgisizlik, zorlama veya karar seçeneklerini kısıtlayan durumlar olabilir. Bir aydınlatılmış onam formunu imzalamaya yeterliliği olan özerk bir kişi, okuyup anlamadan formu imzalarsa bu durumdaki söz konusu kişi özerkliği kullanmamış sayılır.⁹⁴

Özerklik bireyin serbestçe seçimde bulunabilmesi, kendi değerleri doğrultusunda davranabilmesi ve dış baskı altında kalmamasını ifade eden etik bir terimdir. Özerk bir kişi, değerleri ile kurallarına göre yaşayacak ve hayat biçimini kendi oluşturacak şekilde davranır. Ancak, özerkliği mutlak bir değer olarak göremeyiz. Sosyal değerler ve yasal sınırlamalar başkalarını özerklik haklarının çiğnenmesine engel olurlar. Çocuklar, akli hastalar, zeka özürlüler yada bilinç kaybı içindeki hastaların özerk bir şekilde davranabilmeleri güçtür.⁹⁵

Etik felsefecileri özerklik ilkesi, seçme hakkı ile birinin kendi davranış ve yaşam planını yapması üzerinde önemle dururlar. Özerkliğe saygı ilkesi, bir kişinin

⁹³ Özcömert, Özçelikay vd, a.g.m, s.102

⁹⁴ Aydın, E., a.g.w, 2009

⁹⁵ Aydın, E., a.g.w, 2009

amaçlarına ulaşmak için gerçekleştirmeye çalıştığı özerk inanç ve eylemlerine karışılmaması anlayışını yerleştirmeye çalışan etik bir tutumdur. Belirttiğimiz gibi özerkliğin sınırlanması ancak, başkalarının hakları ve sağlık durumlarına bir zarar getirdiğinde söz konusudur. Tıpta hastanın tercihlerine göz önüne almak kişisel özerk değerlerine saygı göstermektir. Bununla beraber uygulamada, birçok etken hasta tercihlerini sınırlar. Örneğin, hastanın yeterliliği sorunu, hekim-hasta ilişkisindeki psikolojik dinamikler, hastalığın getirdiği gerilim gibi etkenler hasta özerkliğine saygı ilkesinin yaşama geçirilmesini güçleştirmektedir.⁹⁶

Özerkliğe saygı ilkesi klinik uygulamada “aydınlatılmış onam(rıza)” süreci ile girer. Bu süreç genellikle üç unsurdan oluşur;

1. Hastanın durumu ve tedavisi hakkında uygun bilginin hastaya açıklanması
2. Verilen bilginin hasta tarafından anlaşılması
3. Klinik tedaviyi kabul etmek veya reddetmek konusunda hasta tarafından verilen karar.⁹⁷

Aydınlatılmış onam ilkesi özerkliğe saygı ilkesi ile yakından ilişkilidir. Hastanın karar vermesi esasına dayanarak hekim hasta ilişkisinin temelini oluşturur . hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olmasının yanında bilginin açıklanmasını ve anlaşılır olmasını da gerekli kılar. Ancak hastaya verilecek bilginin onun hayatı ve sağlığı üzerinde ciddi zararları olacaksa hasta bilgilendirilmeyebilir. Bilgilendirme yerel kültüre uygun olarak hastanın anlayacağı şekilde yapılmalıdır.

1.2.4.5. ADALET İLKESİ

Hukuk, adalete yönelmiş bir kurallar bütünüdür. Adalet ise insanların vicdanlarında yer etmiş ondan kaynaklanan nesnel bir değerdir. Adalet, hukukun amacı; hukuk ise adaletin aracıdır. Hukuk insan kaynaklarından türetilirse adalete en uygun şekilde gerçekleştirilir, çatışma olmaz. Platon’a göre “adalet” her insanın kendi yeteneklerine göre kendi hayat süresi içinde kendine düşeni yapmasıdır.⁹⁸

⁹⁶ Aydın, E., a.g.w, 2009

⁹⁷ Elçioğlu vd, a.g.k, s.36

⁹⁸ Elçioğlu vd, a.g.k, s.37

Aristoteles adaletin toplum ve devlet hayatı bakımından önemi üzerinde durup bu konuda üç ilke belirlemiştir.⁹⁹

1. Hukuk ve adalet, toplumun ve devletin temelidir.
2. Hukuk ve adalet devletin amaçlarıdır.
3. Hukuk ve adalet devlet yönetiminin egemen unsurlarıdır.

Ancak Aristoteles adalet konusunda böyle genel bir açıdan bakmanın yeterli ve doyurucu olamayacağını da ifade etmiş, dağıtıcı ve denkleştirici adaleti biri birinden ayırmanın zorunluluğu üzerinde durulmuştur. Ünlü Romalı hukukçu Ulpianus adaleti herkese payına düşeni vermek olarak nitelendirmiştir. Alman filozofu Kant adalet konusunu incelerken üç ayrı ilkeye dikkat çeker. Bunlar Roma hukukundan kaynaklanan “şerefli yaşa, kimseye zarar verme, herkese payına düşeni ver” esasıdır.

J . Rawls’un adalet teorisi ise;¹⁰⁰

1. Adalet ilkelerinin bulunması ve yorumlanması
2. Bir anayasal demokrasinin kurumlarını bu ilkeleri gerçekleştirecek biçimde düzenlemenin mümkün olup olmadığı
3. Belirlenen dağıtım paylarının adaletin sağ duyuya dayalı kavramlarına uygun düşüp düşmediğinin belirlenmesi

“Rawls, adalet kavramının kültürel gelenekleri aştığını, adalet kavramsallaştırmaların ise aşmadığını ileri sürer. Adalet ilkesi, hekimin hastalarına eşit davranmasını, tedavide birini diğerinden daha önemli görmesini engeller. Tıbbi araç, gereç ve olanakların adaletli bir şekilde dağıtılması bu ilkenin temelidir. Pascal: sevgi ve kin adaletin yolunu şaşırmasına neden olur der.”¹⁰¹

Örneğin böbrek aktarımı yada organ aktarımları gibi yapılacak girişimlerde gençlerin yaşlılara tercih edilmesi, tıbbi araçların kullanımında toplumsal statüleri

⁹⁹ Elçioğlu vd, a.g.k, s.38

¹⁰⁰ Elçioğlu vd, a.g.k s.38

¹⁰¹ s.38

göre karar verilmesi gibi durumlar, ilkenin ihlal edildiğini gösterir örneklerdendir. AIDS hastaları ve HIV taşıyıcıları gibi bulaşıcı ve salgın hastalıklara yakalanmış hastaların, toplumu korumak amacıyla kamuoyuna duyurulması bireyin özerkliğine yapılmış bir saldırı olarak değerlendirilmektedir. Böyle bir durumda yalnız özerkliğe saygı ilkesinin ihlali ile kalınmamakta, aynı zamanda hasta sırrının korunması ilkesi de çiğnenmiş olmaktadır. Bu örnek gerçekte yararlılık ile özerkliğe saygı ilkesinin şiddetle çatışma halinde olduğu halk sağlığı hizmetlerinin etik yönüne ilişkin yapılan tartışmalara tipik bir örnektir. Zorunlu sağlık taramaları, aşı uygulamaları gibi halk sağlığı hizmetlerinin halka ulaştırılmasında da, kimi zaman bireyin kendi hakkında karar verme hakkı göz ardı edilmekte, dolayısıyla özerkliğe saygı ilkesi ihlal edilebilmektedir.¹⁰²

Etik alanındaki ilkeler, gerçekte evrensel değerlerin dile getiriliş biçimlerinden biridir. Tıp uygulamasındaki mesleki tutum ve davranışlarımızın, etik yönden doğru ve haklı gerekçeler taşıyabilmesi için de, bazı kural ve ilkelere gereksinim içinde olduğumuz açıktır. Etik sorunlar yada etik ikilemlerle karşı karşıya geldiğinde, kural ve ilkelerin sağlık çalışanlarının kararlarını yönlendirmede yadsınmaz biçimde katkıları olmaktadır. Sonuç olarak tıp etiği ilkelerinin yaşama geçirilmesi, hem mesleki değerlerin hem de evrensel değerlerin korunması ve yükseltilmesi yolunda önemli bir adım olacaktır.¹⁰³

¹⁰²Aydın, E., a.g.w, 2009

¹⁰³Özcömert vd, a.g.m, s.102

II. BÖLÜM

TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ AÇISINDAN HASTA HAKLARI KAVRAMI

2.1. TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARININ GELİŞİMİ, BASLICA YASA VE YÖNETMELİKLER

Hasta Hakları, “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları vasfıyla sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuatlar ile teminat altına alınmış haklarını” ifade eder.¹

Tüm dünyada son 30 yılda yoğun bir şekilde gelişme gösteren hasta hakları konusunda ülkemiz yabancı kalmamış ve girişimlere başlamıştır. Hasta hakları Türkiye’de 1980’li yılların sonunda tartışılmaya başlanmıştır. Ancak Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hakları çerçevesinde bazı hasta haklarına da yer verilmiştir. İlgili yasal düzenlemelerde yer alan hükümlerin bazıları doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmese de hastanın özel yaşamına saygı, hastanın bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi kabul yada ret hakkı, sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı, salkı kuruluşunu seçme ve değıştirme hakkı gibi temel hasta haklarını sağlayabilecek hükümlere yer verilmiştir.²

1928 tarihli Tebabet Şuabat-ı sanatlarının tarzı icrasına dair kanunun 70. maddesi hekimlere hastalardan onam alma zorunluluğu getirmektedir. Ancak buradaki onam kuskusuz hekim hasta ilişkisinin yasal çerçevesi içindedir. Evrensel etik değerlerde onam alınırken hastaya ve değerlerine saygı gösterilip gösterilmediği, yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmediği önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü’nce kabul edilen “sağlık tanımı” 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile ülkemizde de kabul edilmiştir. Bu tanım 1961 Anayasası’nda yer almaktadır. Dolayısı ile 1982 Anayasamızın 90. maddesi uyarınca bir iç yasa olmaktadır. Devletin uluslararası

¹ Hasta Hakları Yönetmeliği, 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete; www.saglik.gov.tr, 2009

² Sert, G., a.g.k, s.36

yükümlülüklerinden kaynaklanan bir sorumluluğu vardır ve bunun gereklerini yerine getirmelidir. Nitekim 1982 Anayasası 56. maddesi sağlık, çevre ve konut konularını düzenlemektedir. Bu madde devlete daha çok düzenleyici ve denetleyici bir işlev vermektedir.³

1960 yılında çıkarılan “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi” hasta hakları konusunda da bazı hükümler taşımakla birlikte yetersiz kalmıştır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde; sır saklama, hastanın hekimini serbestçe seçmesi, insanlar üzerinde yapılacak deneysel çalışmalar ve sınırları, hastanın hastalığı ve prognozuna ilişkin bilgilendirme, konsültasyon, hekimin hastanın tedavisinden çekilmesi gibi günümüz hasta hakları içinde yer alan ana başlıklar vardır. İnsanın yasama hakkı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 14. maddesinde “tabip hastanın hayatını kurtarmak ve sağlığını korumanın mümkün olmadığı durumlarda dahi ızdırabını azaltmak ve dindirmekle yükümlüdür” denerek dile getirilmiştir.⁴

1961 yılında Torino’da Avrupa Konseyi üyesi 16 devlet temsilcisi tarafından kabul edilen Avrupa Sosyal Şartı, 1581 sayılı kanun ile 1989 yılında onaylanmıştır. Sosyal şart içerisinde güvenlik ve sosyal yardıma ilişkin haklar, sosyal ve tıbbi yardım hakkı, sağlığın korunması hakkı gibi konular yer almaktadır. Sağlığın korunması hakkını düzenleyen 11. madde sözleşmecı devletlerin, doğrudan doğruya yada kamusal veya özel örgütler ile işbirliği yaparak alacakları uygun önlemleri söyle sıralamışlardır. Yetersiz sağlık koşullarını olabildiğince ortadan kaldırmak, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık konusunda bireysel sorumluluk duygusunun geliştirilmesi ile ilgili olarak danışma ve eğitim hizmetleri öngörülmesi, salgın, yerleşik ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek, sosyal hizmetlerden yararlanma hakkı ile ilgili ayrı hüküm içermektedir. Birincisi, sosyal hizmete özgü yöntemleri kullanan bireylerin ve grupların refah ve gelişmesi ile sosyal çevreye uyumlarına katkıda bulunan hizmetleri özendirme yada örgütlemek, ikincisi de, bireylerle gönüllü yada başka örgütleri bu hizmetlerin kurulmasında ve sürdürülmesinde katkı konusunda özendirme⁵

³ Elçioğlu vd, a.g.k, 2003, s.100

⁴ Elçioğlu vd, a.g.k, s.101

⁵ s.101

Sağlık alanında hakları ihlale uğrayan insanların yasalar önünde haklarının aranmasını sağlamak amacıyla 1997 yılında “Hasta ve Hasta Yakınları Derneği” kurulmuştur. 1998 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmesiyle uluslar arası bildirgelerle getirilen hasta haklarının ülkemizde tek bir yasal düzenleme ile ele alınması sağlanmıştır. Yönetmeliği uygulanması esasları ise Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2003 yılında yayınlanan “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge” ile belirlenmiştir.

Buna Göre Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şubesi; İl Sağlık Müdürlükleri Şubesi; İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü ve Hasta Hakları Kurulları, ilçelerde Sağlık Grup Başkanlıkları bünyesinde Hasta Hakları Kurulları; 100 yataklı ve üzeri hastanelerde Hasta Hakları Birim ve Kurumları,100 yatak altı hastanelerde Hasta Hakları İletişim Birimleri oluşturulmuştur.⁶

Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinde de Hasta Hakları Birimlerini oluşturulmuştur, bunun için her sağlık ocağından bir kişi hasta hakları sorumlusu seçilmiştir bu kişilere hizmet içi eğitim verilerek çalışmalar yapılmış her sağlık ocağına istek ve şikâyet kutusu yerleştirilmiştir. Hastalara ve sağlık çalışanlarına mini anketler uygulanmaktadır.

Konu Sağlık Bakanlığı'nın kamuya ait sağlık kurumlarındaki konuyla sınırlı kalmamakta, gerek tıbbi gazete, dergi ve sağlıkla ilgili Internet sitelerinde ve popüler gazete, dergi ve televizyon ve haber sitelerinde de giderek gündeme gelmektedir. İster özel sektör ister isterse kamuya ait olsun artık sağlık kurumlarının Internet sitelerinde ve tanıtım broşürlerinde hasta haklarına vurgu yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığının hasta haklarıyla ilgili uygulama kapsamında olmayan özel sektör ve üniversite hastanelerinde de hasta hakları birimi / hasta iletişim bürosu / halk ve ilişkiler bürosu adı altında üniteler oluşturulmuş bulunmaktadır. Hastanelerin dışında ilaç firmaları, hasta örgütleri, sivil toplum örgütleri de hasta haklarına sahip çıkmaktadır.⁷

⁶ Özlü, T., a.g.k, 2008, s.15

⁷ Sütlaş, M, a.g.m, (15.03.2009)

2005 yılında yayımlanan Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 75-82. maddelerine atıfta bulunan, Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik incelemeler ve fizik kimliğin tespiti hakkında yönetmelik'in 18 maddesi "Mevzuatta aranan tüm koşulların gerçekleşmiş olmasına ve şüpheli sanık veya diğer kişilerin bu konuda aydınlatılmış olmalarına rağmen muayene yapılmasına ya da örnek alınmasına rıza vermemeleri hâlinde, kararın infazı için ilgilinin muayenesini veya vücudundan örnek alınmasını sağlamak üzere ilgili Cumhuriyet Baş savcılığınca gerekli önlemler alınır. Mağdurun rızasının varlığı hâlinde bu işlemlerin yapılabilmesi için yönetmeliğin 7.ci ve 8.ci maddeleri uyarınca karar alınmasına gerek yoktur. Bir suçun aydınlatılmasını sağlamak amacıyla, şüpheli, sanık ve diğer kişilerin kendiliğinden başvurarak rıza göstermeleri hâlinde, soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısının istemi, kovuşturma aşamasında ise hâkim veya mahkeme kararıyla tıbbî muayeneleri yapılabilir yada vücutlarından örnek alınabilir" şeklinde düzenlenerek kişilerin adli muayene ve örnek alınması sırasında onam alınmasının önemi vurgulanmıştır.⁸

Yeniden düzenlenerek 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu'nun Ceza Sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenler başlıklı bölümde yer alan 26 maddesinin 2.fıkrasında "kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde islenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez" denilerek kişinin rızası hukuka uygunluk nedeni olarak düzenlenmiştir. Söz konusu hukuka uygunluk nedeninin varlığı için, rızanın kişinin üzerinde mutlak surette tasarrufta bulunabileceği bir hakka ilişkin olması gerekmektedir. Bu madde hekim-hasta ilişkisine göre yorumlandığında, tıbbi müdahale ile etkili eylem arasındaki temel farkın aydınlatılmış onam olduğu ortaya çıkmaktadır⁹

Konu ile ilgili olarak ülkemizdeki başlıca yasa ve yönetmelikleri su şekilde sıralayabiliriz :¹⁰

⁸ Elçioğlu vd, a.g.k, s.98

⁹ Elçioğlu vd, a.g.k, s.102

¹⁰Sert, G., a.g.k, s.89

1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına dair kanun,
1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi,
1961 Anayasası,
1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun,
1982 Anayasası,
1983 tarihli Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,
1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,
1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik,
1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği,
2004 tarih ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu,
2005 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu

Günümüzde hekim hasta ilişkisi bir hizmet konusudur. Ülkemizde içinde olmak üzere birçok ülkede seçilen sosyal ve ekonomik politikalar doğrultusunda bu hizmet salt devletin sunduğu bir hizmet olmaktan çıkmış ve ticarete dönüşmüştür. Bu nedenle sağlık hizmeti ticari bir alışveriş konusu olarak tüketici hakları ile de ilişkilendirilmiştir.¹¹

Tüm bu doğrular ışığında, sağlık hizmet ve organizasyonunun; sağlıklı yaşama hakkının bütünleyeni olan ve “hasta hakları” olarak tanımlanan haklar göz önünde tutularak yeniden ele alınması gerekmektedir. Hizmeti veren kişi ve kurumların yönetimlerinden uygulamalarına ve çalışmalarına, standart tanı ve tedavi protokollerinden hizmetin denetimine kadar her türlü yönetsel görev ve hizmet sürecinde hastaların da katılımına olanak tanıyacak yeni düzenlemelerin yapılması, sağlık hizmetinde temel olan “önce zarar vermeme” ve “özerklik” ilkeleri başta olmak üzere tanımlanmış ve ortaya konulmuş tüm hasta haklarının işlerlik sırasında varolacak, gözetilecek ve yaşama geçirilecek şekilde gerçekleştirilmelidir. Böyle bir hizmeti vermekle görevli olan sağlık personelinin başta hekimler olmak üzere

¹¹Elçioğlu vd, a.g.k, s.115

hizmetin gerek ve gereksinimlerine göre eğitim alması da zorunludur. Dolayısıyla söz konusu eğitimi belirleyen, planlayan, veren ve uygulayan tüm yapıların bu durumu öngörerek çalışmalarını gerçekleştirmesi sürdürmesi gereklidir.

Tıp eğitiminin “neyi ve kimi hedeflemesi, neleri içermesi, nasıl olması, ne şekilde sunulması” konusunun bu hizmeti verenlerin ve onların çeşitli amaç ve biçimlerdeki örgütlenmelerinin gündeminde olması doğaldır. Yukarıda açıklanan nedenlerle bu hizmetin alıcısı sıfatıyla hizmet sürecine katılan hasta ve yakınlarının da bu sürece ilişkin istem ve beklentilerinin olmasından doğal bir şey yoktur. Ülkemizde bu alanda yeni yaygınlaşmakta olan hasta ve yakınları örgütlerinin de bu süreçlere dahil olmaları da doğal sayılmalıdır.¹²

2.2. HASTA HAKLARI UYGULAMA GENELGESİ (2009/21)

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yürütülen çalışmalardan olan hasta hakları uygulamaları bütün sağlık kurum ve kuruluşlarında 26.04.2005 tarih ve 3077 sayılı “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” doğrultusunda yürütülmektedir.

2008 yılı hasta başvurularının değerlendirilmesi neticesinde, hasta hakları başvurularının büyük çoğunluğunun sağlık çalışanlarının hastalarla iletişimlerinde yaşadıkları sorunlardan kaynaklandığı görülmüştür.

Hastaların şikayetine sebebiyet veren hususların düzeltilmesi ve hasta memnuniyetinin artırılması için hastanın tedavisine ve bu konuda alınacak kararlara etkin olarak katılmasının ve bu süreçte iletişimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmelerini teminen sağlanmalıdır. Ayrıca hastaların hastane içinde daha etkin ve verimli hizmet alabilmeleri için işleyiş konusunda yeteri derecede bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Bunun yanı sıra hastaların hakları yanında sorumluluklarının da olduğu üzerinde durulmalıdır.

¹² Sütlaş, M, a.g.m, (15.03.2009)

Bugüne kadar bütün sağlık çalışanlarımızın özverili çalışmaları ile hasta hakları konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş, hasta hakları birimlerine başvuruların % 85'i yerinde sonuçlandırılmıştır. Hasta memnuniyetinin en st düzeye çıkarılabilmesi için yaşam boyu eğitim kapsamında hasta hakları konusunda hizmet içi eğitimler düzenlenmektedir. Bu kapsamda 2009 yılı sonuna kadar bütün sağlık çalışanlarına yapılacak hizmet içi eğitim çalışmalarına hız verilecektir.

Aynı zamanda güvenlik, temizlik ve diğer hizmet alımlarındaki şirketlerin çalışan personelleri dahil olmak üzere bütün hastane çalışanlarının iletişim eğitimi almaları sağlanacak, personel çalıştırmayı içeren hizmet alımı şartnamelerine; çalıştırılacak personellere hasta hakları ve iletişim konusunda eğitim almaları şartı konulacaktır.

Bunun yanı sıra hasta hakları uygulaması ile ilgili bütün istatistik sonuçlar il düzeyinde birleştirilerek her yılın Ocak ayı sonuna kadar elektronik ortamda ve yazı ile Bakanlığımıza gönderilecektir.

En temel hasta haklarından olan hekim seçme hakkı uygulaması 17.10.2007 tarih ve 9379 sayılı ‘‘Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkn Verecek şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge’’ kapsamında sürdürülmekte olup 2009 yılı sonuna kadar bütün sağlık kuruluşlarımız hekim seçme uygulaması kapsamındaki düzenlemeleri yaparak hekim seçme logosunu kurumlarına asmaları gerekmektedir.¹³

¹³ Hasta Hakları Uygulama Genelgesi, (23.03.2009 tarih ve 11706 sayı)

2.3. HASTA HAKLARI ALANINDA ÇALIŞAN DERNEKLER

Bu gruptaki derneklerin prototipi olan Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği HAYAD Türkiye’de bu alanda kurulan ilk dernek olup 1997 yılında kurulmuştur. HAYAD’ın kuruluşu Türkiye’de hasta haklarının gündeme gelmesi ve tanınmasına önemli katkılar sağlamıştır. Amaçlarının kısaca “hasta ve hasta yakınlarını, haklarıyla buluşturmak” olduğu ifade edilmektedir. HAYAD Türkiye’de ilk kez 26 Ekim tarihini “Hasta Hakları Günü” olarak ilan etmiştir. Bu gruptaki derneklerden bazıları aşağıda sunulmuştur.

Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği (HAYAD)

Kuruluş tarihi: 1997

<http://www.hayad.org.tr/>

Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY)

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

Kuruluş tarihi: 2005

<http://hastahakki.org/>

Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Savunma Derneği (HAYASAD)

Kuruluş tarihi: 2003

www.hayasad.dernegi.com

Sağlık Hakkı Hareketi Derneği (SHHD)

Kuruluş tarihi: 2005

<http://www.saglikhakkı.org/>

Hasta hakları alanında çalışan bu derneklerden HAYAD 1999 yılından beri 26 Ekim tarihinde Hasta Hakları Günü etkinlikleri düzenlemektedir. Etkinlikler kapsamında konferans ve sempozyumlar düzenlemekte ve her yıl bu alana emeği geçenlere plaket verilmektedir. Her yıl bir hasta veya hasta yakını, bir sağlık çalışanı yada kurumu, bir hukuk mensubu yada kurumu, bir medya çalışanı yada kurumuna plaket verilmektedir. HAYAD tarafından 2000’de “AIDS ve Hasta Hakları”, 2001’de “Dermatoloji, Kozmetik ve Hasta Hakları”, “Omurilik Felçlileri, Sorunları Hasta Hakları”, “Down Sendromu ve Hasta Hakları” konulu toplantılar düzenlenmiştir. HAKSAY ise 2005, 2006 ve 2007 yıllarında Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı ve HAKSAY 2005 yılında 1. Ulusal Hasta Haklar Sempozyumu düzenlemişlerdir. Ayrıca 2005 Isparta’da ve 2006’da Konya’da Hasta Hakları Sempozyumu düzenlenmiştir (HAYAD; HAKSAY). Bu örnekler dışında sivil toplum örgütleri ulusal ve yerel düzeyde her yıl çok sayıda panel, sempozyum, konferans, radyo, televizyon programları gibi etkinlikler düzenlemektedir.¹⁴

¹⁴<http://www.saglikkutuphanesi.com/>, 2009

2.4. HASTA HAKLARI NELERDİR

2.4.1. BİLGİLENDİRİLME HAKKI

Hasta hakları kapsamında günümüzde en sık dile getirilen konulardan biri olarak da hastanın bilgilenme hakkından söz edilmektedir. Bilgilenme hakkı, kişi özgürlüğünü ve itibarını vurgulayan temel haklardan biridir. Bu olgu bazı ülkelerde yasal nitelik kazanmıştır ve tıp etiğinde sağlık çalışanlarına yüklenmiş etik bir yükümlülüktür. Hekim-hasta ilişkisinde uygun bir bilgilendirmenin gereklerini şu şekilde belirleyebiliriz: Bilgilenme, hastadan tam bir onam almak için gerekli terapötik bir unsurdur.¹⁵

Hastanın bilgilenme hakkı, Lizbon Bildirgesi'nde deklare edilmiş bir haktır. “Hastanın yeterli bilgileri aldıktan sonra tedaviyi kabul etmeye veya yadsımaya hakkı vardır. Hastalar durumlarıyla ilgili gerçekleri, önerilen tıbbî girişimlerin potansiyel risk ve faydalarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilenme hakkına sahiptir.”¹⁶

Özerkliğe saygı ilkesinin en önemli koşullarından ilki “bilgilendirme” dir. Bir kişinin özerk kararlar alıp, uygulamalar yapabilmesi için, içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Bilgilendirme basit bir bilgi verme olarak anlaşılmalıdır. Bu nedenle bilgilendirme yerine “aydınlatma” terimi kullanılmaktadır. Aydınlatma, aktarılan bilgilerin anlaşılır olmasını ve hastanın hastalığı ile ilgili seçeneklere katılımını kapsamaktadır.

Hastayı bilgilendirmek diğer deyişle aydınlatmak hekimin ve sağlık ekibinin görevidir. Bilgilendirme hastanın kültürel, toplumsal ve psişik durumuna uygun olmalıdır. Hastanın anlayabileceği dilde, tıbbi terimlerden uzak, hastanın anlama kapasitesine uygun şekilde yapılmalıdır. Ortak bir dil yoksa çeviri yapılması gereklidir. Hastanın anlatılanları anlayıp anlamadığı açıklığa kavuşturulmalıdır. Eğer

¹⁵ Aydın, E., a.g.m, 2003,s.37

¹⁶ Savaş, HA-Coşkun, A Ve Diğerleri., “Türkiye’deki Psikiyatrislerin Hastanın Bilgilenme Hakkına İlişkin Tutumları”, Yeni Symposium Dergisi, 2002, 40 (3), s.83

anlamadıysa tekrar anlatılmalıdır. Anlamadığı konularda soru sormasına fırsat verilmeli ve soruları açık olarak cevaplandırılmalıdır.¹⁷

Hastaların hastalıkları hakkında bilgilenmelerini engelleyen birçok faktör olabilir. Bunlardan bir kısmını da hekimin hastaya bilgiyi aktarmadaki bazı durumsal gerçeklerden kaynaklandığından düşünebiliriz. Tıpkı bir kanserli hastanın kendisine durumunu açıklarken çektiğimiz güçlük gibi... Bilgilenmenin eksik olduğu yerde hem hasta hem de yakınları uygun olmayan davranış ve gereksiz kaygı içerisine girer. Böyle bir durum ise kuşkusuz hekim ile hasta arasında gergin bir ilişkinin oluşmasıyla sonuçlanır.¹⁸

Hipokrat Yemini'ne dayanan geleneksel tıp ahlakı anlayışında; hekimin en önemli ödevinin hastanın fikri ne olursa olsun onun yararına davranmak, asla zarar vermemek olduğu öngörüsü kabul görmekte, hastaya bilgi verilip, tedavi uygulama şekli hasta kararına bırakıldığında, çoğu hastanın yanlış yönelimle daha kötüyü seçebileceği, bu nedenle hekimlerin, hastalarından pek çok şeyi gizlemesinin uygun olduğu değerlendirilmekteydi. Hipokrat'ın, hastayı bilgilendirmeyi, hasta lehine olacağı yaklaşımı ile yasaklamasından sonraki çağlarda da, hasta-hekim ilişkilerindeki durum farklılık göstermedi. Daha farklı yaklaşımlar yine hasta aleyhine oldu; Ortaçağ hekimleri kendilerini tanrının bir uzantısı olarak görerek, tedavi etmeye çalıştıkları hastaya bu konuda bilgi verme gereğini görmediler.¹⁹

Bu yaklaşım, 1847'deki Amerikan Tıp Birliği'nin ilk tıbbi etik kurallarının oluşturulması sırasında da benzer şekilde değerlendirilip, hasta-hekim ilişkisinden, yada aydınlatılmış onamdan söz edilmedi. Hasta onamının, 1900'lü yılların başlarında, bir dizi işlem uygulama için izin isteme çerçevesinde alındığı görülmektedir.²⁰

1 Ağustos 1998 tarihinde hasta hakları yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin 1.maddesine göre bu düzenlemenin amacı temel insan haklarının sağlık hizmeti alanındaki yadsıması olan "hasta hakları"ni somut olarak göstermek

¹⁷ Güldemir, M.E., "Hasta Bilgilendirmenin Önemi", Sendrom Tıp Dergisi, Mayıs 2005, s.4

¹⁸ Aydın, E., a.g.m, s.42

¹⁹ Güldemir, M.E., a.g.m, s.5

²⁰ s.5

ve insan onuruna uygun şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını fiilen kullanabilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektedir. Türkiye hasta hakları konusunda geç kalmış olmakla birlikte, Hasta Hakları Yönetmeliği tüm eksikliklerine rağmen bu konuya dikkat çeken bir adım olarak hukuk düzenine girmiştir.²¹

Yönetmelik hasta için bilgi isteme hakkını, personel içinde bilgi verme yükümlülüğünü getirmiş ve ayrıca hastaların tedaviye verdikleri rızalarına ilişkin aydınlatılmaları gereğini de ortaya koyarak tedaviye ilişkin rıza alınırken hangi şartlara uyulması gerektiğini açıkça belirlemiştir. Yönetmelikte hastanın iki tür bilgi edinme hakkı düzenlenmiştir. Birincisi daha genel bilgilerdir, ikincisi ise doğrudan kendi hastalığı ile edinilen bilgidir ve bu sonuncu için aydınlatılması kavramı kullanılacaktır. Yönetmelik son derece dağınık bir düzenleme yapmış genel anlamda sağlık kuruluşlarının hizmetleri hakkında bilgi edinme hakkına “bilgi isteme” başlığı altında yer verirken, hastanın aydınlatılmış rızası “genel bilgi isteme” başlığı altında düzenlenmiştir. Oysa “genel olarak bilgi ” isteme başlığını taşıyan madde uzun yıllardır batıda uygulanan ve Türkiye’de sıkça sözü edilen aydınlatılmış onamın tanımından başka bir şey değildir. Bu nedenle aşağıda belirtilen kavramlar ile yönetmeliğin kavramları ile örtüşmemektedir.²²

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Bilgi İsteme

Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik

²¹İnceoğlu, S., Hasta Hakları Yönetmeliğine İlişkin Düşünceler, (Ed.N.Ersoy-Ü.N.Gündoğmuş), *1.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*, 09-11 Haziran, Kocaeli, 1999, s.17

²²İnceoğlu, S., a.g.k, a.g.k, s.18

donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

Genel Olarak Bilgi İsteme

Hastanın kendi sağlık durumuna ilişkin bilgilendirilmesi ise en önemli hasta haklarından biridir. Bu hak tarihsel süreç içinde ortaya çıkmış tıbbin ayrılamaz bir parçası olan paternalizmin kişisel özerklik ile sınırlanması zorunluluğu sonucunda doğmuştur.

Kişinin özerklik hakkı bugün en imtiyazlı haklardan biri olarak görülmektedir, hastanın kendi bedeni üzerindeki karar verme hakkı o denli ön plana çıkmıştır ki bazı ülkelerde yaşama hakkının dahi önüne geçebilmektedir. Bugüne kadar hastanın aydınlatma şartları, Türkiye’de yazılı bir hukuk kuralında açıkça şartları belirlenmemiş olmasına rağmen tıp etiği gereği kabul edilmiş ve zaman zaman mahkeme kararlarında bu konuya dolaylı bir şekilde değinilmiştir. Yönetmeliğin 15. maddesinde hastanın aydınlatılma gereği ve dolayısıyla tedavi için alınan rızanın şartları açıkça belirlenmiştir. Bu hekimin sorumluluğu açısından önemlidir.²³

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

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

²³İnceoğlu, S., a.g.k, s.18

Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.²⁴

Kayıtların Düzeltmesini İsteme

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

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

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.²⁵

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

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

²⁴ Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420, 2009

²⁵ Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420, 2009

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

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

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmesini isteyebilir.²⁶

Yönetmeliğe göre, hastanın psikolojik yapısında köyü bir etki yaparak hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi halinde teğhisin saklanması mümkündür. Bu şartlar altında hasta ve yakınlarına bilgi verip vermemek hekimin takdirine bağlanmıştır. Bu yaklaşım gereğinden fazla paternalist bir yaklaşımdır, hastanın tedavi seçme şansını kendi için neyin iyi olduğunu belirleme şansını veya iyileşmesi mümkün değil ise son günlerini nasıl geçireceğini tasarlama şansını ortadan kaldırmaktadır. Söz konusu düzenleme hekimin aydınlatma görevini ortadan kaldırıcı, hastanın seçimlerini engelleyici bir hükümdür.²⁷

²⁶ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

²⁷ İnceoğlu, S., a.g.k, s.18

2.4.2. AYDINLATILMIŞ ONAM HAKKI

2.4.2.1 Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Tanımı ve Temeli

Günümüz tıp etiği anlayışı içinde; özerklik, kötü davranmama ve yararlılık gibi biyomedikal etiğin temel ilkeleri ile savunulabilen aydınlatılmış onam; hastanın karar vermesi esasına dayanan, doktor hasta ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Hastanın karar vermeye yeterli ve gönüllü olması kadar bilginin açıklanmasını ve anlaşılır olmasını da zorunlu kılan bu öğreti, doktor hasta arasında eşitsizlik yaratacak bilgiyi hastaya vermeye zorlamak ve hasta hekim ilişkisini bir konum olmaktan statüden çıkartarak bir anlaşmaya dönüştürmek anlamına gelmektedir.²⁸

Terminolojisi; kökü sentire olan con-sent-onam, iki anlamı olan bir kelimedir. İlki, duygu ve fizik-beden, ikincisi ise akılcı anlamıdır. Bu nedenle onam, bazı şeyleri bir arada hissetmek ve bilmek anlamına gelmektedir. Onamın sözlük anlamı ise anlaşma ve bir işi kabul etme ile iki kişi aynı anlamda aynı şey üzerinde anlaşma yapması olarak açıklanmaktadır. Onam terimi çoğunlukla tedavinin kabul edildiğini ima etmesine karşın, eşit olarak tedavinin reddedilmesi anlamında da kullanılmaktadır.²⁹

Anglo-Amerikan hukuk biliminin iki temel ilkesinin doğal bir gelişimi olarak ortaya çıktığı öne sürülen aydınlatılmış onam öğretisi, insan onurunu ve bütünlüğünü korumayı hedeflemektedir. Bu ilkelerden ilki; güvene dayanan ilişki kavramı içinde açıklanmaktadır.

Bir kişi, kendisine güvenen ve inanan bir kişinin iyi niyetine bağlı kalarak, onun yararına davranmak durumundadır. Hekimin mesleki bilgisi, hastanın hastalığı konusundaki bilgisizliği ve çaresizliği, hasta-hekim ilişkisini güvene dayanan bir ilişki kılmaktadır. Böyle bir ilişki; doktora, önerdiği tedavi ve hastanın durumu hakkında tüm gerçekleri hastasına açıklama ödevini yüklemektedir Aydınlatılmış onam öğretisinin dayandığı ikinci ilke ise; bireyin kendi hakkında karar verme hakkı

²⁸ Ersoy, N., a.g.m, Kocaeli, 1995, C.1, s.1

²⁹ Ersoy, N., a.g.k, İstanbul, 2003, s.212

olmaktadır. Yasaca yeterli olan bir kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve onun isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır.³⁰

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

- a) Hekim aydınlatma ödevine sahiptir,
- b) Aydınlatma ödevinin kapsamı, müdahalenin tipik tehlikelerini açıklamayı içerir,
- c) Aydınlatma ödevinin kapsamı bir hukuk sorunudur ve bunu belirleme yetkisi hekime verilmemelidir,
- d) Aydınlatmadan dolayı hastanın zarar göreceği görüşü sadece bazı durumlar için geçerli sayılabilecektir.”³¹

Belirlenen bu ilkeler, 1949 Nuremberg Kodu olarak isimlendirildi ve insanlar üzerindeki deneylerde denegin aydınlatılmış onamının elde edilmesi, bir kurala bağlanmış oldu”.³² Dünya tıp birliği'nin üzerinde uzun yıllar ıalıştığı Helsinki bildirgesi, üzerinde deney yapılacak kişilerin aydınlatılmasına büyük önem verdi. Son elli yıldır dünya tıp birliği tarafından kabul edilen tüm etik kodları, hekimlerin herhangi bir tedavi ve araştırma işlemine başlamadan önce, hastaların yada deneklerin aydınlatılmış onamlarının alınması gerektiği bildirilmektedir. Avrupa Konseyi Biyoetik Sözleşmesi de aydınlatılmış onay meselesine büyük önem vermiştir.³³

Aydınlatılmış onamın öğeleri; aydınlatılmış onamın en önemli amacı, hastanın kendi sağlık-bakımı ile ilgili kararlara aydınlatılmış katılımının sağlanmasına fırsat verilmesidir. Aydınlatılmış yada bilgilendirilmış kısmı “informed” ile onam “consent” kısmının öğeleri olarak ayrılabilen öğeler :

³⁰ Ersoy, N., a.g.m, Kocaeli, 1995, C.1, s.2

³¹ Ersoy, N., a.g.m, Kocaeli, 1995, C.1, s.3

³² Özaydn, Z, a.g.e, s.39

³³ Özaydn, Z, a.g.e, s.40

Bilginin ögeleri; bilginin açıklanması, bilginin anlaşılması (açıklama, anlama)

Onamın ögeleri; gönüllülük, yeterlilik bu dört ögenin her biri Nuremberg Kodu tarafından da ön koşul olarak ileri sürülmektedir.³⁴

“Kişi ancak etraflı bir açıklama elde ederse ve bu açıklamayı anlarsa ve istemli bir şekilde hareket ederse, hareket etmeye ehilse ve müdahaleye onay veriyorsa buna aydınlatılmış onay denir.”³⁵

Zorlama, baskı ve yönlendirme hastanın gönüllüğünü ortadan kaldırabilen dış faktörler, hastanın özerkliğinin bozulmasına neden olabildiği için etik açıdan kabul edilmemektedir. Ancak hastanın gönüllükle karar verme hakkını hekime devrettiği durumlarda özerkliğin zedeleneceğinden söz edilmemektedir.³⁶

Ülkemizde 1 Ağustos 1998 Tarih ve 2340sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "Hastanın rızasının alınması" ile ilgili hükümler 5. Bölümde yer alır ve 24. Maddeye göre tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir.Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya velisinden izin alınır. Hastanın veli veya vasisinin olmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde şart aranmaz.³⁷

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.³⁸

³⁴ Ersoy,N., a.g.k İstanbul, 2003, s.214

³⁵ Özaydın, Z, a.g.k, s.41

³⁶ Ersoy, N., a.g.k, İstanbul,2003,s.218

³⁷ Günay,Y ve Diğerleri., “Hasta ve Hekim Hakları Açısından Hasta Rızası”, T Klin Tıp Etiği Dergisi, 2000, 8:46

³⁸ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

Ahşılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metotlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metotları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır. Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağı mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.³⁹

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

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

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.⁴⁰

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

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

³⁹ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

⁴⁰ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

Rızanın Kapsamı

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

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

Kanuni temsilci halinde muvakkat verilmeyen hallerde müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise velayet veya vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi Türk Medeni Kanununun 272. ve 431. Maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecekse izin şartı aranmaz.Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.⁴¹

2.4.2.2. Aydınlatma Yükümlüsü, Aydınlatma Zamanı ve Aydınlatmanın Şekli

Aydınlatma yükümlüsü

“Hastanın aydınlatma yükümlülüğü kural olarak hekime aittir. Aydınlatma anayasanın teminatı altında olan bir yükümlülük olduğu kadar tedavi sözleşmesinin de doğurduğu bir yükümlülüktür. Aydınlatmanın tamamen ortadan kalkabileceği hallerin olduğu durumlarda hekimin böyle bir borcu yoktur. Ancak durumun tespit edilmesi hekimin sorumluluğundadır”.⁴²

⁴¹ Günay vd, a.g.m, s.47

⁴² Sert, G., a.g.m, s.233

Hekimin açıklama görevini yerine getirdikten sonra yazılı onam formu alınması işlemin hemşire tarafından elde edilebileceği savunulmaktadır. Yasal açıdan da hemşirenin onam formu elde sorumluluğu en az düzeyde bulunduğu bildirilmekte ve hemşirenin hekimin vekili olarak davranamayacağı ve hekimin aydınlatılmış onam elde etme ödevini hemşireye devredemeyeceği ileri sürülmektedir. Gerekçe olarak ta hemşirenin hastanın karar vermesini sağlayacak tanı ve tedavi ilgili tüm bilgiye sahip olamayacağından onam elde etme yükümlülüğü bulunmadığı gösterilmektedir. Ancak hemşirenin hastanın aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığının kontrol etmesi ve hastanın dosyasına gerekli işaret koyması olası bir ihmali engelleyebileceği için önerilmektedir.

“Onamda hemşirenin sorumluluğu; eğer hemşire yeterli bilginin hastaya anlaşılır bir şekilde verildiğinden kuşku duyuyorsa veya hastası ondan bilgi talep ediyorsa düzeltme yolları araştırılmalıdır. Böyle bir durumda kalan hemşirenin;

1. Hastanın hekimini arayarak durumu bildirmesi,
2. Hastanın dosyasına not düşmesi, hastaya karşı sorumluluğunu yerine getirmesi açısından önemli olmaktadır.”⁴³

Aydınlatmanın zamanı

Aydınlatmanın içeriği ve amacı tıbbi müdahaleye onam verilmesinden önce aydınlatma yapılmasını gerektirir. Hastaya uygulanacak tedavi ve girişimlerde sağlıklı bir şekilde düşünmesini sağlayacak bir zaman tanınmalıdır. Aydınlatmanın ne zaman yapılacağı belirlenmesinde müdahalenin ivediliği önem taşıyabilir. Hastanın hayatı için önem taşıyan durumlarda hastanın ameliyat masasında aydınlatılması mümkündür önemli olan hastanın durumunu değerlendirebilecek bir süre önce aydınlatılmasıdır. Hastanın ameliyat masasında aydınlatılmasıyla sağlıklı düşünüp karar verebileceği beklenmez.⁴⁴

⁴³Ersoy,N., a.g.k, 2003, s.222

⁴⁴ Sert, G., a.g.m, s.234

Aydınlatmanın şekli

Aydınlatma yazılı yada sözlü yapılabilir. Yazılı aydınlatma iki ayrı şekilde gerçekleştirilebilir. İlk şekil hastanın standart bir formla aydınlatılmasıdır. Hasta formu okur ve imzalar böylece hasta aydınlatmanın ispatı sürecine de katılmış olur.⁴⁵

Yazılı aydınlatmanın ikinci şeklinde ise broşürlerle aydınlatma söz konusudur. Bunların yanı sıra, çeşitli tablolar içeren kartlar veya konu ile ilgili kimi önemli bilgileri içeren CD'lerden de yararlanılabilir. Burada önemle üzerinde durulması gereken nokta, bunların sadece aydınlatılmış onam alma ve genel olarak hasta ve sağlık ekibi arasındaki iletişim sürecine yardımcı gereçler olmasıdır. Tek başına bu araçların kullanılması hiçbir zaman hasta için özgün ve insani bir nitelik taşıması gereken onam alma eyleminin yerine geçmez.⁴⁶

Hekim (veya sağlık ekibinin diğer üyeleri) iletişimin kimi açılardan daha kolay yürütülebilmesi için bu araçlardan yararlanabilir, ancak bilgilendirme hasta birey ile uygun bir ortamda ve yeterli süre ayırarak yüz yüze görüşme ile yapılmalıdır. Bu koşul sağlanmadan alınmış onamlar geçersiz kabul edilmelidir".⁴⁷ Bu yolla yapılan aydınlatmada hastanın kendisi açısından anlaşılmayan noktalarda sorular sorabilmesi ve o konularda bilgi alabilme imkanı aha fazladır. Hekim hataya bilgi verirken hastanın somut koşulları çerçevesinde hareket edebilecek ,hastaya gereksiz korku ve endişe verecek bilgileri vermekten kaçınabilecektir.⁴⁸

Türkiye Cumhuriyeti Yasaları'nda, onamın yazılı şekle tabi tutulacağı bazı haller belirlenmişse de aydınlatmanın şekli ile ilgili herhangi bir yasal düzenleme yoktur. Ancak gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon girişimleri ile ilgili aydınlatmanın belgelendirilmesi amacına yönelik izin belgesi örnekleri geliştirilmiştir. Türk Hukuk Doktrini'nde aydınlatmanın sözlü yapılmasının amaca daha uygun olduğu yönünde görüş bildirerek; aydınlatmanın sözlü yapılmasından

⁴⁵ Sert, G., a.g.m, s.235

⁴⁶ Aydınlatılmış Onam Klavuzu, TTB-UDEK Etik Çalışma Kurulu, 2008

⁴⁷ Sert, G., a.g.m, s.235

⁴⁸ Sert, G., a.g.m, s.235

sonra ispat konusu bakımından yazılı bir şekle dönüştürülmesinin faydalı olacağı savunulmaktadır.⁴⁹

Türk Hukuku'nda aydınlatmanın ispatına yönelik açık hüküm içeren bir düzenleme yoktur. Aydınlatma borcunun iki yasal temeli vardır. Biri tedavi sözleşmesi diğeri onamının geçerliliği için aranan bir şart olmasıdır. Hukukumuz bakımından her iki esas da savunulabilir. Birinci çözüm hastanın ikinci çözüm ise hekimin çıkarınadır. Eğer aydınlatmanın zorunluluğu sadece sözleşme açısından değerlendirilirse ispatın iddiayı ileri sürene bırakılması doğrudur.. ancak hekimin karşısında daha zayıf bir durumda olan hastanın korunması amacıyla ispat yükümlülüğünün hekime bırakılması doğru bir çözümdür.⁵⁰

Sonuç olarak; insan onurunu korumayı, bireye saygı ilkesini yaşama geçirmeyi hedeflemiş olan aydınlatılmış onamın geçirdiği tarihi süreç, ilk bakışta yasal bir gelişim gibi görünse de, dayandığı gerekçeler birer ahlak etik değer, ilke olmaktadır. Güven-güvene dayanan ilişki, insana saygı-özerklik, bireyin kendi hakkında karar verme hakkı gibi. Bu ilke ve değerlere dayandırılan aydınlatılmış onam, her bir dava kararı ile bir gelişme kaydederek, günümüzün olmazsa olmaz koşulunu oluşturmuştur. Her bir dava, aydınlatılmış onam kurallarının, koşullarının oluşmasında rehberlik etmiş, hatta pek çok eyaletin, ülkenin yasal düzenlemeleri için örnek teşkil etmiştir.⁵¹

⁴⁹ s. 236

⁵⁰ Ersoy, N., a.g.e, İstanbul, 2003, s.222

⁵¹ Ersoy, N., a.g.m, s.4

2.4.3. HASTANIN ÖZEL YAŞAMINA SAYGI (MAHREMİYET) HAKKI

2.4.3.1. Hastanın Özel Yaşamına Saygı Hakkı

Hasta hakları literatüründe “mahremiyet hakkı” olarak kullanıla gelen “mahremiyet” sözcüğü, özel yaşama saygı hakkının bir boyutu olan “özel yaşamın gizliliği” anlamını ifade etmekte olup; “mahremiyet hakkı” da “özel yaşamın gizliliği hakkı”na denk düşmektedir. Fakat bu nüansa işaret etmekle birlikte biz, literatürdeki kullanım alışkanlığı nedeniyle özel yaşama saygı hakkı ile mahremiyet hakkını eş anlamda kullanmakta sakınca görmemekteyiz. Sözünu ettiğimiz kavramı tam ve kısa olarak ifade etmek üzere “özel hayat hakkı” deyiminin kullanılması da mümkündür. Özel yaşama saygı hakkı, yaşama hakkı ve kölelik yasağı gibi geleneksel haklardan farklı olarak, çok sonraları (20. yüzyılda) tanınmış ve yargısal içtihatlarla geliştirilmiş bir hak kategorisidir.⁵²

Hatta özel yaşamın gizliliği hakkının sınırlarının henüz tam bir netlik içinde çizilemediği, bu konuda ciddi belirsizlikler yaşanmakta olduğu kabul edilmektedir. Fakat çok sonraları tanınmış ve koruma altına alınmış olmasına rağmen, özel yaşamın gizliliği hakkının birinci kuşak (klasik) haklar arasında yer aldığı, ayrıca ikinci ve üçüncü kuşak haklarla da yakın bağlantılı bir hak olduğu ileri sürülmektedir.⁵³

Bir hak konusu olarak özel yaşamın korunması anlayışı, değişik felsefi görüşlerle temellen dirilmeye çalışılmaktadır. Bunlardan biri, özgürlük idealinin asli elemanlarından biri sayılan “kişisel özerklik” yada “bireysel dokunulmazlık” anlayışıdır. Bir diğeri, yararcılık felsefesinden beslenen ve Devletin müdahalesinden uzak kaldığı ölçüde bireyin kendini daha mutlu hissettiği varsayımına dayanan “bireyin mutluluğu İlkesi”dir. Bir başkası ise, koruma altına alınmış bir özel yaşamın

⁵² Deryal,Y., “Biyotıp Sözleşmesinin 10. Maddesi Kapsamında Hastanın Özel Yaşamına Saygı (Mahremiyet) Hakkı”, <http://www.akader.info/>, (12/01/09), s.1

⁵³ Deryal,Y.,a.g.w, 2009,s.2

“insan onuru” na daha çok yakıştığı ve “bireyin bağımsızlığı”nı güvence altına aldığı düşüncesidir.⁵⁴

Bireyin yaşam alanının içi içe girmiş üç daireden oluştuğu genellikle kabul edilmektedir.

1. Ortak alan: Herkesin bilgisine ve ilgisine açık olan, kamuya açık alanlarda yaşanan ve herkesle paylaşılmakta bir sakınca görülmeyen yaşam alanıdır. Genelde kamuoyu önünde meydana gelen toplantı, basın açıklaması gibi hallerde konuşulan bu alan içerisinde değerlendirilebilir.⁵⁵

2. Özel alan: Kişinin ancak yakın çevresi ile paylaştığı ve tercih edilen yakınlar dışında kalmış kişilerce bilinmesi istenmeyen sınırlı/korumalı yaşam alanıdır. Genel olarak kişi bu gibi faaliyetlerini ailesi, iş arkadaşları gibi yakın çevre ile paylaşır ya da paylaşmak zorunda kalır; çalışma hayatı ve günlük olaylar bu alan içerisinde yer alabilir.⁵⁶

3. Gizli (mahrem) alan: Kişinin başkalarının bilinmesini istemediği ve yalnız yaşamak istediği, sadece iç dünyasında kalmasını istediği gizli ve sırlı yaşam alanıdır. Hasta mahremiyetinin korunmasından bahsedildiğinde, hastaların hastalıkları, teşhis ve tedavileriyle ilgili bilgi ve belgelerin hastanın tıbbi bakımıyla, teşhis ve tedavisiyle ilgili olmayan ve kendisinin izin vermediği üçüncü kişilerden gizlenmesi gerektiği kastedilir.⁵⁷

Bireyin korunmaya değer özel yaşamında ise şu unsurlar yer almaktadır:⁵⁸

1. Bireyin fiziksel ve zihinsel dokunulmazlığının, moral ve entelektüel özgürlüklerinin korunması,
2. Bireyin onuru ve şöhretinin haksız fiillere karşı korunması
3. Bireyin adı, kimliği veya resminin yetkisiz kullanımlara karşı korunması

⁵⁴ Deryal, Y., a.g.w, 2009, s.2

⁵⁵ Sert, G., a.g.e, s.178

⁵⁶ Sert, G., a.g.e, s.178

⁵⁷ Özlü, T., a.g.e, İstanbul, 2005, s.173

⁵⁸ Deryal, Y., a.g.w, 2009, s.3

4. Bireyin izlenme, gözetlenme veya tacizlere karşı korunması
5. Mesleki sır kapsamına giren bilgilerin açıklanmasına karşı korunması.
- 6.

2.4.3.2. Hasta Sırrının Korunması

Kişinin özel yaşamının gizliliğine saygınlığının sağlanmasında “sır kavramı” önemlidir. “ Sahibinin açıklanmamasında yarar gördüğü ve başkaları tarafından daha önce bilinmeyen husus” olarak da tanımlanan sır kavramında iki unsurun varlığı söz konusudur.⁵⁹

Subjektif unsur; bir bilginin sır olarak değerlendirilebilmesi için yararı olan kişi tarafından gizli kalmasını istemesi gerekir. Kişi bunu tavırlarıyla da hissettirebilir. Kişinin herhangi bir nedenle bilginin açıklanıp açıklanmaması ile ilgili iradesini bildiremeyeceği hallerde (kişinin bilinci yerinde olmaması gibi) ise bilginin başkalarına verilmesinde kişiye zarar verip vermemesine göre değerlendirmeye gidilmelidir.

Objektif unsur; bir hususun sır olarak kabul edilmesi için gerekli olan ikinci unsurda bilginin daha önce bilginin başka kişiler tarafından bilinmesini istemediği durumdur. Eğer bilgi daha önce üçüncü kişiler tarafından biliniyorsa ,kişi onun sır olarak saklanmasını istese bile, o bilgi objektif olarak sır olma niteliği taşımaz.⁶⁰

Hastaya Ait Bilgilerin Açıklanması; Sağlık hizmetlerinde bilgisayar kullanımının yaygınlaşması, hasta mahremiyetini tehdit eden boyutlarda hastaya ait bilgilerin daha çok birim ve kişi tarafından öğrenilmesine neden olmaktadır. Halbuki sağlık kurumu ve/veya hekimin, tanı ve tedaviye ilişkin bilgi ve belgeleri düzenli olarak kaydetme ve özenle saklama yükümlülüğü bulunmaktadır. Uygulamada hastanın başvurusu, tetkikleri, yatış işlemleri, hasta kayıtlarının tutulması sırasında ve saklanması konusunda tıbbi sekreterlerin, arşiv görevlilerinin ve diğer yardımcı sağlık personelinin hatta hekimlerin uymakla yükümlü buldukları gizlilik ilkesine titizlik ve özen içinde riayet konusunda duyarsız davrandıkları görülebilmektedir.⁶¹

⁵⁹ Sert, G., a.g.e, s.178

⁶⁰ s.179

⁶¹ Deryal,Y.,a.g.w, 2009,s.5

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir. Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.⁶²

2.4.3.3 Hastanın Beden Mahremiyeti

Hasta Hakları Yönetmeliği “Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” kenar başlığına sahip 21. maddesinde konuyu ayrıntılı şekilde düzenlemektedir:

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

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

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

⁶² Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420, 2009

6) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.⁶³

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez, hekim ölümden sonrada ilgiliye ilişkin bilgileri aleni hale getirmez.⁶⁴

“Hastaya ait mahremiyetin sınırlarını hasta belirler. Hastanın başkalarının bilinmesini istemediği bilgiler, mahremiyete dahildir. Eğer hastanın bu konuda açık beyanı yoksa, başkalarının bilinmesi durumunda hastanın zarar görebileceği varsayılan konular, mahrem kabul edilebilir.”⁶⁵

2.4.4. BAŞVURU VE ŞİKAYET HAKKI

Hasta, sağlık hizmeti alırken karşılaştığı sorunların çözümü için çeşitli başvuru imkânlarına sahiptir. Yapılacak başvuru, etik, idarî ve yargısal nitelik taşıyabilir. Belirtmek gerekir ki, hasta lehine tanınan yetkilerin, güvencesiz olması ve özellikle hukuksal güvence taşımamaları, bu yetkilerin hak olarak nitelendirilmemesini doğurur. Bu itibarla, başvuru hakkı, hasta lehine tanınan yetkilerin hak olarak nitelendirilmesinin esasını teşkil eder.⁶⁶

“Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru hakkına sahip olmalıdırlar. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanı sağlanmalıdır”.⁶⁷

Konuya Hasta Hakları özelinde bakıldığında ise; karşımıza Hasta Hakları Yönetmeliği'nin, “Müracaat, şikayet ve dava hakkı” başlıklı 42. Maddesi çıkmaktadır: 'Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.' Biçiminde

⁶³ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

⁶⁴ Inceoğlu, S., a.g.k, s.20

⁶⁵ Özlü, T., a.g.e, s.173

⁶⁶ Sur vd., a.g.k, Ankara, 2000, s.404

⁶⁷ Özlü, T., a.g.e, İstanbul, 2008, s.150

mevcut ve geçerli olan mevzuatı sıraladıktan sonra şöyle diyor: Ne var ki, bir hakkın kabul edilmesi yeterli değildir.

Önemli olan, devletin, hakkın sağlıklı ve etkili kullanımını sağlayıcı uygun önlemleri almasıdır. Ancak söz konusu kanun ile, mağdur olduğunu düşünen hastaların, ceza mahkemeleri önünde haklarını aramaları engellenmiş, bir başvuru hakkı rafa kaldırılmıştır. Bugün, farklı yasalar içerisinde ve son olarak da Hasta Hakları Yönetmeliğinde sayılan hasta haklarının korunmasında, en etkili mekanizmalardan biri olan adli yargının, dolayısıyla dava açma hakkının bir şekilde engellenmesi, uluslararası alanda kabul edilmiş. 'Adil ve doğru yargılanma hakkı'nı da ihlal etmektedir.

Av. Demircan'a göre söz konusu adil yargılama hakkı Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde de koruma altına alınmış durumda. Sözleşmenin konu ile ilgili 6. Maddesi'nde "Herkes, gerek medeni hak ve yükümlülükleri ile ilgili anlaşmazlıkların çözümlenmesi, gerek kendisine yöneltilen herhangi bir suçlamanın karara bağlanması konusunda, kanunla kurulmuş bağımsız ve tarafsız bir mahkeme tarafından, davasının makul bir süre içinde adil ve açık olarak görülmesini istemek hakkına sahiptir" deniliyor ve bu karar nedeniyle de hasta ve hasta yakınlarının Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ne başvurma hakkı oluşuyor.⁶⁸

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde "Hasta Hakları Birimi", sağlık tesislerinde ise, bir üyesini "Hasta Hakları Şikayet Birimi Sorumlusu"nun oluşturduğu "Hasta Hakları Kurulları" bulunmaktadır. Sağlık bakanlığı 2003 yılında yürürlüğe giren "Sağlık Tesislerinde Hasta Haklarının Uygulanmasına İlişkin Yönerge"nin 9.maddesi şikayetlerin ele alınma biçimi açıklanmaktadır.⁶⁹

Hastane hasta hakları birimine gelen şikayetler 1 gün içerisinde kurul üyelerine şikayet konuları ve raporları dağıtılır

1. Şikâyet edilen personelden 1 gün içerisinde bilgi istenir.

⁶⁸ Sütlaş, M, <http://www.hastahaklari.org/>, (15.03.2009)

⁶⁹ Özlü, T., a.g.e, İstanbul, 2008, s.151

2. Personel 2 gün içerisinde kurula cevap verir.

3. Personelden istenen bilgileri en geç bir gün içinde kurul üyelerine ulaştırılır.

Konuyla ilgili tarafların dışındaki kişilerin görüşleri gerekirse kurul başkanının görevlendireceği bir kişi tarafından alınır. Alınan bu görüşler 1 gün içerisinde kurul üyelerine tekrar dağıtılır. Verilen karar hasta hakları bilimi sorumlusuna hastaya iletilir. Daha sonraki yasal süreç ve yapabilecekleri hakkında ayrıca bilgi verilir. Yargısal başvurularda hastanın iki temel talebi olacaktır: Zararının tazmini ve sorumlunun cezalandırılması.⁷⁰

Hasta, zararının tazminini, tazminat davası ile talep edecektir. Tazminat talebi ise, iki türlü olabilir: Birincisi, hastaya verilen zararın maddî olarak tazminidir. Maddî tazminat talebinde hasta, tedavi yüzünden uğradığı kazanç kaybını isteyecektir. Ayrıca meydana gelen zararın yeni bir tedaviyi gerektirmesi halinde bu tedavi giderini de talep edecektir. Hasta, meydana gelen zararla, kısmi veya daimi zaafa uğramışsa bunun giderilmesini isteyebileceği gibi, ölmesi halinde bakmakla yükümlü olduğu kişiler de tazminat talebinde bulunabilirler. İkinci tazminat talebi ise, manevî tazminattır. Manevî tazminat talebinde hasta, yanlış bakım ve tedavinin kendisi için doğurduğu olumsuz manevî zararın giderilmesini talep edecektir.⁷¹

Yargı mercilerinin, sağlık kuruluşunun ve/veya sağlık personelinin hastaya tazminat ödemelerine karar verebilmesi için hastanın başvurusu zorunludur. Ancak ceza hukuku açısından sağlık personelinin takibata uğraması için kural olarak hastanın başvurusu aranmaz. Ceza hukuku açısından hastanın başvurusu, sadece Cumhuriyet başsavcılığının harekete geçmesini sağlayacaktır. Cumhuriyet başsavcılığınca resen soruşturma yürütülecektir. Sağlık personelinin görevi ihmali, taksirle ölüme sebebiyet vermesi gibi hallerde durum budur. Sağlık çalışanının taksirle yaralamaya sebep olması ve bu yaralamanın 20 günden az mutad iştigale engel nitelik taşıması, basit etkili eylem (TCK madde 456/4) hallerinde ise, yine hastanın şikâyeti aranacaktır.⁷²

⁷⁰ Çinko, S., a.g.m, 2008, s.5

⁷¹ Çinko, S., a.g.m, 2008, s.6

⁷² Çinko, S., a.g.m, 2008, s.6

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı

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

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

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

Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;⁷³

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

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

Geliştirilen hasta hakları içerisinde tanımlanan şikâyet hakkı da, şeffaflığın güvencesi olacak kaliteli hizmet konusundaki duyarlılığın korunması ile ilgili dinamiktir. Gelişmiş ülkeler, bütün bu faktörleri dikkate alan bir tutumda sağlık

⁷³ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

sisteminin şeffaflaştırmada ölçütler ve yöntemler geliştirme çabası ortaya koymakta, şikayetin en kolay şekilde ifade ve takip edilebileceği mekanizmalar oluşturmaya çalışmaktadırlar. Ülkemizde, sağlık hizmeti almada seçme hakkı sınırlı olsa da, atılmış adımlar bulunmaktadır. Hastanın şikayet hakkını kullanabilmesi için, Sağlık Bakanlığı'nın oluşturmaya çalıştığı sistem yerleştirilme aşamasında olsa da kuşkusuz önemli bir adımdır. Sağlık alanında verilen hizmetin kalitesinin sorgulanması, sonuçların tüm vatandaşların ulaşacağı ve anlayacağı şekilde ifade edilmesi ise, çağdaşlığın gereği ama henüz yerine getirilmemiş bir ödev olma özelliğini korumaktadır.⁷⁴

2.4.5. SAĞLIK PERSONELİNİ VE SAĞLIK BİRİMİNİ SEÇME HAKKI

Hasta haklarıyla alakalı tüm metinler, hastaların hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını güvence altına alırlar. Hekim seçme hakkı, modern anlamda ilk uluslararası metin olan Lizbon Bildirgesinin birinci maddesinde yer alır. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.

Amsterdam Bildirgesinde ise: “Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir” denilmektedir. Bali Bildirgesinde bu konu, “Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak, hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir” şeklinde yer almaktadır. Roma sözleşmesinde de, Hasta, hangi teşhis ve tedavi yöntemin kullanılacağı ve doktor, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir” ifadesine yer verilmiştir.⁷⁵

Bu düzenlemelerde hastaların, hekim ve sağlık kurumunu seçme haklarının olduğu, açıkça belirtilmektedir. Ancak bazı koşullar ve kurullarla, bu hakkın kullanımının sınırlandırılabilceği anlaşılmaktadır. Yönetmelikte sözü edilen kısıtlayıcı durumlar, hekim veya kurum değiştirmenin, hastanın sağlık durumunu

⁷⁴ Bostan, S., a.g.w, 2008, s.3

⁷⁵ Özlü, T., a.g.k, 2005,s.151

olumsuz olarak etkilemesi olasılığı ile sağlık harcamalarını finanse eden sigorta veya sosyal güvenlik kurumunun sevk zinciri kurallarıyla ilişkilidir.⁷⁶

Buna göre, hekim veya sağlık kurumu değiştirmenin, hastanın yaşamını tehlikeye sokmayacak olması ve ortaya çıkan fazla maliyetin hasta tarafından karşılanması durumunda ortada bir sorun kalmamaktadır. Aynı kurum içerisinde hekim seçme veya değiştirme hakkının kullanılması bakımından ise, teorik olarak fazla bir sorun görülmemektedir. Ancak, uygulamada bu hakkın sınırsız olarak kullanılabilmesi, her zaman mümkün olmayabilir. Çünkü, sağlık kurumlarının işletim sistemi, personelin çalışma koşulları, nöbet ve vardiya uygulamaları ile izin ve rotasyonlar nedeniyle hastaların diledikleri hekimi veya sağlık çalışanına başvurmaları mümkün olmayabilir.⁷⁷ Bunun sağlanabilmesi için öncelikle birimler arasında eşitlik ve birimler arasında verecekleri hizmetlere uygun bir basamaklandırmanın sağlanması gerekir. Bu tür kısıtlayıcı durumlar haricinde sağlık kurumlarının, hastaların personel seçme haklarını kullanabilmeleri için gerekli ortamı sağlamaları, yönetmelik gereğidir.⁷⁸

Hasta gözüyle bakıldığında, bu hakkın gerekçesi açıktır. Hayatınız en değerli varlığınızdır. Hastalıklar, hayatı tehdit etmeleri nedeniyle insanları endişelendirir. Hayatı koruma güdüsü, en güçlü dürtüdür. Herhangi bir hastalığa yakalanan veya yakalandığını düşünen bir kişi, bir an önce, en kısa yoldan, en güvenilir ve en konforlu bir şekilde bu durumdan kurtulmak ister. Kişinin, sahip olduğu tüm değerleri yitirmesine neden olabilecek yaşamsal bir tehlike karşısında, ümit bağladığı, fayda umduğu bir hekime veya sağlık kurumuna ulaşması engellenmemelidir. Öbür taraftan, hekimlerin sosyal güvenlik kurumları yada özel sigorta şirketlerinin kaynaklarını rasyonel olarak kullanma sorumlulukları vardır. Tıbbi gereksinim olmaksızın, sırf hastaların talebi üzerine uzak merkezlere hastaların sevkiyle, hem sağlık hizmetlerinin maliyeti, hem de sağlık kurumlarının iş yükü artacaktır. Bu zıt kaygılar dikkate alınarak, bir orta yol bulunabilir. Şöyle ki: aynı kurum içerisinde hekim seçme talepleri, çalışma düzenini aksatmayacak ölçüde

⁷⁶Özlu, T.a.g.k, 2005,s.151

⁷⁷Özlu, T.a.g.k, 2005,s.118

⁷⁸ Sert, G., a.g.k, s.69

olabildiğince karşılanmalıdır. Diğer kurumlara ve uzak merkezlere sevk konusunda ise, ekstra maliyetlerin hasta tarafından karşılanması, makul bir çözümdür.⁷⁹

Ülkemizde hastalar, hekim ve sağlık kurumunu seçme hakkını pek kullanamamaktadırlar. Çoğu hasta, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarının öngördüğü ve kamuya ait belirli bir sağlık kurumundan sağlık hizmeti almak zorundadır. Üstelik o gün için başvurduğu bölümde görevli olan personel kimse, ona muayene ve tedavi olmak durumundadır. Hatta, aynı branşta iki hekim çalışıyor olsa bile, hastaya hangi hekime gitmek istediği, genellikle sorulmaz ve rastlantısal olarak birisine randevu verilir. Bir sağlık ocağından hizmet almak durumunda kalan hasta sağlık ocağında bulunan iki hekimden birinden sağlık hizmeti almak isterse hastanın bu talebi hekimini seçme hakkı çerçevesinde ele alınarak kabul edilecek midir?⁸⁰

Bu durumda, ancak özel sektöre ait kurumlara ve serbest muayenehanelere başvuranlar, gerçek anlamda hekimini seçebilmektedirler. Yani, hekim seçme hakkı, sadece parası olanlara tanınmaktadır. Oysa hasta, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna da prim ödemekte ve dolayısıyla kamudan aldığı sağlık hizmetini finanse etmektedir. Buna rağmen, kendisine hekim ve kurum seçme hakkı tanınmamaktadır.

Netice olarak, hastaların hekim ve sağlık kurumunu seçme hakları kağıt üstünde kalmamalıdır. Sadece doğrudan para ödeyenlerin değil; yıllarca sigorta primi yatırarak sağlık harcamalarını finanse eden sigortalıların da, diledikleri hekim veya sağlık kurumundan hizmet alabilmelerine fırsat tanınmalıdır. Kurum içerisinde hekim seçme hakkının uygulanması, fiziki koşullar yeterli ise kısıtlanmamalıdır. Kurumlar arası veya uzak merkezlere sevk konusunda da, hastanın zarar görmemesi ve kamuya fazladan maliyet getirmemesi durumunda kısıtlayıcı davranılmamalıdır. Her hizmetin maliyeti, makul ölçüler içerisinde belirlenmeli ve sigortalı, hizmeti nereden alırsa alsın ödeme yapılmalıdır.

Hasta, isterse farklı kamu hastanelerinden, isterse özel sektöre ait poliklinik veya kliniklerden yada bir hekimin özel muayenehanesinden hizmet alabilmelidir.

⁷⁹ Özlü, T., a.g.k, 2005,s.120

⁸⁰ Sert, G., a.g.k, s.69

Bu bedeli yeterli bulan hastane ve poliklinikler ile kamuda çalışmayan hekimlerin, özel muayenehanelerinde kamu personeli ile sigortalı hastaları kabul etmelerine izin verilmelidir. Makul sınırlar içerisinde olmak koşuluyla, fazla maliyetin, buna razı olan hastalarca karşılanması da mümkün olabilir. Böylece, hem hastalara hekim seçme hakkı tanınmış olur, hem de kamuya ait sağlık kurumlarındaki yığılmalar ve aşırı iş yükü azaltılabilir. Hekimler ve sağlık kurumları da, hasta memnuniyetine daha çok önem verirler ve hizmetin kalitesi artar.⁸¹

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

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

Acil vakalar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar. Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.⁸²

⁸¹ Özlü, T., a.g.k, İstanbul, 2005, s.196

⁸² Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.⁸³

2.4.6. MORAL VE MANEVİ DESTEK ALMA HAKKI

İnsan haklarının sağlık hizmetleri alanına yansımaları olarak değerlendirilebilen hasta hakları temel insan hak ve özgürlüklerinden biri olan inanç ve vicdani kanaate saygıyı da içermelidir. Bu hakkın sağlanmasının en önemli koşulu inanç ve vicdan hürriyetinin sağlanmasıdır. Her inanca saygı gösterilmesi, kişilerin belli inanca zorlanmaması ve kendi inancının gereklerini yerine getirebilmesi insan haklarının öğretisinin içerdiği inanç ve vicdani kanaatlere saygının unsurlarından dır.⁸⁴

Hastayı teselli etme ve moral verme işi sadece din görevlilerine ait bir vazife değildir. Başta hastanın en yakınları olmak üzere, arkadaşları, dostları, akrabaları da benzer işlevler üstlenebilirler. Bundan da öte, başta hekimi olmak üzere onun tıbbi bakım ve tedavisini üstlenen sağlık çalışanlarının da böyle bir görevleri vardır. Hastalarına daima moral vermeleri; teselli etmeleri, yaşama sevinci aşılama, güler yüzlü vs. olmaları gerekir. Hastaların dayandıkları; güç aldıkları ve teselli buldukları beklentilerini; inançlarını ve umutlarını söndürmemeleri çok önemlidir.⁸⁵

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının kendi değer yargıları, düşünceleri, inançları ne kadar farklı olsa da, hastanın moral ve manevi değerlerine saygı göstermeleri ve ona olan müdahalelerinde bunları dikkate almaları gerektiği

⁸³ Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

⁸⁴ Sert, G., a.g.k, s.262

⁸⁵ Özlü, T., a.g.k, İstanbul, 2005, s.196

günümüzde kabul görmektedir. Sadece tıbbi işlemler sırasında değil, hastalarla kurulan iletişim ve insani ilişki sürecinde de hastanın moral ve değerleri göz önünde tutulmalıdır.

Hasta hakları yönetmeliğindeki yeri;

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır.⁸⁶

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (Madde 9 /II)

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

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası da (1982) 13.maddedeki sınırlamalarla din özgürlüğünü de sınırlamıştır. 14. maddede temel hak ve hürriyetlerin kötüye kullanılmaması şartıyla din özgürlüğü de kullanılabilir. Anayasada 24. maddenin son fıkrasında din özgürlüğü ile özel bir sınırlama da vardır.⁸⁷

⁸⁶Hasta Hakları Yönetmeliği, 2009

⁸⁷ Sert,G.,a.g.k, s.262

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982 (Madde 24 / V)

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

Belirlenen bu sınırlama nedenleriyle hastaların da inanç ve vicdani kanaatlerine saygının sınırlanması mümkündür. Bu konuda sadece talepte bulunan kimselere inançlarına ve vicdani kanaatlerine uygun bir yardım laiklik ile güvence altına alınmış din ve vicdan özgürlüğü içinde sağlanmalı sağlık birimlerinin koşul ve olanakları göz önünde bulundurulmalıdır.⁸⁸

⁸⁸ Sert,G.,a.g.k, s.262

III. BÖLÜM
I.BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA HAKLARI BİLİNCİ
DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ: BAHÇELİEVLER ÖRNEĞİ ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA

3.1.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Amaç

Bu araştırmada, sağlık hizmeti kalitesi ve hasta memnuniyetinde önemli yeri olan hasta hakları konusunda Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde görev yapan sağlık personelinin bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır

3.1.2. Varsayımlar

1. Araştırmada veri kaynağı olarak kullanılan formların doğru olarak doldurulduğu ve gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.
2. Seçilen deneklerin, saptanan sınırlılıklar içinde evreni temsil ettiği varsayılmıştır.
3. Araştırma evrenini oluşturan personel sayısının doğruluğu, kaynak olarak kullanılan İstanbul Bahçelievler SGB ve ona bağlı birimleriyle sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle sonuçlar İstanbul'daki Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini genellememektedir. Bu araştırma İstanbul Bahçelievler Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin kapsamaktadır.

3.1.3. Yöntem

Araştırma, 2009 yılı Eylül ayında yürütülmüştür. Araştırma evrenini Bahçelievler Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde ve ona bağlı bulunan toplam 1 AÇSAP, 2 VSD ve 17 Sağlık Ocağı oluşturmaktadır. Araştırmada tam sayım yöntemi ile 63 doktor, 43 ebe ve 33 hemşire olmak üzere toplam 139 kişiye Ek-1 de sunulan anketler uygulanmıştır. 18 kişi anket formunu doldurmamıştır toplam 127 kişi çalışmaya katılmıştır.(%91)

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

Anketin ilk 10 sorusu demografik özellikleri ölçen şıklı sorulardan, 11-16 sorular *Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımını*, 17-27. sorular *Sağlık alışanlarının, Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumlarını*, 28-34. sorular *Sağlık Personelinin Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarını*, 35 ve 41. sorular *Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları* ölçmeye yarayan sorulardan oluşmaktadır.

Buna göre her bir soruya ilişkin alınan cevapların ortalaması ve standart sapması ölçülmüştür. Ölçeğimizde likert ölçeği kullanılmış ve puanlama “1:Kesinlikle katılmıyorum”, “2:Kısmen katılmıyorum”, ”3:Fikrim yok”, ”4:Kısmen katılıyorum”, ”5:Kesinlikle katılıyorum” şeklinde yapılmıştır. İlgili sorulara göre verilen cevapların tanımlayıcı istatistiği olarak ortalama ve standart sapma değerinden yararlanılmıştır. Anketlerin analiz kısmında profesyonel destek alınmıştır.

3.1.4. Veri Toplama Aracı ve Veri Kaynakları

Anketlerin uygulanabilmesi için Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne anket izin formu için dilekçe yazıldı ve Üni aracılığı ile izin formu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Strateji Birimine gönderildi. Eylül ayında izin formu imza karşılığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nden alınıp 10 gün içerisinde sağlık personeline anketler uygulanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket formu, birçok çalışmadan derlenmiş; tarafımdan yeni maddeler de eklenerek oluşturulmuştur. Esas anket uygulaması yapılmadan önce kendi çalıştığım sağlık ocağında görev yapan 10 sağlık personeline pilot anket uygulaması yapılmıştır. Uygulama sonucunda elde edilen bilgiler ve sağlık personeliyle karşılıklı görüşmelerden elde edilen sonuçlara göre ankette yer alan her soru yeniden değerlendirilmiş, geliştirilmiş ve anket

sorularına son şekli verilerek Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde çalışan sağlık personeline uygulanmıştır.

Saha çalışmasında ise toplamda 20 birim mevcut, her sağlık kuruluşuna gidilerek anketler elden verilip yüz yüze görüşme ile doldurulması planlandı, yapılabilirliğini ölçmek için SGB ve bir sağlık ocağı seçildi oradaki sağlık çalışanlarına anketler verildi yüz yüze doldurulması için açıklama yapıldı, zamanlarının olmadığını anketleri bırakmamı daha sonra almamı söylediler. Bu iki kurumda da bu yöntem ile anketler doldurulamadı, izin alma probleminin olması 20 birime her gün gidip anketlerin doldurulması 20 güne yakın bir süre alacağından bu yöntem uygulamaktan vazgeçildi. Anketler SGB tarafından bütün birimlere posta yöntemiyle gönderildi ve 10 süre içerisinde anketler SGB' dan elden teslim alındı.

3.1.4. Araştırmanın Hipotezleri :

H₁ : Mesleklerine göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₂ : Çalıştığı kurumdaki görev sürelerine göre Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₃ : Yaş gruplarına göre yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₄ : Cinsiyetlerine göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlarına katılım düzeyleri arasında fark vardır.

H₅ : Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₆ : Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₇ : Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₈ : Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₉ : Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₁₀ : Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personelinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

H₁₁ : Personellerin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

3.2. BULGULAR VE YORUMLAR

3.2.1. Araştırmamıza Katılanların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmamıza katılanların demografik özellikleri ile ilgili frekansları bu başlık altında incelenecektir.

Araştırmamıza katılanların meslek gruplarına göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %44,1'i (56 kişi) Doktor'lardan oluşmakta, %31,5'i (40 kişi) Ebe'lerden oluşmakta ve %24,4'ü (31 kişi) Hemşirelerden oluşmaktadır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 1: Meslek gruplarına göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	Doktor	56	44,1	44,1
	Ebe	40	31,5	75,6
	Hemşire	31	24,4	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %78'i (99 kişi) Sağlık Ocağı'ndan, %7,9'u (10 kişi) Sağlık Grup Başkanlığı'ndan, %7,9'u (10 kişi) Ana Çocuk Sağlığı Merkezi'nden ve %6,3'ü (8 kişi) Verem Savaş Dispanseri'nden araştırmamıza katılmışlardır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 2: Katılımcıların çalıştıkları kurumlara göre dağılımı

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	Sağlık Grup Başkanlığı	10	7,9	7,9
	Sağlık Ocağı	99	78,0	85,8
	Ana Çocuk Sağlığı Merkezi(AÇSAP)	10	7,9	93,7
	Verem Savaş Dispanseri	8	6,3	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların cinsiyetlere göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %77,2'si (98 kişi) kadın katılımcılardan, %22,8'i (29 kişi) erkek katılımcılardan oluşmaktadır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 3: Cinsiyete göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	Kadın	98	77,2	77,2
	Erkek	29	22,8	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların yaş gruplarına göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %51,2'si (65 kişi) 32 ile 42 yaş arasında, %25,2'si (32 kişi) 21 ile 31 yaş arasında, %20,5'si (26 kişi) 45 ile 53 yaş arasında, %3,1'i (4 kişi) 53 yaş üstünde dağılıma sahiptir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 4: Yaş gruplarına göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	21-31	32	25,2	25,2
	32-42	65	51,2	76,4
	43-53	26	20,5	96,9
	53 üstü	4	3,1	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların medeni durumlarına göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %73,2'si (93 kişi) evli kişilerden oluşmakta, %18,9'u (24 kişi) bekar katılımcılardan ve %7,9'u (10 kişi) boşanmış veya dul katılımcılardan oluşmaktadır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 5: Medeni durumlara göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	Evli	93	73,2	73,2
	Bekar	24	18,9	92,1
	Boşanmış/Dul	10	7,9	100
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların çalıştıkları kurumda görev yapma sürelerine göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %68,5'i (87 kişi) 1 ile 3 yıldan bu yana çalıştıkları kurumda görev yapmakta, %18,9'u (24 kişi) 10 yıl ve üstünde bir süredir çalıştıkları kurumda görev yapmaktadırlar, %10,2'si (13 kişi) 4 ile 6 yıl arasında ve %2,4'ü (3 kişi) 7 ile 9 yıl arasında çalıştıkları kurumda görev yapmaktadırlar. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 6: Çalıştıkları kurumda görev yapma süresine göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	1-3 yıl	87	68,5	68,5
	4-6 yıl	13	10,2	78,7
	7-9 yıl	3	2,4	81,1
	10 yıl ve üstü	24	18,9	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların aylık gelir durumlarına göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların %48'i (62 kişi) 1100 ile 1700 TL arasında gelire sahip, %21,3'ü (27 kişi) 2500 ve üstü TL arasında gelire sahip, %15,7'si (20 kişi) 1800 ile 2400 TL arasında gelire sahip, %14,2'si (18 kişi) 900 ile 1000 TL arasında gelire sahiptir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 7: Aylık gelir durumuna göre dağılımı

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	900-1000 TL	18	14,2	14,2
	1100-1700 TL	62	48,8	63,0
	1800-2400 TL	20	15,7	78,7
	2500 ve üstü TL	27	21,3	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların çalıştıkları kurumda mesai saatleri içerisinde bir hasta için ayırdığı süreye göre dağılımı incelenmiştir. Araştırmamıza katılan personelin %94,5'ü (120 kişi) hasta bakan personellerden, %5,5'i (7 kişi) hasta bakmayan personellerden oluşmaktadır. Hasta bakan personellerden %58,3'ü (70 kişi) mesai saatleri içerisinde bir hasta için 5 ile 10 dakika süre ayrılabilir, %20'si (24 kişi) mesai saatleri içerisinde bir hasta için 5 dakikadan az süre ayrılabilir, %19,2'si (23 kişi) 10 ile 15 dakika süre ayrılabilir ve sadece %2,4'ü (3 kişi) 20 dakika ve üzerinde zaman ayrılabilir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 8: Personellerin mesai saatleri içerisinde bir hasta için ayırdığı süre

		Frekans	Yüzde	Gerçek Değer	Kümülatif Değer
Değer	5 dakikadan az	24	18,9	20,0	20,0
	5-10 dakika	70	55,1	58,3	78,3
	10-15 dakika	23	18,1	19,2	97,5
	20 dakika ve üzeri	3	2,4	2,5	100,0
	Hasta Bakan Toplam	120	94,5	100,0	
Hasta bakmayan		7	5,5		
TOPLAM		127	100,0		

Araştırmamıza katılanların hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılımı incelenmiştir. Buna göre araştırmamıza katılan personellerin %48'i (61 kişi) hasta hakları ile ilgili hiç eğitim almayanlardan, %40,2'si (51 kişi) sadece 1 kez eğitim alanlardan, %6,3'ü (8 kişi) 2 kez eğitim alanlardan ve sadece %5,5'i (7 kişi) hasta hakları ile ilgili 3 ve üstünde eğitim alanlardan oluşmaktadır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 9: Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumlarına göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Değer	Hiç almadım	61	48,0	48,0
	1 kez aldım	51	40,2	88,2
	2 kez aldım	8	6,3	94,5
	3 kez veya üstünde aldım	7	5,5	100,0
	Toplam	127	100,0	

Araştırmamıza katılanların hasta hakları ile ilgili eğitim aldıkları yerlere göre dağılımı incelenmiştir. Katılımcıların %51,2'si (65 kişi) eğitim alan personellerden ve %48,8'i (62 kişi) eğitim almayan personellerden oluşmaktadır. Buna göre eğitim alan personellerin eğitim aldıkları yerlere göre; %80'i (52 kişi) hizmet içi eğitimi sırasında, % 18,5'i (12 kişi) yüksek öğrenimim sırasında ve sadece %0,8'i (1 kişi) kongre, sempozyum sertifika programından eğitim almıştır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 10: Hasta hakları ile ilgili eğitim aldıkları yerlere göre dağılım

		Frekans	Yüzde	Gerçek Değer	Kümülatif Değer
Değer	Yüksek öğrenimim sırasında	12	9,4	18,5	18,5
	Hizmet içi eğitimim sırasında	52	40,9	80,0	98,5
	Kongre, sempozyum sertifika programı ile	1	,8	1,5	100,0
	Eğitim Alan Toplam	65	51,2	100,0	
Eğitim Almayan		62	48,8		
TOPLAM		127	100,0		

3.2.2. Araştırmamızda Kullanılan Ölçeklerin İncelenmesi

Araştırmamıza katılan deneklere kullanmış olduğumuz ölçek olan sağlık personellerin hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorular sorulmuştur ve katılım seviyeleri öğrenilmiştir. Buna göre her bir soruya ilişkin olarak alınan cevapların ortalaması ve standart sapması ölçülmüştür. Ölçeğimizde likert ölçeği kullanılmış ve puanlama "1:Kesinlikle katılmıyorum", "2:Kısmen katılmıyorum", "3:Fikrim yok", "4:Kısmen katılıyorum", "5:Kesinlikle katılıyorum" şeklinde yapılmıştır. İlgili sorulara göre verilen cevapların tanımlayıcı istatistiği olarak ortalama ve standart sapma değerinden yararlanılmıştır. Verilen cevapların ortalamalarının 5'li likert ölçeğinde hangi aralığa düştüğünü belirlemek amacıyla kullanılacak değer tablosu aşağıdaki gibidir;

Tablo 11: Değer tablosu

Ortalamaların Değer Aralığı	5’li Likert Ölçeğindeki Karşılığı
1.00 – 1.80	Kesinlikle Katılmıyorum
1.81 – 2.60	Kısmen Katılmıyorum
2.61 – 3.40	Fikrim Yok
3.41 – 4.20	Kısmen Katılıyorum
4.21 – 5.00	Kesinlikle Katılıyorum

Personellerin hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “*Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.*” ifadesi olmuştur(ortalama:3,3622) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye fikirlerinin olmadığı şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama “*Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yasama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.*” ifadesi olmuştur (ortalama:4,7559) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kesinlikle katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak Sağlık personelinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,9467 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kısmen katıldıkları sonucunu verir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 12: Hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri istatistikleri

	N	Ortalama	Std. Sapma
Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yasama hakkı olan sağlık hizmeti verilir.	127	4,7559	,87029
Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.	124	4,3468	1,19650
Hastalar, hastane ve sağlık personelinin varlık nedenidir.	124	3,7177	1,53845
Hasta hakları yükselen bir değerdir.	123	3,7886	1,30102
Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir.	127	3,3622	1,39540
Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.	127	3,7087	1,41483
Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı	127	3,9467	,86963
Gerçek N(Sayı)	119		

Araştırmamıza katılan deneklere kullanmış olduğumuz ölçek olan personellerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorular sorulmuştur ve katılım seviyeleri öğrenilmiştir. Buna göre her bir soruya ilişkin olarak alınan cevapların ortalaması ve standart sapması ölçülmüştür. Ölçeğimizde likert ölçeği kullanılmış ve puanlama “1:Kesinlikle katılmıyorum”,

”2:Kısmen katılmıyorum”, ”3:Fikrim yok”, ”4:Kısmen katılıyorum”, ”5:Kesinlikle katılıyorum” şeklinde yapılmıştır. İlgili sorulara göre verilen cevapların tanımlayıcı istatistiği olarak ortalama ve standart sapma değerinden yararlanılmıştır. Verilen cevapların ortalamalarının 5’li likert ölçeğinde hangi aralığa düştüğünü belirlemek amacıyla Tablo 11’den yararlanılmıştır.

Sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “*Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.*” ifadesi olmuştur(ortalama:2,9365) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye fikirlerinin olmadığı şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama “*Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.*” ifadesi olmuştur (ortalama:4,5794) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kesinlikle katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak sağlık personelinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3.9445 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kısmen katıldıkları sonucunu vermiştir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 13: Hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlarının istatistikleri

	N	Ortalama	Std. Sapma
Görevli personel isini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	127	3,8504	1,34565
Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.	127	4,1260	1,29095
Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.	127	4,3307	1,01618
Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.	126	2,9365	1,36086
Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.	126	4,3254	1,14423
Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.	123	3,5854	1,27348
Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.	126	3,4048	1,42648
Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir.	125	3,9040	1,34058
Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir.	126	4,2460	1,06348
Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.	126	4,5794	,91523
Hasta ve yakını istediğinde hastalık, hastalığın teşhis, tedavisi ile ilgili olarak yapılanlar ile ilgili bilgileri edinebilir	124	4,3952	1,04234
Sağlık Çalışanlarının , Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları	127	3,9745	,68011
Gerçek N(Sayı)	120		

Araştırmamıza katılan deneklere kullanmış olduğumuz ölçek olan personellerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorular sorulmuştur ve katılım seviyeleri öğrenilmiştir. Buna göre her bir soruya ilişkin olarak alınan cevapların ortalaması ve standart sapması ölçülmüştür. Ölçeğimizde likert ölçeği kullanılmış ve puanlama “1:Kesinlikle katılmıyorum”, ”2:Kısmen katılmıyorum”, ”3:Fikrim yok”, ”4:Kısmen katılıyorum”, ”5:Kesinlikle katılıyorum” şeklinde yapılmıştır. İlgili sorulara göre verilen cevapların tanımlayıcı istatistiği olarak ortalama ve standart sapma değerinden yararlanılmıştır. Verilen cevapların ortalamalarının 5’li likert ölçeğinde hangi aralığa düştüğünü belirlemek amacıyla Tablo 11’den yararlanılmıştır.

Sağlık personellerinin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.” ifadesi olmuştur(ortalama:2,0167) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kısmen katılmadıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama “Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları olmalıdır.” ifadesi olmuştur (ortalama:4,0397) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeyi kısmen katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak sağlık personelinin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3.4795 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelerle kısmen katıldıkları sonucunu vermiştir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir.

Tablo 14: Personellerin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarının istatistikleri

	N	Ortalama	Std. Sapma
Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde,mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları olmalıdır.	126	4,0397	1,05376
Hasta ve yakınları dilek ve şikâyetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.	126	3,9444	1,16142
Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurması olağan karşılanır.	126	3,9762	,99971
Hastanın herhangi bir personelden şikâyetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır.	120	3,5417	1,38961
Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.	120	2,0167	1,51731
Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe	118	3,5508	1,49984

yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.			
Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.	119	3,1933	1,50298
Sağlık Personelinin Yönetmelik Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	127	3,4795	,75183
Gerçek N(Sayı)	117		

Araştırmamıza katılan deneklere kullanmış olduğumuz ölçek olan personellerin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorular sorulmuştur ve katılım seviyeleri öğrenilmiştir. Buna göre her bir soruya ilişkin olarak alınan cevapların ortalaması ve standart sapması ölçülmüştür. Ölçeğimizde likert ölçeği kullanılmış ve puanlama “1:Kesinlikle katılmıyorum”, “2:Kısmen katılmıyorum”, “3:Fikrim yok”, “4:Kısmen katılıyorum”, “5:Kesinlikle katılıyorum” şeklinde yapılmıştır. İlgili sorulara göre verilen cevapların tanımlayıcı istatistiği olarak ortalama ve standart sapma değerinden yararlanılmıştır. Verilen cevapların ortalamalarının 5’li likert ölçeğinde hangi aralığa düştüğünü belirlemek amacıyla Tablo 11’den yararlanılmıştır.

Sağlık personellerinin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “*Hasta ve yakını, uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir*” İfadesi olmuştur (ortalama:4,0167) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kısmen katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama “*Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir*” ifadesi olmuştur (ortalama:4,9250) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kesinlikle katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak sağlık personelinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 4.5686 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kesinlikle katıldıkları sonucunu vermiştir. İlgili tablo aşağıdaki gibidir.

Tablo 15: Personellerin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarının istatistikleri

	N	Ortalama	Std. Sapma
Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir.	120	4,1000	1,21198
Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir.	120	4,0167	1,22291
Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir.	119	4,6723	,53850
Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.	119	4,7143	,65280
Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir.	120	4,9250	,34696
Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.	118	4,8390	,41284
Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır.	120	4,7167	,67592
Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	120	4,5686	,44794
Gerçek N(Sayı)	117		

3.2.3 Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliği

Araştırmamızda yer alan ölçeklerimize ilişkin güvenilirlik incelenmiştir. Buna göre Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenirliliği aşağıdaki gibi yorumlanır:

- $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir,
- $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenirliliği düşük,
- $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir, ve
- $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 16'de yapılan Güvenirlilik Analizi sonuçları verilmiştir ve Cronbach Alpha güvenirlilik hesaplamasından yararlanılmıştır. Buna göre Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumları ölçen ölçeğin güvenirliliği $\alpha = 0,755$ ile oldukça güvenilir olduğu, Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları ölçen ölçeğin güvenirliliği $\alpha = 0,730$ ile oldukça güvenilir olduğu, Yönetmelik Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları ölçen ölçeğin güvenirliliği $\alpha = 0,617$ ile oldukça güvenilir olduğu ve diğer Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları ölçen ölçeğin güvenirliliği $\alpha = 0,643$ ile oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Genel olarak araştırmamızın güvenirliliği $\alpha = 0,833$ ile yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna varılır. İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 16: Araştırmanın Güvenirlik Analizi sonuçları

Konu	Madde Sayısı	CronbachAlpha
Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutum	6	0,755
Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutum	11	0,730
Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutum	7	0,617
Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutum	7	0,643
Genel	31	0,833

3.2.4. Bulgular

Araştırmamızda kullanılan hipotezlere ilişkin kullanılacak olan istatistiksel yöntemlerin temel varsayımı olan normallik sınaması yapılmıştır. Normallik sınamalarında gözlem sayısı 29 dan az olduğunda Shapiro-Wilks testi, gözlem sayısı 29 ve daha büyük olduğunda ise Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmaktadır. Veri sayımız 127 olduğu için Kolmogorov-Smirnov test sonucundan yararlanılmıştır. Araştırmamızda kullanılan ve hipotezlerimize konu olan ölçeklere ilişkin normallik sınaması için hipotezler aşağıdaki gibidir;

H_0 : Verilerin dağılımı normal dağılıma uyar.

H_a : Verilerin dağılımı normal dağılıma uymaz.

%5 anlamlılık düzeyine göre hasta hakları, hastaların iletişim ve bilgi alma hakları, yönetmel hizmetlerde hasta hakları ve tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlarını ölçen ölçeklerin sig. değerleri (0.000) %5'ten küçük olduğu için H_0 hipotezi ret edilir. Buna göre ölçeklerimiz normal dağılıma uymaz. Ölçeklere ilişkin hipotez testlerinde parametrik olmayan yöntemler kullanılacaktır.

Tablo 17: Normallik sınaması

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı	,136	120	,000	,905	120	,000
Sağlık Çalışanlarının , Hastaların iletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları	,116	120	,000	,920	120	,000

Sağlık Personelinin Yönetmelik Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	,082	120	,046	,982	120	,112
Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	,168	120	,000	,857	120	,000

a Lilliefors Significance Correction

Araştırmamıza katılanların mesleklerine göre personellerin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Mesleklerine göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_1 : Mesleklerine göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 19'e göre anlamlılık düzeyi (Asymp. Sig.) 0,590'dır ve 0,05 alfa değerinden büyüktür. Bundan dolayı mesleklerine göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur(H_1 ret). Grupların Ortalama Rank(Tablo 18) değerlerine göre ise (Mean Rank) farklılık olmadığından dolayı değerlendirme yoluna gidilemez. İlgili tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 18: Mesleklerine göre hasta haklarına yönelik tutumun rankları

		N	Ortalama Rank
Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı	Meslek		
	Doktor	56	61,07
	Ebe	40	63,84
	Hemşire	31	69,50
Toplam		127	

Tablo 19: Mesleklerine göre personellerin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık

	Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı
Chi-Square	1,055
df	2
Asymp. Sig.	,590

a Kruskal Wallis Test
b Grup Değişkeni: Meslek

Araştırmamıza katılanların çalıştıkları kurumda görev yapma süresine göre personellerin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar.

Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Çalıştığı kurumda görev yapma süresine göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_2 : Çalıştığı kurumda görev yapma süresine göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 21'e göre anlamlılık düzeyi (Asymp. Sig.) 0,037'dir ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Bundan dolayı çalıştığı kurumdaki görev süresine göre personellerin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık olduğu sonucuna varılmıştır (H_0 ret). Grupların Ortalama Rank (Tablo 20) değerlerine bakıldığında en düşük katılım çalıştığı kurumdaki görev süresi 4 ile 6 yıl arasında olanlardan (ortalama rank:35,91), en yüksek katılım ise çalıştığı kurumdaki görev süresi 7 ile 9 yıl arasında olanlardan (ortalama rank:82,0) oluşmaktadır. İlgili tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 20: Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik katılım düzeyi rankları

		N	Ortalama Rank	
Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresi	1-3 yıl	83	64,43
		4-6 yıl	11	35,91
		7-9 yıl	3	82,00
		10 yıl ve üstü	23	55,26
		Toplam	120	

Tablo 21: Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına Yönelik tutum düzeyi farklılığı

	Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları
Chi-Square	8,459
df	3
Asymp. Sig.	,037

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresi

Araştırmamıza katılanların yaş gruplarına göre personellerin yönetsel hizmetlere hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasında farklılık yoktur

H_3 : Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 23'e göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,045'dir ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Bundan dolayı yaş gruplarına göre yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasında farklılık olduğu sonucuna varılmıştır (H_0 ret). Grupların Ortalama Rank (Tablo 22) değerlerine bakıldığında en düşük katılım 43 ile 53 yaş grubu arasında olanlardan(ortalama rank:51,83), en yüksek

katılım ise 53 yaş üstü yaş grubu arasında (ortalama rank:95,63) olanlardan oluşmaktadır. İlgili tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 22: Yaş gruplarına göre Yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları

			N	Ortalama Rank
Sağlık Personelinin Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	Yaş	21-31	32	58,50
		32-42	65	69,63
		43-53	26	51,83
		53 üstü	4	95,63
		Toplam	127	

Tablo 23: Yaş gruplarına göre yönetmel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutum düzeyi farklılığı

	Sağlık Personelinin Yönetmel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları
Chi-Square	8,065
df	3
Asymp. Sig.	,045

a Kruskal Wallis Test
b Grup Değişkeni: Yaş

Araştırmamıza katılanların cinsiyetlerine göre personellerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlarına katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Mann Whitney U testi bağımsız örnekler için uygulanan t testlerinin parametrik olmayan alternatifidir. Mann Whitney U testi grupların meydanlarını karşılaştırır. Böylece, iki grup arasındaki sıralamanın farklı olup olmadığını değerlendirir. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Cinsiyetlerine göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlarına katılım düzeyleri arasında fark yoktur.

H_4 : Cinsiyetlerine göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlarına katılım düzeyleri arasında fark vardır

Şeklinde. Tablo 15'e göre z değeri -0,106 ve anlamlılık düzeyi \hat{I} (Asymp. Sig) 0,915 çıkmıştır. Anlamlılık 0,05'ten büyüktür bu nedenle sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Buna göre; cinsiyete göre personellerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlarına katılım düzeyleri arasında fark yoktur. Grupların Ortalama Rank (Tablo 24) değerlerine göre ise (Mean Rank) farklılık olmadığından dolayı değerlendirme yoluna gidilemez. İlgili tablo 24'de ki gibidir;

Tablo 24: Cinsiyet göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutum düzeyi rankları

			N	Ortalama	Toplam Rank
Sağlık Çalışanlarının, Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları	Cinsiyet	Kadın	98	63,81	6253,50
		Erkek	29	64,64	1874,50
		Toplam	127		

Tablo 25: Cinsiyete göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutum düzeyi farklılığı

	Sağlık Çalışanlarının , Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları
Mann-Whitney U	1402,500
Wilcoxon W	6253,500
Z	-,106
Asymp. Sig. (2-tailed)	,915

a Grup Değişkeni: Cinsiyet

Araştırmamıza katılanların çalıştıkları kurumlara göre personellerin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_5 : Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 27'ye göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,243'dır ve 0,05 alfa değerinden büyüktür. Bundan dolayı çalıştıkları kurumlara göre personellerin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır(H_5 ret). Grupların Ortalama Rank(Tablo 26) değerlerine göre ise (Mean Rank) farklılık olmadığından dolay değerlendirme yoluna gidilemez. İlgili tablo 26'da ki gibidir.

Tablo 26: Çalıştıkları kurumlara göre personellerin hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri rankları

		N	Ortalama Rank
Saglık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katilimi	Çalıştığımız Kurum		
	Saglık Grup Başkanlığı	10	52,30
	Saglık Ocağı	99	64,87
	Ana Çocuk Sağlığı Merkezi(AÇSAP)	10	52,20
	Verem Savaş Dispanseri	8	82,63
	Toplam	127	

Tablo 27: Çalıştıkları kurumlara göre personellerin hasta haklarına yönelik tutum düzeyleri arasındaki farklılık

	Saglık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katilimi
Chi-Square	4,173
df	3
Asymp. Sig.	,243

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Çalıştığımız Kurum

Araştırmamıza katılanların, hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_6 : Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 29'a göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,168'dır ve 0,05 alfa değerinden büyüktür. Bundan dolayı hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre personellerin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. (H_6 ret). Grupların Ortalama Rank(Tablo 28) değerlerine göre ise (Mean Rank) farklılık olmadığından dolayı değerlendirme yoluna gidilemez. İlgili tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 28: Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları

		N	Ortalama Rank	
Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı	Hasta hakları ile ilgili eğitim aldınız mı?	Hiç almadım	61	69,90
		1 kez aldım	51	58,50
		2 kez aldım	8	46,13
		3 kez veya üstünde aldım	7	73,07
		Toplam	127	

Tablo 29: Hasta hakları ile ilgili eğitim alma durumuna göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi farklılığı

	Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı
Chi-Square	5,056
df	3
Asymp. Sig.	,168

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Hasta hakları ile ilgili eğitim aldınız mı?

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin çalıştıkları kurumlara göre Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_7 : Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 31'a göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,019'dır ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Buna göre sağlık personellerinin çalıştıkları kurumlara göre Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır($P:0,019 < 0,05$). Sağlık Grup Başkanlığında çalışanların Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik ifadelerdeki katılım düzeyi en yüksek seviyededir(76,2) ve takiben, Verem Savaş Dispanseri(70,31), Sağlık Ocağı(61,09) ve en az katılım Ana Çocuk Sağlığı Merkezi(31,55) şeklindedir.

Tablo 30: Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları

			N	Ortalama Rank
Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	Çalıştığınız Kurum	Sağlık Grup Başkanlığı	10	76,20
		Sağlık Ocağı	92	61,09
		Ana Çocuk Sağlığı Merkezi(AÇSAP)	10	31,55
		Verem Savaş Dispanseri	8	70,31
		Toplam	120	

Tablo 31: Çalıştıkları kurumlara göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi farklılığı

	Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları
Chi-Square	9,898
df	3
Asymp. Sig.	,019

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Çalıştığınız Kurum

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin yaş gruplarına göre Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_8 : Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 33'e göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,030'dır ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Buna göre sağlık personellerinin yaş gruplarına göre Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($P:0,030 < 0,05$). Tablo 32'de ortalama rank değerlerini ve yaş gruplarının çalışmadaki değerleri verilmiştir. Buna göre; sağlık personellerinden Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik ifadeler en çok 53 yaş üstündeki çalışanlar(94), takiben; 32 ile 42 yaş arasındakiler (64,72), 21 ile 31 yaş arasındakiler(60,52) ve son olarak en az katılım 43 ile 53 yaş arasındaki çalışanlardandır(46,08). İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 32: Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi rankları

			N	Ortalama Rank
Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları	Yaş	21-31	31	60,52
		32-42	60	64,27
		43-53	25	46,08
		53 üstü	4	94,00
		Toplam	120	

Tablo 33: Yaş gruplarına göre sağlık personellerinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyi farklılığı

	Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları
Chi-Square	8,955
df	3
Asymp. Sig.	,030

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Yaş

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin medeni duruma göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_1 : Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 35'e göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,004'dır ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Buna göre sağlık personellerinin medeni duruma göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır(P:0,030<0,05). Tabla 34'e göre sağlık personellerinden evli olanların hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik

ifadelere daha çok katıldıkları (70,52) görülmüştür ve takiben; boşanmış çalışanlar (47,65) ve ifadelere en az katılım bekâr çalışanlardan oluşmaktadır (45,54). İlgili tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 34: Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri rankları

			N	Ortalama Rank
Sağlık Çalışanlarının, Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları	Medeni Durum	Evli	93	70,52
		Bekâr	24	45,54
		Boşanmış	10	47,65
		Toplam	127	

Tablo 35: Medeni duruma göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık

	Sağlık Çalışanlarının, Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları
Chi-Square	<i>10,974</i>
df	2
Asymp. Sig.	<i>,004</i>

a Kruskal Wallis Test
b Grup Değişkeni: Medeni Durum

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin çalıştığı kurumdaki görev süresine göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_{10} : Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personellerinin, hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 37'e göre anlamlılık düzeyi(Asymp. Sig.) 0,001'dir ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Buna göre sağlık personellerinin çalıştığı kurumdaki görev süresine göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır(P:0,001<0,05). Tablo 36 incelendiğinde 10 yıl ve üzerinde çalışan personellerin hasta haklarına yönelik ifadeler katılımın daha çok olduğu (90,52) görülmektedir. Takiben; 1 ile 3 yıl arasında görev yapmış olanlar (59,33), 7 ile 9 yıl arasında görev yapmış olanlar (51) ve en az ifadeler katılım ise 4 ile 6 yıl arasında görev yapmış personellerden oluşmaktadır (49,27). İlgili tablo aşağıdaki gibidir;

Tablo 36: Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personelinin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri rankları

			N	Ortalama Rank
Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı	Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresi	1-3 yıl	87	59,33
		4-6 yıl	13	49,27
		7-9 yıl	3	51,00
		10 yıl ve üstü	24	90,52
		Toplam	127	

Tablo 37: Çalıştığı kurumdaki görev süresine göre sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri farklılığı

	Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı
Chi-Square	16,437
df	3
Asymp. Sig.	,001

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Çalıştığı Kurumdaki Görev Süresi

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir. Farklılığı incelemek için Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır.

Kruskal Wallis testi gruplar arasındaki varyans analizinin parametrik olmayan alternatifidir ve bu analiz üç veya daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Buna göre hipotezimiz;

H_0 : Sağlık personellerinin bir hasta için ayırdığı süreye göre, hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık yoktur.

H_{11} : Sağlık personellerinin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık vardır.

Tablo 39'a göre anlamlılık düzeyi (Asymp. Sig.) 0,014'dir ve 0,05 alfa değerinden küçüktür. Buna göre sağlık personellerinin bir hasta için harcadığı süreye göre hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($P:0,014 < 0,05$). Tablo 38 incelendiğinde hastaları için 10 ile 15 dk zaman ayırabilen sağlık personellerinin hasta hakları ile ilgili ifadelere en çok katılan kesim olduğu görülmektedir(76,15). Takiben; hastaları için 5 dakikadan az süre harcayanlar(61,27) ve en az hasta hakları ile ilgili ifadelere katılımı gösteren kesim hastaları için 5 ile 10 dakika süre ayıranlardan oluşmaktadır (52,59). İlgili tablolar aşağıdaki gibidir;

Tablo 38: Personellerin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri rankları

			N	Ortalama Rank
Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı	Bir hasta için ayırabildiğiniz süre	5 dakikadan az	24	61,27
		5-10 dakika	70	52,59
		10-15 dakika	23	76,15
		Toplam	117	

Tablo 39: Personellerin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık

	Sağlık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılımı
Chi-Square	8,553
df	2
Asymp. Sig.	,014

a Kruskal Wallis Test

b Grup Değişkeni: Bir hasta için ayırabildiğiniz süresi

4.TARTIŞMA

Hasta gereksinimlerinin karşılanmasında, hasta çıkarlarının korunması ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasında hasta memnuniyetinin sağlanması için sağlık personelinin hasta haklarını bilmesi ve bu haklara uygun davranması giderek önem kazanmaktadır. Çünkü haklarına uygun davranıldığında hastaların beklentileri karşılanmakta, sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri artmaktadır. Bu çalışmada, sağlık personelinin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmeleri İstendiğinde; %51.9'unun hasta haklarını bildiği saptanmıştır

Katılımcıların %51,2'si (65 kişi) eğitim alan personellerden ve %48,8'i (62 kişi) eğitim almayan personellerden oluşmaktadır. Buna göre eğitim alan personellerin eğitim aldıkları yerlere göre; %80'i (52 kişi) hizmet içi eğitimi sırasında, % 18,5'i (12 kişi) yüksek öğrenimim sırasında ve sadece %0,8'i (1 kişi) kongre sempozyum sertifika programından eğitim almıştır.

Ocaktan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sağlık personelinin hasta hakları konusunda kendi bilgi ve tutumlarını incelemek üzere yapılan araştırmada ise, sağlık personelinin %63.4'ünün hasta hakları konusunda kendi bilgisini yeterli bulduğu belirlenmiştir.¹

Özer ve Günay tarafından Kayseri il merkezinde çalışan hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili çalışmada da, hekimlerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde ortalama bilgi puanı 73.3 ± 11.3 olarak saptanmıştır.²

Teke ve arkadaşları tarafından Eğitim Hastanesi'nde görev yapan hemşireler üzerinde yapılan diğer bir araştırmada, hemşirelerin %64,2'sinin hasta hakları kavramıyla çeşitli biçimlerde okul dışındaki kaynaklar aracılığıyla karşılaştıkları bulunmuştur.³

¹Ocaktan, Yıldız ve Özdemir,, a.g.m, s.135

² Özer, A., "Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Bilgi-Tutum ve Davranışları", Kayseri, 2003, s.106

³Teke vd, a.g.m, s.265

Sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi açığını kapatacak en önemli yaklaşımın eğitim olduğu düşünülmektedir. Hasta hakları konusunda yapılmış olan bu çalışmada, sağlık personelinin %18,5' u öğrenim gördükleri dönemde hasta haklarına yönelik ders aldığı, çalışma yılları içerisinde ise %80'ninin hizmet içi eğitimi aldığı belirlenmiştir.

Teke ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, hemşirelerin %55'inin hasta hakları ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır.⁴

Ocaktan ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise sağlık personelinin %48.8'inin hasta hakları ile ilgili bilgilerini mezuniyet sonrası eğitimlerinde, %30.9'unun ise mezuniyet öncesi eğitimlerinde aldıkları saptanmıştır.⁵

Bizim çalışmamızda eğitim alan sağlık personeli ile eğitim almayan sağlık personelleri arasında hasta hakları bilgi ve tutumlarına katılım düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. Eğitim alan sağlık personeli ile eğitim almayan sağlık personeli sorulara benzer yanıtlar vermiş buda bize eğitim faktörünün hasta hakları bilinirlik düzeyinde etkin rol oynamadığını vermiştir. Eğitim oranının mezuniyet öncesinde düşük, çalışma yılında da yeterli olmamasına rağmen, hasta hakları anketlerindeki sorulara katılımın yüksek olması, sağlık personelinin mesleğini icra ederken zamanla hastaların bazı haklarının olduğu bilincine varması ve çalışılan yıla paralel olarak artan duyarlılıkla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Hasta hakları ile eğitime ihtiyaç vardır diyen grup bekar, 20 yaş ve üzeri, meslek yılı olarak 1-3 yıl içerisinde görev yapan sağlık personeli kapsamaktadır. Hasta haklarına en yüksek katılım 53 ve üstü yaş grubu arasında (ortalama rank: 95,63) olanlardan oluşmaktadır. (ilgili tablo:22) Çalıştığı kurumda görev yapma sürelerine göre sağlık personellerinin hasta haklarına katılım düzeyi en yüksek 10 yıl ve üzeri çalışma yılı olanlardan (ortalama rank :82,0) oluşmaktadır. (ilgili tablo:20)

⁴Teke vd, a.g.m, s.267

⁵ Ocaktan vd, a.g.m, s.136

Sağlık personellerinin hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “*Hasta hakları uygulamaları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir*” ifadesi olmuştur (ortalama:3,3622) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye fikirlerinin olmadığı şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama “*Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yasama hakkı olan sağlık hizmeti verilir*” ifadesi olmuştur (ortalama:4,7559) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kesinlikle katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak Sağlık personelinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,9467 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kısmen katıldıkları sonucunu verir.

Sağlık personellerinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “*Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır*” ifadesi olmuştur (ortalama:2,9365) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye fikirlerinin olmadığı şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama “*Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir*” ifadesi olmuştur (ortalama:4,5794) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kesinlikle katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak Sağlık personelinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,9445 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kısmen katıldıkları sonucunu vermiştir

Buna göre sağlık personellerinin medeni duruma göre hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılım düzeyleri arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($P:0,030<0,05$). Tabla 34’e göre sağlık personellerinden evli olanların hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik ifadelere daha çok katıldıkları (%70,52) görülmüştür ve takiben; boşanmış çalışanlar (%47,65) ve ifadelere en az katılım bekâr çalışanlardan oluşmaktadır (%45,54).

Sağlık personellerinin yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama “*Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için*

normal hasta sırasında bekletilmelidir” ifadesi olmuştur (ortalama:2,0167) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kısmen katılmadıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama *“Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır”* ifadesi olmuştur (ortalama:4,0397) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeyi kısmen katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak Sağlık personelinin hastaların yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,4795 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kısmen katıldıkları sonucunu vermiştir.

Sağlık personellerin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumları ile ilgili sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük katılıma ilişkin ortalama *“Hasta ve yakını, uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir”* ifadesi olmuştur (ortalama:4,0167) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kısmen katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. En yüksek katılıma ilişkin ortalama *“Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir”* ifadesi olmuştur (ortalama:4,9250) ve araştırmamıza katılanlar bu ifadeye kesinlikle katıldıkları şeklinde değerlendirmişlerdir. Genel olarak sağlık personelinin tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 4,5686 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadelere kesinlikle katıldıkları sonucunu vermiştir.

Araştırmamıza katılan sağlık personellerinin bir hasta için ayırdığı süreye göre hasta haklarına yönelik tutumlara katılım düzeyleri arasındaki farklılık incelenmiştir Tablo 38 incelendiğinde hastaları için 10 ile 15 dk zaman ayırabilen sağlık personellerinin hasta hakları ile ilgili ifadelere en çok katılan kesim olduğu görülmektedir. (%76,15), en az hasta hakları ile ilgili ifadelere katılımı gösteren kesim hastaları için 5 ile 10 dakika süre ayıranlardan oluşmaktadır.(% 52,59), 20 dk üzeri hasta bakan %2.4, hastaya ayrılan süre arttıkça hasta haklarına katılım oranı artmaktadır ama hasta yoğunluğu nedeniyle 20 dk. üzerinde hastaya zaman ayıran oran düşüktür.

Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları genelde olumlu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada Hasta hakları konusunda en çok kabul gören tutum örneği mahremiyetin korunması ve hastanın uygulanan tedavinin alternatifleri konusunda bilgilendirilmesi gerektiği (%100) iken, araştırmalara katılması için onayının alınması (%98,7) izlenmektedir.⁶

En az kabul gören tutum örnekleri ise hastaların hekim ve hemşireleri ismen tanınması gerektiği (%61,1) dir. Yine sağlık personelinin çoğunluğuna göre tıbbi tedavi ve uygulamalardan önce hastaya açıklama yapılmalı ve rızası alınmalıdır. Aynı çalışmada hasta ile ilgili alınan kararların sonuçları hakkında hastaya bilgi verilmesinin gerekli olmadığını düşünenlerin grubu %4,8'ini oluştururken, %37'si anlayabilecek hastalara bilgi verilmesi gerekir demiştir. Rutin tetkikler için kan alınırken hastanın rızasını alacağını belirtenlerin grubu %51,4'dür. Hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda araştırmaya katılanların %3,4'ü itiraz kabul etmeyeceklerini belirtmiştir. Araştırma grubunun %8,9'u hastaya ait bilgilerin sağlık personeline bilinebileceği, %39,7'si ailesi ve sağlık personeline, %51,4'ü kendisi ve tedavisi ile ilgilenen kişilerce bilinebileceği görüşündedir. Sağlık personelinin normal hasta sırasında bekletilmemesi gerektiğini düşünenler grubun %66,9'unu oluşturmaktadır.⁷

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

Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.(%85.6) Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır.(%80)

Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.(%79)) Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir.(%74,6)

⁶ Ocaktan vd, a.g.m, s.133

⁷ Ocaktan vd, a.g.m, s.135

Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir ve Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz sorusuna %70.6 ile kısmen katıldıklarını, sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır sorusuna %66.7 ile kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir.. Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır (%62). Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir sorusuna % 57,6 ile kısmen çalışmaya katılmışlardır.

Çalışmaya sağlık personellerinin cevapları incelendiğinde en düşük katılım sağlık personeli ve yakınları hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir sorusuna kesinlikle katılmayanlar % 61.7, bekletilmesini düşünenler % 23.4 tür.

Hasta hakları sağlık çalışanlarının aleyhine değildir %75,6 ile görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır sorusuna % 59,1 ile kısmen katıldıklarını, hastalar çoğu kez gerekli sorular sormaktadır sorusuna 55,6 ile fikrim yok demişlerdir.

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

Bostan ve arkadaşlarının yapmış olduğu hasta beklentileri araştırmasında; beş puan üzerinden bilgi alma hakkına yönelik hasta beklentileri puanı 3.56; yönetsel hizmetlerde hasta beklentileri puanı 3.30 ve tıbbi hizmetlerde hasta beklentileri puanı 3.21 puan olarak bulunmuştur. Soru sayısı ve içerikleri bire bir örtüşmemekle beraber, bu çalışmamızda sağlık çalışanlarının tutumları, ortalama beş puan üzerinden, “hastaların iletişim ve bilgi alma hakkına yönelik tutumları” 3.35; “yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları” 3.36; ve “tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik tutumları” 3.27 bulunmuştur.

Üç grupta da hasta beklentileriyle sağlık çalışanlarının tutumları arasındaki benzerlik ve yakınlık dikkat çekmektedir. Hasta beklentileriyle sağlık çalışanlarının tutumları arasında uyumluluk olduğu söylenebilir.⁸

Yapılan çalışmamızda genel olarak Sağlık personelinin hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,9467 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadeler kısmen katıldıklarını, Sağlık personelinin hastaların iletişim ve bilgi alma haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,9445 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadeler kısmen katıldıkları, Sağlık personelinin hastaların yönetsel hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 3,4795 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadeler kısmen katıldıkları, Sağlık personelinin Tıbbi hizmetlerde hasta haklarına yönelik genel tutumlara katılımına ilişkin verilen cevaplar değerlendirildiğinde ölçeğimizin ortalaması 4.5686 çıkmış ve bu bize katılımcıların sorulan ifadeler kesinlikle katıldıkları sonucunu vermiştir.

Genel olarak araştırma sonuçlarına göre doktor ve diğer sağlık personelinin hasta hakları konusunda çoğunluğunun mezuniyet öncesi ve sonrasında standart ve nitelikli bir eğitim almamış olduğu, bununla birlikte eğitim alan personel ile eğitim almayan personelin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Sağlık personelinin çalıştığı kurumda görev yapma süresi, yaş grupları, medeni durum ve sağlık personellerinin bir hasta için ayırdığı süreye göre verdikleri cevaplar değişkenlik göstermiştir. Çalışma grubuna verilen tutum örneklerine ilişkin düşüncelerinin olumlu olduğu ve genel olarak konuya karşı duyarlı oldukları düşünülmüştür.

⁸ Bostan , S., a.g.m, 2007, s.15

SONUÇ- ÖNERİLER

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 2006 yılı içinde hasta hakları konusunda 31.399’u sözlü, 12.110’da yazılı olmak üzere 43.509 şikayet başvurusu olmuştur. Şikayetlerin %50’si poliklinikler, %13 acil yardım ve klinik hizmetleri, %12 idari hizmetler, %10’u da laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinden kaynaklanmıştır. Yazılı başvuruların %17’si hasta lehine, %61’ de çalışan lehine sonuçlanmıştır. Şikayet edilen sağlık çalışanlarının %41’i uzman hekim, %11’i pratisyen hekim ve %9’u da hemşirelerden oluşmaktadır. Başvuruların %45’i hizmetten yararlanamama nedeniyle yapılmış olup, bunu saygısızlık, mahremiyet ihlali ve güvenlik konularında yapılan şikâyetler izlemiştir. Şikâyet edilen sağlık çalışanlarına %70 uyarı (%40 sözlü, %30 yazılı uyarı), %5 kınama, %6 maaş veya ek ödeme kesintisi cezası verilmiştir, geri kalan bölümde dosyalar henüz sonuca bağlanmamıştır.⁹

Türkiye’de 2005 yılında hastanelerde 187 milyon, birinci basamakta da 105 milyon olmak üzere toplamda 292 milyon hekime başvuru olmuştur. Bu sayının 2006 yılında toplam 300 milyonu aştığı kabul edilebilir. Bu öngörü ile başvurularda şikayet oranı %0.01 düzeyinde kalmaktadır. Sağlık sistemimizde yaşanan köklü sorunlara rağmen şikayet başvurusunun az olması hak arama yollarının yeterince açık olmadığı veya bilinmediğini düşündürmektedir. Bu verilere göre en çok başvuru hizmetten yararlanamama nedeniyle olmuştur. Sağlık hizmetlerine ulaşamama veya yararlanamama halen sağlık sistemimizde, dolayısıyla hasta hakları açısından en önemli sorundur. Hizmetten yararlanamama çoğunlukla sağlık çalışanlarından bağımsız ve sağlık sistemiyle ilgili bir sorundur. Bu durum hasta haklarının yaşama geçirilmesinde sağlık kuruluşlarının alt yapı, donanım ve kapasite açısından yeterli hale getirilmesinin önemini vurgulamaktadır.¹⁰

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde hasta hakları uygulaması Sağlık Grup Başkanlığı tarafından 2005 yılından itibaren hizmet vermektedir. Gelen şikayetler kurum içerisinde çözülmekteydi. Şikayetlerin artması, hasta ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için 2008’nin Haziran ayında Bahçelievler SGB’den her sağlık

⁹ Sütlaş, M, <http://www.hastahaklari.org/>, (15/03/2009)

¹⁰ Sütlaş, a.g.w, 2009

ocağı, VSD, AÇSAP' tan bir sağlık personeli seçilerek hasta hakları eğitimi verildi. Seçilen her personel kendi kurumuna giderek hizmet içi eğitim verdi. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde eğitim sonrası hasta hakları sorumluları aldıkları eğitim doğrultusunda hasta hakları birimi, hasta hakları dosyası ve şikâyetlerin değerlendirilebilmesi için istek şikâyet kutuları oluşturuldu.¹¹

Hipotezimizin sonucuna göre, çalışmamızda eğitim alan sağlık personeli ile eğitim almayan sağlık personelleri arasında hasta hakları bilgi ve tutumlarına katılım düzeyleri arasındaki ilişkide anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır. Sonuç olarak eğitim alan personel ile eğitim almayan sağlık personeli sorulara benzer yanıtlar vermiş buda bize eğitim faktörünün hasta hakları bilinirlik düzeyinde etkin rol oynamayı vermiştir. Çalışma sonucunun diğer bilimsel çalışmalar ile kıyaslandığında mezuniyet öncesi eğitim düzeyinin düşük olduğu, mezuniyet sonrası eğitimin ise istendik düzeyde olmadığı dikkat çekmektedir. Eğitim oranının mezuniyet öncesinde düşük, çalışma yılında da yeterli olmamasına rağmen, hasta hakları anketlerindeki sorulara katılımın yüksek olması, sağlık personelinin mesleğini icra ederken zamanla hastaların bazı hakları olduğu bilincine varması ve çalışılan yıla paralel olarak artan duyarlılıkla ilgili olduğu düşünülmektedir.

1. Sağlık personellerinin şikâyet edilme oranlarının artması, hasta hakları birimlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde de yer alması, basında çıkan haberler hasta hakları kavramının yaygınlaştığını ve bilinirlik düzeyinin artmasına katkı sağladığını göstermektedir.

2. Kurumlara gönderilen hastalara güler yüzlü olma tebliğ yazıları ve kurumlarda hasta hakları şikâyetlerinin değerlendirilmesi,

3. Sağlık personeli ve yakınlarının da hasta olduğu ve olabileceği düşüncesiyle hastalara empatiyle yaklaştıkları

4. Çalışma yılı, evlilik, yaş gibi faktörlerinde hasta hakları bilinirlik düzeyini etkilediği görülmüştür.

¹¹ Gereklî Bilgi SGB Hasta Hakları Sorumlusundan Alınmıştır.

ÖNERİLER

1.Eğitim alan sağlık personeli ile eğitim almayan sağlık personelinin sorulara verdiği cevaplar arasında fark yokmuş gibi görünse de Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki eğitim sonucu, birimlerde hasta hakları birimlerinin oluşturulması sağlık personeli ve hastalar arasında köprü görevi görüp aradaki ilişkiyi pekiştirmiştir.

Özellikle araştırma yaparken saptadığımız hasta hakları konusunda sağlık personelinin göstermiş olduğu tepkiyi azaltmak ve yok etmek için kurumdaki hasta hakları birimi sağlık personelinin duyarlılığı arttırmak, direnci kırmak ve davranış değişikliği oluşturmak için belirli dönemlerde tekrarlayan haklarla ilgili eğitsel, sosyal vb. toplantılar düzenlenebilir.

2.Sağlık personelinin motive olabilmesi ve hastalara güler yüze hizmet verebilmesi meslekten memnuniyetlerinin artırılabilmesi için, ekonomik, çalışma koşulları, eğitim desteği, sahip çıkılma gibi beklentilerinin yerine getirilmesi hasta hakları konusuna tam anlamıyla sahip çıkılıp savunulmasında ve daha memnun edici bir sağlık hizmeti sunumun da yardımcı olacaktır

KAYNAKLAR

Arda, B. (2003). *Tıp Etiği Açısından İnsan Hakları*, Çağdaş Tıp Etiği (Ed.Ayşegül, D-Öztan, Ö-Şahin, A), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Arda, B. (2003). *Tıp ve Sağlıkla İlgili Uluslar Arası Belgeler*, Çağdaş Tıp Etiği, (Ed.Ayşegül, D-Öztan, Ö-Şahin, A), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Av. Can Atalay - Ulaş Karan, “Sağlık Hakkı Nedir? (Uluslar Arası Belgelerle Sağlık Hakkı)”, (15/01/09).

Aydın, E. (2003). *Tıp Etiğinde Hasta Özerliğine Saygı İlkesi*, Erciyes Tıp Dergisi, (Erciyes Medical Journal), 25 (2) .

Aydın, E. (1995). *Tıp Etiği İlkeleri*, Tıbbi Etik Dergisi, Antalya, 2(3).

Aydın, E-Ersoy, N., *Tıp Etiği İlkeleri*, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/> , (21/03/09)

Aydın, E., <http://sbu.saglik.gov.tr>, (21/03/09).

Aydınlatılmış Onam Klavuzu.(2008). TTB-UDEK Etik Çalışma Kurulu, (19/04/2009).

Bostan, S. (2005) “*Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri*”, İbni Sina Tıp Dergisi, 10(2-3), Trabzon.

Bostan, S. (2007). “*Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği*”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10(1).

Bostan, S. (2006). “*Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu*”, Sağlık Hakkı Dergisi, 1.(1).

Bostan, S. “*Neden Hasta Hakları*”, <http://www.haksay.org/> , (25.12.08).

Bulut, G - Aydın, N ve Diğerleri. (2003). “*Hasta Hakları ve Hekim-Hasta İlişkisinde Hukuki Boyut*”, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 14(2).

Çinko,S.,“*Hukuki Ve Tıbbi Açıdan Hasta Hakları*”, <http://www.hukukcular.org.tr/>, (25/12/08).

Deryal,Y., *Biyotıp Sözleşmesinin 10. Maddesi Kapsamında Hastanın Özel Yaşamına Saygı (Mahremiyet)*, <http://www.akader.info/KHUKA/2005>, (12/01/09).

Deryal. Y, *Hastanın Özel Yaşamına Saygı Hakkının İki Boyutu: Hasta Sırrının Korunması ve Beden Mahremiyeti*, <http://www.haksay.org/>, (24.02.09).

Eksen, M-Karadağ, N ve Diğerleri. (2002-2005). *Hastanın Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,1(1).

Elçioğlu, Ö-Kırımlıoğlu, N. (2003). *Tıp Etiği İlkeleri, Çağdaş Tıp Etiği*, (Ed.Ayşegül,De-Öztan, Ö-Şahin, A), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Elçioğlu, Ö-Erdemir, A. (2003). *Hasta Hakları, Çağdaş Tıp Etiği*, (Ed.Ayşegül,De-Öztan, Ö-Şahin, A), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ersoy,N.(2003). *Aydınlatılmış Onam, Çağdaş Tıp Etiği*, (Ed. Ayşegül, Öztan, Ö-Şahin, A), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Ersoy, N.(1995). *Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi*, Tklin Tıbbi Etik Dergisi, Kocaeli,1, 1-5.

Fidan, A.(2006). *Bilimsel Araştırmanın Kavramsal Temelleri (Rapor, Seminer, Tez, Araştırma ve Sunuş Teknikleri)*, Balıkesir.

Hasta hakları uygulama genelgesi, (23.03.2009 tarih ve 11706 sayı).

http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar/Hasta_Haklar, 2009.

Günay, Y-Elçioğlu, Ö-Koç, S. (2000). *Hasta ve Hekim Hakları Açısından Hasta Rızası*, Tklin Tıp Etiği Dergisi, Eskişehir.

Güvercin, CH. (2007), *Türkiye De Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı*, Doktora Tezi, Ankara.

Güzeldemir, M. E. (2005). *Hasta Bilgilendirmenin Önemi*, Sendrom Tıp Dergisi, Mayıs, (12.01.09).

Gök, Ö., *Hak ve Özgürlükler Kavramı-İnsan Hakları Kavramının Özellikleri*, <http://www.egm.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/33/web/makale/>, (20/01/09).

İnceoğlu, S. (09-11 Haziran 1999). *Hasta Hakları Yönetmeliğine İlişkin Düşünceler, 1.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*, Kocaeli.

Uzak, A – Altuntaş, M. (2007). *İnsan hakları nedir?* Başbakanlık Yayını, Ankara.

İnsan Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Ötenazi, <http://www.hukukcular.org.tr/>, 2009

Karagülle, M. (2000). *Hekim ve Hasta İlişkisi Açısından Hasta Hakları*, (Ed.A.Terzioğlu), Tıbbi Etik Yıllığı, VI. Tıbbi Etik Sempozyumu'na Sunulan Bildirgeler, İstanbul.

Kaya, H-Akçin, E. (21.04.2007). *Hemşirelik Öğrencilerinin Ötenaziye İlişkin Görüşleri*, Medimagazin Sağlık Profesyonellerinin Gazetesi.

- Mutlu, A-Işık, K. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Ekin Yayınları, Bursa.
- Ocaktan, R-Yıldız, A-Özdemir, O. (2004). *Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Çalışan Sağlık Personelinin Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumları*, Ankara Üni. Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(3), Ankara.
- Oğuz, N. Y. (1997). *Hasta Hakları Alanındaki Çalışmalar ve Değişen Değerler*, Tklin Tıbbi Etik, Ankara, 5.
- Öncel, Ö - Namal, A. (2006). *Yüksek Teknoloji Hekim ve Hasta İlişkisi. Hastanın Şikayet Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinde Şeffaflık Talebi*, (Uluslararası Katımlı 2.Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu Bildiri Kitabı, İstanbul.
- Özaydın, Z. (Haziran,1999). *Bir Hasta Hakkı Olarak Özerklik ve Aydınlatılmış Onay, Medikal Etik (Kuram Ve Uygulama Sorunları)*, (Ed.H.Hatemi), İstanbul: Yüce Yayıncılık.
- Özcan, A.(1996). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*, İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
- Özcömert, G-Özçelikay, G ve Diğerleri. (2000). “*Yararlılık Ve Zarar Vermeme İlkelerinin Eczacılık Etiği Açısından Değerlendirilmesi*”, Tklin Tıbbi Etiği Dergisi, Ankara.
- Özer, A., “*Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Bilgi-Tutum ve Davranışları*”, Kayseri, 2003.
- Özlu,T. (2005). *Hasta Hakları Hakkınız Var Çünkü Hastasınız*, İstanbul: Timaş Yayınları
- Özlu, T. (2008). *Medikal Etik 7-8 Vaka Çözümleri ve Uygulamaları*, (Ed. H. Hatemi-H. Doğan), İstanbul: Yüce yayınları.
- Özkavak, M-Dönmez, M., *İnsan Hakları Kavramı Ve Tarihsel Gelişimi*, <http://www.etutodasi.biz/>, (15/12/08).
- Öztek, Z. (2001). *Sağlık Ocağı İşlevi ve Yönetimi (Birinci Basamak Personeli İçin)*, 8.Basım, Ankara, 1.
- Öztürk, H. ve Arkdaşları.. (2007). “*Hekim, Hemsire Ve Hastaların Hastanede Uygulanan Hasta Haklarını Değerlendirmeleri*”, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, Trabzon, 15.
- Savaş, HA-Coşkun, A Ve Diğerleri. (2002). “*Türkiye’deki Psikiyatrislerin Hastanın Bilgilenme Hakkına İlişkin Tutumları*”, Yeni Symposium Dergisi, 40 (3).
- Sert, G. (Eylül, 2004). *Hasta Hakları Uluslararası Belgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*, İstanbul: Babil Yayıncılık.

Şeker, A., *İnsan Hakları Açısından Toplumsal Sorunlara Bakış*, 2009

Şenoğlu, F., “*Temel Hak ve Özgürlükler, Bu Hakların Ve Özgürlüklerin Sınırlanması ve Bunlarla İlgili Kavramların Açıklamaları*”, <http://www.turkhukusitesi.com>, (30/04/2009)

Sur, H, Söylemez, D, Özkan, E, Belirgen, M, Toker S, Ercan, H, Hayran, O. (2000). *Hekim ve Hastaların Hasta Haklarına Yaklaşımları*, 1.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara.

Sütlaş, M. (07 mayıs 2001). *Hastalar Avrupa Yolunda*, BİA Haber Merkez, İstanbul.

Sütlaş, M, <http://www.hastahaklari.org/>, (15/03/2009).

Teke, A ve Diğerleri. (2007). “*Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (4).

Yaman, S. (22.11.2008) *Ötenazi*, Telgraf Haftalık Haber Gazetesi.

Yıldırım, G., “*Hastanın Bilgilendirilmesi Ve Bilgilendirilmiş Onam*”, (12/12/08).

EKLER

Ek-1: Tez Anket Formu

SAĞLIK ÇALIŞANLARI ANKET FORMU

Anket soruları sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri, hasta haklarına genel bakışını, sağlık çalışanlarının hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerini ve meslek hayatlarında hasta haklarına uygun davranıp davranmadıkları araştırılmaktadır. Sorularımız çoktan seçmeli, likert ölçeğine yönelik cevaplar verilerek doldurulacaktır.

Lütfen kendinizin katıldığını düşündüğünüz yargıya karşılık gelen kutucuğa (X) işareti koyunuz.:

1. Mesleğiniz?

- a) Doktor
- b) Ebe
- c) Hemşire

2.Çalıştığınız Kurum?

- a) Sağlık Grup Başkanlığı
- b) Sağlık Ocağı
- c) Ana Çocuk Sağlığı Merkezi (AÇSAP)
- d) Verem Savaş Dispanseri

3. Cinsiyetiniz?

- a) Kadın
- b) Erkek

4. Yaşınız?

- a) 21-31
- b) 32-42
- c) 43-53
- d) 53 +

5. Medeni haliniz?

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Boşanmış
- d) Diğer

6. Şu anda çalıştığınız kurumda kaç yıldır çalıŐıyorsunuz?

- a) 1-3 yıl
- b) 4-6 yıl
- c) 7-9 yıl
- d) 10 ve ...

7. Aylık geliriniz?

- a) 900-1000
- b) 1100 -1700
- c) 1800-2400
- d) 2500 +

8. Çalıştığınız kurumda günlük mesai saatleri içerisinde bir hasta için ayılabildiğiniz süre?

- a) 5 dk. az
- b) 5 -10 dk.
- c) 10 -15 dk.
- d) 20 dk. ve zeri

9) Bugüne kadar hasta hakları ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

- a) Hiç almadım
- b) 1 kez
- c) 2 kez
- d) 3 + kez

10) 9.soruya cevabınız evet ise Hasta Hakları ile ilgili eğitimi nerden aldınız?

- a) OrtaĞrenimim sırasında
- b) YksekĞrenimim sırasında
- c) Hizmet içi eğitimim sırasında
- d) Kongre sempozyum sertifika programı ile

Sağık Personelinin Hasta Haklarına Yönelik Genel Tutumlara Katılım

Sıra	Yargılar	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
11	Her hasta bir insan olarak görülüp, en temel yaşama hakkı olan sağık hizmeti verilir.					
12	Sağık hizmetlerinden faydalanma hakkı kanunlar çerçevesinde adaletli bir biçimde her kişiye verilmekte ve sağık hizmetinden faydalanması sağlanmaktadır.					
13	Hastalar, hastane ve sağık personelinin varlık nedenidir.					
14	Hasta hakları yükselen bir değerdir.					
15	Hasta hakları uygulamaları sağık çalışanlarının aleyhine değildir.					
16	Hasta hakları konusunda hizmet içi eğitime ihtiyaç vardır.					

Sağık Çalışanların, Hastaların İletişim ve Bilgi Alma Haklarına Yönelik Tutumları

Sıra	Yargılar	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
17	Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.					
18	Her hastaya anlayacağı dilde bakım ve tedavi hizmeti verilir.					

19	Hastaya bilgi vermek için harcanan zaman sırada bekleyen hastaya haksızlık değildir.					
20	Hastalar, çoğu kez gerekli sorular sormaktadır.					
21	Sürekli hasta haklarının öne çıkarılması, hastaların uygun olmayan taleplerini artırmaktadır.					
22	Hastaya gerekli hizmeti verebilmek için otoriter davranmak gerekli değildir.					
23	Hastaların agresif tepki göstermeleri, çalışanların agresif davranmasını haklı çıkarmaz.					
24	Hastaya yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir					
25	Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir					
26	Hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmelidir					
27	Hasta ve yakını istediğinde hastalık, hastalığın teşhis, tedavisi ile ilgili olarak yapılanlar ile ilgili bilgileri edinebilir					

Sağık Personelinin Yönetsel Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları

Sıra	Yargılar	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
28	Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları olmalıdır.					
29	Hasta ve yakınları dilek ve şikâyetlerini kolayca yapabilir ve bunlar ile ilgili herhangi bir sıkıntıya düşmez.					

30	Hasta ve yakını verilen teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda kuşkuya düştüğünde hukuki yollara başvurusu olağan karşılanır.					
31	Hastanın herhangi bir personelden şikâyetçi olması bundan hizmet almayı reddetmesi durumunda gerekli değişiklikler yapılır					
32	Sağlık personeli ve yakınları, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir					
33	Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır					
34	Hasta memnuniyeti, çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçüt olmalıdır.					

Sağlık Personelinin Tıbbi Hizmetlerde Hasta Haklarına Yönelik Tutumları

Sıra	Yargılar	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
35	Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir					
36	Hasta ve yakını uygulanan teşhis ve tedavi ile ilgili yapılanlar konusunda istediğinde gerekli belge ve bilgileri inceleyebilir					
37	Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir					
38	Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır.					
39	Sağlık hizmeti alan hastanın mahrem kalmasını (gizli) istediği özel hayatına ait bilgilerin açıklanmamasına özen gösterilmektedir					
40	Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır.					

41	Hastaya gerekli açıklamalar ve yaratacağı sonuçlar açıklandıktan sonra tıbbı müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkına saygı duyulmaktadır					
----	--	--	--	--	--	--

ÖZGEÇMİŞ

08 Mayıs 1984 tarihi, İstanbul doğumluyum. İlkokulu Mardin Mazı dağ'ı ilçesinde, liseyi İstanbul Bahçelievler'de tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi Ebelik bölümüne 2002 yılında başlayıp 2006 yılında mezun oldum. Okul bittikten sonra İstanbul Üni. Kardiyoloji Enstitüsü Cerrahi Yoğun Bakımı'nda sözleşmeli hemşire olarak çalışırken, 2007'nin Temmuz ayında Bahçelievler'de sağlık ocağına atandım ve devam etmekteyim. 2008'in Şubat ayında Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsün de yüksek lisans eğitimine başladım. Bekarım, ailem ile birlikte yaşıyorum.

Aday: Nuray KİBAR