



**İSTEK VE ŞİKÂYET BAŞVURUSU KONUSUNDA BİLGİ
EDİNİMLİK VE SAĞLIK PERSONELİ İLE TARTIŞMA
AÇISINDAN HASTA YAKINLARININ HASTA HAKLARI
FARKINDALIĞI ANALİZİ: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ
ÜNİTESİ ÖRNEĞİ**

Yunus GÜMÜŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SOSYOLOJİ ANABİLİMDALİ**

**AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

NİSAN, 2016

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU

Bu tezin tüm hakları saklıdır. Kaynak göstermek koşuluyla tezin teslim tarihinden itibaren yirmi dört (24) ay sonra tezden fotokopi çekilebilir.

YAZARIN

Adı : Yunus

Soyadı : GÜMÜŞ

Bölümü : Kent Sosyolojisi (Tezli Yüksek Lisans)

İmza :

Teslim tarihi :

TEZİN

Türkçe Adı : İstek ve Şikâyet Başvurusu Konusunda Bilgi Edinmişlik ve Sağlık Personeli ile Tartışma Açısından Hasta Yakınlarının Hasta Hakları Farkındalığı Analizi: Erciyes Üniversitesi Onkoloji Ünitesi Örneği

İngilizce Adı : About Request And Complaint Application Acquired Of Knowledge And Terms Health Staff With Discussion Patients' Relatives Patients 'Rights Awareness Analysis: Erciyes University Oncology Unit Case

ETİK İLKELER UYUNLUK BEYANI

Tez yazma sürecinde bilimsel ve etik ilkelere uyduğumu, yararlandığım tüm kaynakları kaynak gösterme ilkelerine uygun olarak kaynakçada belirttiğimi ve bu bölümler dışındaki tüm ifadelerin şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Yunus GÜMÜŞ

İmza:

T.C.

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KABUL ve ONAY BELGESİ

Enstitümüz 142223417 nolu öğrencisi Yunus GÜMÜŞ'ün İstek ve Şikayet Başvurusu Konusunda Bilgi Edinmişlik ve Sağlık Personeli İle Tartışma Açısından Hasta Yakınlarının Hasta Hakları Farkındalığı Analizi: Erciyes Üniversitesi Onkoloji Ünitesi Örneği başlıklı lisansüstü tez çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Sosyoloji Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak Oy Birliği/Oy Çokluğu ile kabul edilmiştir.

Danışman : Doç. Dr. Özgür SARI



Sosyoloji/Aksaray Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Neşet TOKU



Sosyoloji/Aksaray Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Özgür SARI



Sosyoloji/Aksaray Üniversitesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Recep Yıldız



Sosyal Hizmetler/Yalova Üniversitesi

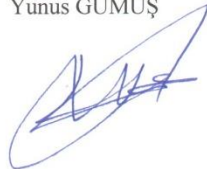
Tez Savunma Tarihi: 17.03.2016

Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 28.04.2016 tarih ve 2016/23-10 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Öğrenci

Enstitü Müdürü

Yunus GÜMÜŞ



Yrd. Doç. Dr. Sevilay USLU DİVANOĞLU



**İSTEK VE ŞİKÂyet BAŞVURUSU KONUSUNDA BİLGİ
EDİNİMİŞLİK VE SAĞLIK PERSONELİ İLE TARTIŞMA AÇISINDAN
HASTA YAKINLARININ HASTA HAKLARI FARKINDALIĞI
ANALİZİ: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ONKOLOJİ ÜNİTESİ ÖRNEĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Yunus GÜMÜŞ

AKSARAY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLERİ

ENSTİTÜSÜ

Nisan/2016

ÖZET

Bu çalışmayla daha önce araştırma konularında yer almamış olan hasta hakları kavramının insanlarca algılanma düzeyi ve bu hakkı etkin olarak kullanıp kullanamadıklarının tespiti hedeflenmiştir. Ayrıca çıkan sonuç doğrultusunda ulusal düzeyde hükümetin, yerel düzeyde ise hastanelerin hasta hakları politikasını kalite politikaları gereği tekrar gözden geçirmelerine yardımcı olması beklenmektedir. Yine bu araştırma sonuçlarının Erciyes Üniversiteleri Hastaneleri Yönetiminin hasta ve hasta yakınlarına daha kaliteli ve hasta memnuniyetini ön plana alan bir politika geliştirmesinde yardımcı olması beklenmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki karşılıklı olumlu etkileşimin, teşhis ve tedavi sürecini her iki taraf adına olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Böyle bir düşünce tarzından hareketle, hastaların tıbbi müdahale esnasında sağlık personelleri tarafından daha fazla bilgilendirilmesinin; hastaların hastane kültürüne daha iyi uyum sağlamasını kolaylaştıracağı, teşhis ve tedavi sürecinin her iki taraf içinde daha sağlıklı ilerlemesini sağlayacağı, hasta ve sağlık çalışanları arasında yaşanabilecek çatışmayı en aza indireceği anlaşılmaktadır.

Araştırma kapsamında Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve Kliniğinden hizmet almakta olan 80 hastanın yakınına ulaşılmıştır. Görüşmelerde araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme anketi kullanılmıştır.

Bilim Kodu :

Anahtar Kelimeler : 1. Hasta Hakları, 2. Sağlık Sosyolojisi, 3. Hasta, 4. Hasta Yakını.

Sayfa Adedi : 2

Danışman : Doç. Dr. Özgür SARI

**ABOUT REQUEST AND COMPLAINT APPLICATION ACQUIRED
OF KNOWLEDGE AND TERMS HEALTH STAFF WITH
DISCUSSION PATIENTS' RELATIVES PATIENTS' RIGHTS
AWARENESS ANALYSIS: ERCIYES UNIVERSITY ONCOLOGY
UNIT CASE**

(Master Thesis)

Yunus GÜMÜŞ

AKSARAY ÜNİVERSİTİ

GRADUATE SCHOOL OF INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES

April/2016

ABSTRACT

In this study, people perceived the concept of patient rights, which previously had not been involved in the level of research topics and aimed at detecting use this right of use can not help effectively. In addition, in line with results obtained at the national level of government, at the local level hospital patient rights policies need quality policy is expected to help them reconsider. Again, this research using Erciyes University Hospital Management is expected to help patient and patients' relatives to higher quality and policy development to patient satisfaction.

The mutual positive interaction between officers and health workers in health institutions and patients, the diagnosis and treatment process is likely to be a positive influence on behalf of both sides. Such an idea of the style of movement, more informed by the medical staff during medical treatment of patients; patients will facilitate better adaptation to the hospital culture, diagnosis and treatment process to ensure a smooth progress in both sides of the conflict that may arise between patients and health care workers is thought minimizes.

In the Research, at Erciyes University, Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Child Health and Diseases Hospital Hematology-Oncology who receive services from polyclinics and clinical 80 patients reached the close. The interview questionnaire prepared by the researcher was used.

Science Code :

Keywords : 1. Patients' Rights, 2. Health Sociology, 3. Patients, 4. Patients' Relatives.

Page Number : 2

Supervisor : Doç. Dr. Özgür SARI

İÇİNDEKİLER

TELİF HAKKI VE TEZ FOTOKOPİ İZİN FORMU.....	I
ETİK İLKELER UGUNLUK BEYANI.....	II
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ JÜRİ ONAY SAYFASI.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar.....	IX
KISALTMALAR.....	XI

1. GİRİŞ.....	1
---------------	---

BÖLÜM I:

2.1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE KONUSU	5
2.2. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN GEÇMİŞİ.....	6
2.3. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI.....	9
2.3.1 Sağlık Kavramı.....	9
2.3.2. Hastalık Kavramı.....	16
2.3.3. Fonksiyonalist Yaklaşım ve Sağlık- Hastalık.....	18
2.3.4. Yapısalcı Yaklaşım ve Sağlık-Hastalık.....	19
2.3.5. Sembolik Etkileşimcilik ve Sağlık-Hastalık.....	20
2.3.6. Sosyal İnşa Kuramı ve Sağlık-Hastalık.....	21
2.3.7. Sosyal Sistem Yaklaşımı ve Sağlık-Hastalık.....	21
2.4. HASTALIK VE TOPLUMSAL İLİŞKİLER.....	22
2.5. HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİ.....	23
2.6. HASTA-HASTANE İLİŞKİLERİ.....	27
2.7. KENT VE SAĞLIK.....	29

BÖLÜM II

3.1. HAK KAVRAMI VE HASTA HAKLARI	33
3.2. HAK KAVRAMINI REDDEDEN GÖRÜŞLER.....	39
3.2.1. Varsayım Kuramı.....	39
3.2.2. Amerikan Realizmi.....	40
3.3. HASTA HAKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ.....	40
3.4. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ.....	44
3.5. TÜRKİYE'DE HASTA HAKLARININ HUKUKSAL DURUMU.....	55
3.5.1. Serbest Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı.....	56
3.5.2. Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşunda Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı.....	56
3.5.3. Kamu Sağlık Kurum Ve Kuruluşunda Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı.....	57
3.5.4. Yüksek Öğretim Kurumunda Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı.....	58

BÖLÜM III

4. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ MUSTAFA ERASLAN-FEVZİ MERCAN ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ POLİKLİNİK VE KLİNİĞİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN YAKINLARIYLA YAPILAN HASTA HAKLARINDA FARKINDALIK ARAŞTIRMASI.....	59
4.1. Araştırma Hakkında.....	59
4.1.1. Konu, Kapsam ve Amaç.....	60
4.1.2. Özgün Değer (Önem).....	62
4.1.3. Yöntem (Örneklem, Veri Toplama Teknikleri, Alan Uygulama ve Riskler.....	63
4.1.4. Literatür Özeti.....	68
4.2. ARAŞTIRMA BULGULARI VE BULGULARIN ANALİZ.....	72
4.2.1. Demografik Göstergeler/Bulgular	72
4.2.2. Araştırmaya Katılanların Hastaya Yakınlık Derecesi/ Cinsiyet/ Yaş/ Eğitim Bulguları.....	72

4.2.3. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Oransal Dağılım Bilgileri.....	75
4.2.4. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Yaş Gruplarına Göre Oransal Dağılım Bilgiler.....	82
4.2.5. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Eğitim Durumlarına Göre Oransal Dağılım Bilgileri.....	87
4.2.6. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Yaşadıkları Yere Göre Oransal Dağılım Bilgileri.....	92
4.2.7. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Gelir Durumuna Göre Oransal Dağılım Bilgileri.....	98
4.2.7. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Yaşadıkları Konut Tiplerine Göre Oransal Dağılım Bilgileri.....	104
4.3. Sonuç ve Değerlendirme	109
KAYNAKÇA.....	122
EKLER.....	126

TABLÖLAR

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Hastaya Yakınlık Derecesi/ Cinsiyet/ Yaş/ Eğitim Dağılımları.....	73
Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Geldiği Yer/ Konut Tipi/ Gelir Durumu Dağılımları.....	74
Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Hastalarına İlişkin Cinsiyet ve Yaş Dağılımları..	74
Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Hastalarına Konulan Teşhis ve Tedavi Süreleri Dağılımları.....	75
Tablo 5: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları.....	76
Tablo 6: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	77
Tablo 7: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	78
Tablo 8: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hastalık Sürecinde Edindikleri Bilginin Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Dağılımları.....	79
Tablo 9: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinmek için Tekrar Görüşme Yapıp Yapmayacaklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	80
Tablo 10: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	81
Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Yaş Gruplarına Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları.....	82
Tablo 12: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	84
Tablo 13: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	85
Tablo 14: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	86
Tablo 15: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları.....	88
Tablo 16: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	89

Tablo 17: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	90
Tablo 18: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	91
Tablo 19: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları.....	93
Tablo 20: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Tedavi Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	95
Tablo 21: Araştırmaya Katılanların Yaşadıkları Yere Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	96
Tablo 22: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	97
Tablo 23: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumlarına Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları.....	99
Tablo 24: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumuna Göre Tedavi Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	101
Tablo 25: Araştırmaya Katılanların Gelir Durumuna Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	102
Tablo 26: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumuna Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	103
Tablo 27: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tiplerine Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları.....	105
Tablo 28: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tipine Göre Tedavi Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	106
Tablo 29: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tipine Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	107
Tablo 30: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tipine Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar.....	108

KISALTMALAR VE SİMGELER

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
TCK	Türk Ceza Kanunu
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
Dipnot Simgesi	*

1. GİRİŞ

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği ile birlikte hasta ve hasta yakınlarının da hak arama süreçleri başlamıştır. Söz konusu bakanlık 1998 yılında yayınladığı Hasta Hakları Yönetmeliğini daha işler hale getirmek için 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi yayınlamış ve ihtiyaçlara göre zaman zaman yenilemiştir. Söz konusu yönetmelik ve yönergelerin gereği olarak, hasta ve hasta yakınlarının hastane içinde yaşadığı bütün problemleri yazılı hale getirip, başvuru yapabileceği hasta hakları birimleri 1998 yılından itibaren bütün hastanelerde oluşturulmuştur.

Bu çalışmanın konusu yirminci yüzyılın sonlarında gündeme gelen “hasta hakları” kavramıdır. Araştırmanın çalışma evrenini; il içinden ve/veya il dışından kamu hastanelerinden ve/veya özel hastanelerden poliklinik ve/veya klinik hizmeti almak için Kayseri’ye gelen hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve Kliniğinden hizmet alan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Araştırma, 2015 Ekim ve 2016 Ocak ayları arasında söz konusu poliklinik ve klinikten hizmet alan hasta yakınlarının yaklaşık olarak % 10’nuna denk gelen 80 hasta yakınıni kapsayacak şekilde üç aylık bir süreyle sınırlı tutulmuştur.

Çalışmada hasta/hasta yakınlarının, hasta hakları hakkındaki bilinç düzeylerini ve yine haklarını kullanma düzeylerini etkileyebileceği düşünülen birtakım faktörlerin belirlenmesi amacıyla; onlara ait

demografik bilgiler ve araştırma sorularına verdikleri cevaplar karşılaştırılmıştır.

Türkiye’de doksanlı yılların sonlarından itibaren önem kazanan hasta hakları kavramı insan haklarının sağlık alanında bir uygulaması olarak kabul görmektedir. Türkiye’de yaklaşık olarak 16 yıldır sağlık kurum ve kuruluşlarında böyle bir hak kavramının varlığından söz edilse de uygulama da hastane yönetimlerince bu alanın ihmal edildiği bir gerçektir. Türkiye hastanelerinde hasta ve hasta yakınlarının doğal savunuculuk görevini üstlenmek için kurulmuş olan hasta hakları birimlerinin geçmişi çok eskiye dayanmadığı için bu alanla ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır.

Hastanelerde, hasta ve hasta yakınlarının sorunlarının çözüm yeri olan hasta hakları birimlerine iletilen şikâyetler, hastane yönetimine bağlı olarak çalışan yine bir hastane çalışanı tarafından alınarak değerlendirilmekte ve hastanelerin Hasta Hakları Kurulunda gündeme getirilmeye çalışılmaktadır. Şikâyetlerin değerlendirilmesi sürecinde, Hasta Hakları Kurulunda yönetimden kişilerin varlığının da sağlıklı karar alma sürecini etkilediği düşünülmektedir.

Uygulama da bir takım problemlerin olduğu gerçeğinden hareketle bu çalışmayla hasta ve hasta yakınlarının teşhis ve tedavi sürecinde karşılaştıkları problemlerin çözümüyle ilgili hakları hakkındaki bilinç düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Haklarına dair bilinç düzeylerinin ve haklarını kullanma sürecine etki eden etmenlerin belirlenerek, hastane yönetimlerince paylaşılmasının, bu alanda yaşanan sıkıntılara bir çözüm getireceği muhakkaktır. Hasta hakları kavramına dair birtakım araştırmalar yapılsa da araştırma diğerlerinden farklı olarak hasta yakınlarının, “hasta ve hasta yakınları hakları”na dair bilinç düzeyleri ve buna paralel olarak da

haklarını kullanma sürecine etki eden etmenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmada hasta yakınlarının haklarıyla ilgili bilgi ve bilinç düzeylerinde eksiklik tespit edilmiş ve hakları hakkındaki farkındalık düzeylerinin yükseltilmesi, haklarını daha etkin kullanabilmeleri için değerlendirme ve önerilerde bulunulmuştur. Hasta ve hasta yakınlarının, haklarıyla ilgili bilgi ve bilinç düzeylerinde ki farkındalık oranlarında kayda değer bir artış sağlanmasının, teşhis ve tedavi sürecine de olumlu katkı sunacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın veri toplama aracı olan her anket, dört sayfa, yirmi altı sorudan oluşmaktadır. Seksen kişilik anket çalışması, günlük ortalama 7 görüşmeciye ulaşılarak, toplamda on iki günde bitirilmiştir. Çalışmanın yapılacağı kurumda çalışan araştırmacı tarafından yapılan görüşmeler, sadece hafta içi günler de ve daha çok on iki, on üç saatleri arasında yapılmıştır. Anketlerden derlenen veriler SPSS 20 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Anket sorularına verilen cevapların frekans ve yüzdeleri alınarak, bulgular analiz edilip, yorumlanmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Gerekli izinin verilmesinden sonra sekiz hasta yakınıyla ön deneme (pilot çalışma) çalışması yapılmıştır. Bu ön denemenin sonucunda, anket sorularıyla ilgili gerekli açıklamaları yapabilmek için katılımcılarla bire bir görüşmenin daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Özellikle poliklinikte muayene sırası bekleyen hasta ve hasta yakınlarının, birtakım nedenlerle (Poliklinik sırasını kaçırmamak, yoğunluktan kaynaklanan gerginlik vb. gibi) anket sorularını cevaplamakta isteksiz

görünebilme ihtimali göz önünde bulundurularak, anket soruları kolayca anlaşılır ve kısa cevaplar verilecek şekilde hazırlanmıştır.

Anket çalışmasının verileri, araştırmacının bizzat kendisi tarafından toplanmıştır. Araştırma sırasında hasta yakınlarının etki altında kalabileceği düşünülerek, anket soruları hastane çalışanlarının bulunmadığı bir ortamda yöneltilmiştir. Görüşmeler en kısa on, en uzun ise on beş dakikalık süre aralıklarında yapılmıştır.

Anket formunda katılımcıların demografik bilgilerine, hasta hakları hakkındaki bilgileri ve bilgi sahibi olanların bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara, hastaneler içinde yer alan hasta hakları birimlerinin varlığı hakkındaki bilgilerini ölçmeye yönelik sorulara, ilgili birime müracaat eden hasta yakını varsa müracaat sonuçlarıyla ilgili memnuniyet düzeylerini ve bu memnuniyet düzeylerinin gelecekte bu haklarını kullanmaya engel teşkil edip etmediğini belirlemeye yönelik sorulara, yine hasta yakınlarının daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp yaşamadığını, eğer yaşadıysa bu tartışma sonucu müracaatta bulunup bulunmadığını, müracaatta bulunanların ihtiyaç halinde tekrar bu haklarını kullanıp kullanmayacaklarını belirlemeye yönelik sorulara, yine hastanın tedavi süreciyle ilgili herhangi bir sağlık personelinden bilgi alıp almadıklarına, tedavi süreci hakkında alınan bilginin memnuniyet düzeyini belirlemeye, bu memnuniyet düzeylerinin gelecekte bu haklarını kullanmaya engel teşkil edip etmediğini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir. Bu sorulardan bazılarında, hasta yakınlarının ilgili konuda yaptığı başvurunun sonuçlarından etkilenerak, sağlık personeli hakkında bir ön yargı geliştirip, ilerde bu haklarını kullanma düzeylerini etkileyip etkilemediklerine de bakılmıştır.

BÖLÜM I

2.1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE KONUSU

Hastalık ve sağlık olguları tıp ve sosyal bilimlerin ilgilendiği ortak alanlardandır. Tıp bilimiyle karşılıklı ilişki içinde olan sosyal bilim dalları arasında sosyolojiyi, psikolojiyi, sosyal hizmeti, antropolojiyi vb. sayabiliriz. Tıp bilimi ve sosyal bilimler arasındaki bu ilişki bize hastalık ve sağlık konularında sadece tıbbın etkili olmadığını göstermektedir. Sağlık sosyolojisi sosyolojinin alt dallarından biri olup, sağlık ve hastalık olgularını sosyolojik açıdan incelemektedir. Sağlık sosyolojisi hastalık ve sağlık konularını sosyolojik açıdan ele alarak, hastalığın çok yönlü sosyal boyutuyla ilgilenir (Günler, 2011: 6,7).

Burada iki önemli kavramı açıklığa kavuşturmak oldukça önem taşımaktadır. Bunlarda ilki tıbbın bir dalı olan sosyal tıp olup, amacı koruyucu hekimliktir. Koruyucu hekimlik bireylerin daha hasta olmadan bilinçlenmesini sağlayarak hastalıklardan uzak durmasına katkıda bulunmaktadır. Tedavi edici hekimliğe göre daha ucuz bir sağlık sistemi sunduğundan ülkelerin sağlık politikalarında giderek daha çok öne kazanmaktadır. Sosyal tıp edindiği misyon dolayısıyla sosyoloji, sosyal antropoloji, sosyal psikoloji vb. gibi birçok sosyal bilim dalından yararlanma zorunluluğu duymaktadır. İkinci önemli bir kavram ise sosyologların uğraş alanı olan medikal sosyolojidir. Bazı toplumbilimcilere göre medikal sosyolojinin amacı toplum içindeki bireylerin hastalık ve sağlık kurumlarına yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi olarak görülse de bunun yanında daha birçok önemli sorunla uğraşmaktadır (Kasapoğlu, 1999: 361, 362).

II. Dünya Savaşı sonrası önem kazanmaya başlayan sağlık sosyolojisi, ilk dönemlerde tıpta sosyoloji ve tıp sosyolojisi türünde ikiye bölünmüş; ancak günümüzde artık sağlık sosyolojisi terimi çeşitli disiplinleri temsilen ortak olarak kullanılmaktadır (Güven, 2014: 129).

Sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalığın kavramsallaştırılması, sağlık ve hastalığın ölçülmesi ve toplumdaki dağılımları ile hastalık kalıplarının açıklanması ana başlıkları altında birçok konuyla ilgilenmektedir. Bunlardan bazıları arasında şunları sayabiliriz: Sigara içme, alkol tüketimi, egzersiz yapma gibi sağlıkla ilişkili davranış biçimlerini ele aldığı gibi, tüketim faktörlerini belirleyen kültürel faktörleri, üretim sürecindeki sanayi ve çevre kirliliğini konu edinir. Bunlara ek olarak iş kazaları ve stresin yol açtığı sağlık ve hastalık durumlarını konu edinen araştırmalar yapmak, sağlık kurumları ile sağlık hizmeti organizasyonları, ölüm durumlarında ve doğurganlıkta sosyal faktörler, tıbbi etkinliklerin kullanım talebini etkileyen sosyal faktörler sıralanabilir. Bütün bunların yanında doktor- hasta ilişkisi, hastalığa karşı sosyo-kültürel tepkiler, hastane sosyolojisi, sağlık bakımı, sağlık eğitimi, hastalıkların toplumsal yapı ve değişimle ilişkisi, hastalıklarla ilgili sağlık personelinin rolleri, tıbbi uygulamanın örgütlenmesi, sağlık politikaları, sağlık ve hastalığın diğer sosyal kurumlarla ilişkisi vb. gibi konularla da ilgilenmektedir (Günler, 2011: 8).

2.2. SAĞLIK SOSYOLOJİSİNİN GEÇMİŞİ

Avrupa’da 18. yüzyılın sonlarından itibaren sosyal tıp, halk sağlığı ve antropoloji gibi disiplinler, hastalığın ve sağlığın toplumsal boyutları ile ilgilenmeye başlamışlardır. Bu dönemden itibaren sosyal tıp ve halk sağlığı özellikle İngiltere, Fransa ve Almanya’da oldukça ilerlemiştir. Söz konusu

bu alanlar, sağlık ve hastalık durumlarının farklı zaman, kişi, toplum ve kùltùre göre farklılıklar gösterdiği üzerinde durmuştur. Bùylece sağlık olgusu biyolojik ve fiziksel olduğu kadar, psikolojik, sosyal, ekonomik, kùltùrel boyutlarıyla da ele alınmaya başlanmıştır. Sosyoloji biliminin sağlık alanına yönelmesi antropologların halk üzerinde yaptıkları araştırmalarda, kùltùrle hastalık ve sağlık arasındaki ilişkiyi gözlemlemesiyle ortaya çıkmıştır (Günler, 2011: 8).

19. yüzyıl önemli toplumsal, siyasal, ekonomik değişikliklerin meydana geldiği bir yüzyıldır. Söz konusu bu değişimler beraberinde üretim biçimleri ve insan emeğinin değişimini de getirmiştir. Toplumsal yapı ve düzenin değişmesiyle birlikte kentlere yoğun göçler yaşanmıştır. Hızla sanayileşen kentler beraberinde sağlık sorunlarını da gündeme getirmiştir. Kentlerde ortaya çıkan bu sağlık sorunlarına ilişkin çalışmalar sağlık sosyolojisinin ilk örneklerini oluşturur. Karl Marx, Kapital (1867) adlı eserinde işçilerin kötü barınma ve çalışma şartlarından bahseder. Yine Engels İngiltere’de İşçi Sınıfının Durumu (1844) adlı eserinde ve Konut Sorunu (1872) adlı eserinde işçilerin yaşam koşularının sağlık ve hastalık üzerinde ki etkisine değinir. Rudolph Virchow 1847-1848 yılları arasında tifo üzerine yaptığı araştırmada hastalığın biyolojik ve fiziksel kökenleri olduğu kadar sosyal, ekonomik ve politik bir yanının da olduğu sonucuna varmıştır (Güven, 2014: 130).

Hastalık ve sağlık kavramları 20. yüzyılın başlarına kadar tıbbi anlayışla ele alınmıştır. Daha sonra hastalık ve sağlık kavramlarına çevre de eklenmiş ve böylece bu üç kavram ile toplumsal koşulların bağlantısı kurulmuştur. Yaşanılan bu sürecin sonucunda hastalıkların ortaya çıkışı ve gelişimini inceleyen tıbbın alt dalları olan epidemiyoloji, etiyoloji ve halk sağlığı ortaya çıkmıştır. Yine sağlık ve hastalık olgularının toplumsal

alanla ilişkilerini inceleyen sağlık sosyolojisi ortaya çıkmıştır (Nazlı, 2007: 151).

Sağlık sosyolojisi, sosyolojinin bir alt dalı olarak ilk defa 1940'lı yılların sonlarında ABD'de ortaya çıkmış, 1950'lerin sonunda ise Avrupa'da gelişim göstermiştir. Medikal sosyolojinin gelişim gösterdiği 1940 ve 1950'li yıllarda rahatsızlığın ve hastalığın sebebi mikrop ve virüslerin vücuda girmesi şeklinde açıklamıştır. Buna göre hastalıkların tedavisi sadece tıbbi yollarla yapılmalı düşüncesi etkili olmuştur. Daha sonra sosyologlar, hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı faktörler ve sosyal koşullarla ilgilenmişlerdir. 1970'li yıllarda sosyologlar sağlık bakımı sağlayıcılarıyla ilgili çalışmalar yaparken, 1980'li yıllarda sağlık alanında ki güç ve otorite konularıyla ilgilenmişlerdir (Günler, 2011: 9).

Ülkemizde ise sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmalar sosyolojinin diğer alt dallarına göre daha azdır. Bu alanda ilk araştırma 1964-1965 yılları arasında Orhan Türkdoğan tarafından Erzurum'un bazı köylerinde yaşayan kişilerin sağlık ve hastalık biçimlerine olan tutum ve davranış kalıplarının ele alındığı çalışmasıdır. Yine M. Aytül Kasapoğlu'da ülkemizde bu alanda çalışma yapmış başka bir isim olup, "Sağlık Sosyolojisi" ve "Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık" isimli kitapları ile çeşitli dergilerde yayınlanmış olan makaleleri bulunmaktadır. Zafer Cırhinlioğlu da bu alanda çalışmalar yapmış olup, "Sağlık Sosyolojisi" isimli bir kitabı bulunmaktadır. Bunların dışında Burhan Baloğlu (2006), Nurşen Özçelik Adak (2002), Sevinç Özen, Sezgin Kızılçelik (1996) ve İlker Belek'in de sağlık sosyolojisi ile ilgili çalışmaları bulunmaktadır (Günler, 2011: 10, 11).

Sağlık alanında yapılan çalışmalara Bahattin Akşit ve Belma Akşit'in ortak yayınları olan "Socio-cultural determinants of infant and child mortality" başlıklı makalelerini, ayrıca "Temel sağlık hizmetlerinde toplum katılımı: Antalya'nın bir gecekondü bölgesinde antropolojik araştırma" adlı çalışmalarını, Belma Akşit'in "Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlerinde anne eğitiminin rolü" adlı makalesini de ekleyebiliriz (Güven, 2014: 135).

Sağlık sosyolojisi konusunda M. Sait Doğan'ın 2001 yılında yayımlanan "Sağlık sosyolojisi açısından Türkiye'de sağlık planlaması" adlı makale çalışması önemlidir. Çalışmada sağlık hizmetlerinin planlanmasının kapsamı, gerekliliği, planlamanın örgütlenmesinin aşamaları ve sağlık planlamasını etkileyen faktörler tanıtılır (Güven, 2014: 137).

Sağlık sosyolojisi alanında, din sosyolojisi alanında çalışan Mehmet Bayyığıt'ın "Sağlık/Din sosyolojisi" başlıklı makale çalışması, Ayşe D. Ergun ve Cem Ergun'un "Türkiye'de aile hekimliği uygulaması ve kadınlara etkileri" başlıklı çalışmaları, Nihan Bozok'un "Biyoihtidara özgü bir özne(l)leşme pratiği olarak popüler sağlıklı yaşam söylemi" adlı çalışmaları da önemlidir (Güven, 2014: 138-141).

2.3. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

2.3.1 Sağlık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamaktadır.

D. Stull'a göre ise üç temel sağlık yaklaşımı olup, bunlardan ilki tıbbi ya da fiziksel yaklaşımdır. Bu modelde sağlık "hastaların kişisel ifadeleri, tıbbi personelin gözlemleri ve tıbbi testlerin belirlediği bir birleşim olarak tanımlanan hastalığın yokluğu" biçiminde karşılık bulur. Bu yaklaşıma göre hastalıklar tedavi edilerek toplumdaki hasta sayısı düşürülmeye çalışılmaktadır. Buna göre bireylerin sağlık durumu hastalanmayan kişilerin sayısı ya da yüzdesi alınarak belirlenmektedir. Stull'un ikinci yaklaşımı ise sosyal ya da işlevsel modeldir. Bu modelin temelini bir işlevselci olan Parsons'un görüşleri oluşturmuştur. Bu yaklaşıma göre sağlıklı olma sosyal olarak işlevsel olmaya bağlıdır. Buna göre kişi toplum içinde rollerini tam olarak yerine getirebiliyorsa sağlıklı, bir kısmını veya hiç birini yerine getiremiyorsa hastadır. Üçüncü model ise öznel ya da psikolojik modeldir. Bu modelde bireyler sağlığa kendi öznel değerlendirmeleriyle bakarak, yaşadıkları ortamın sağlıkları üzerinde ki etkisi ön plana çıkmaktadır. Subjektif bir bakış açısının hakim olduğu bu görüşte, kişinin sağlıklı olsun veya olmasın kendisini sağlıklı olarak algılamasının yanı sıra doktor muayenesi sonucunda da bir hastalık belirlenememesi durumu bireyin sağlıklı olduğunu gösterir (Günler, 2011: 19).

S.Larson ise dört farklı sağlık kavramı tanımı yapar. Bunlardan ilki olan tıbbi modele göre hastalıkların iç ve dış kaynaklı etkileri bulunup, birtakım fiziksel, genetik, kimyasal, mikrobik etkenler vücudun normal işleyişini bozarak hastalığa yol açabilmektedir. Bu modelde sağlıklı olmak hasta olmamaktır. İyilik hali modeline göre ise sağlık, kişilerin zihinsel ve bedensel olarak hastalıklara karşı koyabilmesidir. Bu modelde öznel algılamalar, gayret, dini inanç ve telkin kişinin hastalıkla mücadelesinde önemli bir yer edinmektedir. Yine bu modele göre hastalıklı bir insan kendisinin güçlü bir bünyeye sahip olduğunu düşünüyor ve sağlıklı hissediyorsa hastalıklarını kolaylıkla yenebilir. Uyumlanma modeliyse

sağlığı, çevreye uyumlanma olarak ele alıp, tıbbi model içinde de kendisine yer bulur. Buna göre birey, fiziksel ve sosyal çevresine uyum sağlayabiliyorsa sağlıklı, bunun aksi bir durumda hasta olarak tanımlanır. Larson tarafından kabul edilen dördüncü sağlık kavramı ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen tanımdır (Günler, 2011: 20, 21).

Sağlık, Ontario Sağlığı Geliştirme Kaynak Sistemi tarafından konularına göre üçe ayrılır. Bunlardan ilki olan bio-tıbbi modelde sağlık, hastalık ya da bozukluğun olmadığı bir durum olup, bu modelde sağlık sorunlarını kalp hastalıkları, kanser, felç, AIDS gibi hastalıklar oluşturur. Bunlardan ikincisi olan davranışsal modele göre sağlık, sağlıklı yaşamının bir ürünü olup, bu model sağlık sorunları olarak yetersiz beslenme, sigara içme, stresle baş edememe, fiziksel hareketsizlik vb. gibi problemleri kabul eder. Üçüncü model sosyo-çevresel model olup, bu modele göre sağlık, sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerin bir ürünüdür. Bu modelin başlıca sağlık sorunları ise işsizlik, yoksulluk, çevre kirliliği, çalışma koşulları vb. gibi sosyal problemlerdir (Günler, 2011: 21, 22).

Halk sağlığı alanında çalışmaları olan Nusret Fişek sağlığı şöyle tanımlamaktadır;

Toplumun koşullarına ve sağlık sorunlarına uygun bir örgütlenme ve yöntemle, o toplumda yaşayan tüm insanları, hasta olsun ya da olmasın yaşadıkları çevreyle birlikte göz önüne alan; onların sağlıklarını ana rahmine düştükleri andan ölümlerine kadar kendi sorumluluğu içinde gören; çevrede bulunan ve hastalıkların oluşumunda rol oynayan olumsuz etmenlerin giderilerek olumlu bir çevre yaratılmasına uğraşan; sağlamların hastalanmamasına, hasta olanların ola-

nakların elverdiği en erken dönemde bulunup tanı ve tedavilerinin yapılmasına ve gerekiyorsa rehabilite edilmelerine çalışan bir hizmettir.

Yukarıda verilen tanımlardan da anlaşılacağı üzere sağlık kavramına ilişkin olarak pek çok yaklaşım bulunmaktadır. Bu nedenle sağlığın sadece bir tane tanımını yapmak zordur. Sağlığın işlevsel, psikolojik, sosyal, çevresel ve kültürel yönleri bulunup, kişiden kişiye, toplumdan topluma ve zamana göre değişim gösterebilmektedir. Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında sağlığı belirleyen fiziksel, mental ve sosyal etmenlerin önemli rol oynadığı görülür. Bazı tanımlarda fiziksel, biyolojik etmenler ön plana çıkarken bazılarında mental, psikolojik etmenler ön plana çıkar. Sağlık bir uyum sağlama süreci, çevresiyle etkileşim içerisinde içinde var olduğu kültürün değerlerini benimseyip, hayatını huzurlu bir şekilde sonlandırmayı bekleyebilme yeteneğidir (Günler, 2011: 22; Adak, 2002: 21, 22).

Sağlığı etkileyen faktörlerden biri olan medeni durum, yani bireylerin dul, evli, bekar veya boşanmış olmaları onların sağlık durumlarıyla yakından ilgilidir. Aile kurumu, iyi olma ve yaşama ile ilişkilendirilme anlamında kullanılan sosyal bütünleşmenin ana kaynağıdır. Yapılan bir araştırma evli insanlar için sosyal bağların, arkadaşlıkların, sosyal destek sistemlerinin kabul edilebilir ve önemli olduğunu göstermiştir. Yine evli insanların sahip olduğu sosyal roller ve sorumluluklar riskten kaçınmayı ve sağlıklı yaşamı sağlar. Evlilik kurumunun bir diğer faydası ise sosyal beklenti ve normlara uygun yaşamayı sağlayarak bireylere yüksek statü sağlar. Kişilerin eşlerinden bir şekilde ayrılmaları onlarda üzüntü ve depresyona neden olabilmektedir. Boşanma durumlarında bazı kişilerde birtakım psikolojik rahatsızlıklar görülebilmekte, bu durum ise fiziksel rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Eşi olmadan hayatına devam etmeye çalışan kişi eşi evi geçindiriyorsa ekonomik problemlerle karşılaşabilmekte, sosyal soyutlanma yaşayabilmekte ve sosyal destek sistemlerinden yoksun kalabilmektedir.

Bütün bunlar kişilerin dolaylı ya da dolaysız olarak fiziksel ya da psiko-sosyal rahatsızlıklar yaşamasına yol açabilir (Adak, 2002: 46, 47).

Sağlığı etkileyen faktörlerden bir diğeri insanların eğitim seviyesidir. Eğitim seviyesi yükseldikçe hastalık ve ölüm oranları düşerken, daha az eğitilmiş insanların enfeksiyon hastalıklarına, kronik hastalıklara yakalanma oranı daha yüksektir. Eğitim, istihdamın yanında ekonomik durumu da etkilediği için kişilerin psiko- sosyal durumu bundan etkilenir. Eğitilmiş insanların hayat üzerinde ki kontrol duygusu ve problemlerle baş edebilme becerisi az eğitilmiş olanlara nazaran daha yüksektir. Eğitilmiş insanların yaşama dair sahip olduğu yüksek bilinç onların yaşam tarzlarını olumlu yönde etkiler. Eğitilmiş insanlar eğitimsizlerle karşılaştırıldığında daha çok egzersiz yapma eğiliminde olup, bu durum ise onları daha sağlıklı bireyler yapar. Kişilerin yüksek eğitim düzeyleri onların bilinçli beslenme tarzını da pozitif yönde etkiler. Ayrıca iyi eğitilmiş insanlar aşı olmak gibi koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanırlar (Adak, 2002: 49-51).

Sağlığı etkileyen faktörlerden bir diğeri de bireylerin sahip olduğu işle bağlantılı olarak sosyo-ekonomik durumlarıdır. Sağlık sorunlarının yoksul bölgelerde daha yoğun görülmesinin nedeni kişilerin düşük sosyo-ekonomik statülerinden kaynaklanmaktadır. Bu kişiler fiziksel olarak daha sağlıksız yaşam koşullarında yaşamlarını sürdürmeye devam etmek zorundadırlar. Pek çok kadın düşük ücretli kayıtlı olmayan enformel sektörlerde çalışmaktadır. Toplum, kadınlara dikiş-nakış, sekreterlik vb. gibi düşük ücretli meslekleri uygun görmektedir. Bu durum ise onların bütçelerinden sağlık için yeterince pay ayıramamalarına sebep olmaktadır. Sosyal güvencesi olan bir işte çalışmak bireylerin sağlık hizmetlerinden ve koruyucu sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanmasını sağlar. Sosyal güvencesi olmayan kişiler sağlık hizmetlerini ücretli alacakları için

bu durum onların zamanında tedavi alma şansını da azaltmaktadır (Adak, 2002: 55-57).

Kırsal bölgelerde kadınlar tarımsal üretim ve hayvancılıkla uğraşmaktadırlar. Kırsal bölgelerde yakacak toplama, su tedarik etme vb. gibi işler geleneksel olarak kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. Bu işler kadınların beden gücüne dayalı olarak yapıldığı için kadınlarda sırt, bel ve bacak ağrıları sık görülebilmektedir. Bu tür ağır yük taşıma işleri kadınlarda rahim sarkması, adet düzensizliği ve çocuk düşürmeye neden olabilmektedir. Kırsal bölgelerde kadınlar ev dışı işlerin yanı sıra ev içinde de temizlik, ütü yapma, yemek hazırlama, soba yakma vb. gibi işleri yapmaktadırlar (Adak, 2002: 58, 59).

Sağlığı etkileyen faktörlerden bir diğeri de bireylerin kırsal veya kentsel bölgede oturması ve çevre koşullarıdır. Hastalık işareti olsun veya olmasın kentsel bölgelerde yaşayan kişiler düzenli olarak sağlık kontrolünden geçerler ve bu hizmetlere erişim olanağına sahiptirler. Ancak kırsal bölgede yaşayan insanlar herhangi bir ağrısı veya huzursuzluğu yoksa doktora başvurmazlar. Ayrıca kırsal bölgede yaşayan insanlar kentsel bölgelerde yaşayanlara nazaran sağlık hizmetlerine erişim anlamında daha dezavantajlı durumdadırlar. Kırsal bölgelerde yaşayan insanlar daha az gelire sahiptirler ve sosyal güvenceleri olmadıkları için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamazlar. Kent yaşamında da bireylerin fiziksel, ekonomik, sosyal ve kültürel durumları onların sağlıkları üzerinde oldukça etkilidir. Kentlerde sağlık sorunlarını tetikleyen en önemli neden yoğun göçle birlikte yaşanan hızlı ve çarpık kentleşmedir. Göçle birlikte iklim, ev, yer ve iş değişikliği bireyler üzerinde strese neden olabilmektedir. Çok yönlü stres bireyler üzerinde sosyal problemlere ve sağlık problemlerine yol açabilmektedir (Adak, 2002: 61-63).

Kent merkezlerinde de zaman zaman sağlık hizmetlerinde yetersizlikler yaşanabilmektedir. Bunun en büyük nedeni yoğun gle birlikte artan kent nüfusuna paralel olarak sağlık hizmeti sağlayan kuruluşların sayısındaki artış oranının aynı olmamasıdır. Ayrıca kentlerde sağlığı tehdit eden en büyük unsur kent yoksulluğudur. Kent merkezlerinde yaşayan alt sınıf diye adlandırılan grupların sağlık koşulları oldukça kötüdür. İşsizlik ve sosyal güvence eksikliği bu insanları hastalıklar karşısında savunmasız bırakır. Hava kirliliği, gürültü kirliliği başta olmak üzere, içme suyunun sağlanması, atık ve çöplerin toplanması ve yok edilmesi konusunda ki yetersizlikler kent merkezlerinde halk sağlığını ciddi şekilde tehdit etmektedir. İçme sularının kirli olması sonucu oluşan ishal, dizanteri, tifo, sarılık gibi hastalıklar ülkelerin gecekondü bölgelerinde oldukça yaygındır. İnsan sağlığı hem ülkemizde hem de küresel düzeyde çevreyle yakından ilgilidir. Zarar gören çevrenin sağlık riski yarattığı açık olup, gelecek nesillerin daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri için çevrenin korunması şarttır (Adak, 2002: 65-68).

Sonuç olarak sağlığı, kişinin kendini enerjik ve iyi hissetmesi; tıbbi muayenesi sonucu bir bozukluk, yetersizliğinin olmaması; yaşam içerisinde ki rol ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi; gerçekçi biçimde algılama, değerlendirme yapabilme yeteneğine sahip olması, duygu-düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesi; ailesi, mesleki ve sosyal çevresiyle ilişkilerinin istenilen düzeyde olması; mevcut sağlık düzeyini sürdürebilmesi için gerekli koruyucu alışkanlıklar edinmesi olarak tanımlayabiliriz (Tekin, 2007: 27).

2.3.2. Hastalık Kavramı

Tarih boyunca insanların yaşam şekilleri onların hastalık ve ölüm nedenleriyle yakın ilişki içinde olmuştur. Örneğin avcılık ve toplayıcılıkla uğraşan toplumlarda insanlar çoğunlukla çevresel nedenlerle veya av kazaları sonucu hayatını kaybederken, tarım toplumlarında yiyeceklerden bulaşan enfeksiyon hastalıkları sonucu hayatlarını kaybetmişlerdir. Eski Yunan döneminde hastalıkların nedenleri doğaüstü güçlerle ilişkilendirilmiştir. Eski çağların sonlarında ise hastalıkların doğal nedenlerle ortaya çıktığı düşüncesi hakim olmaya başlamıştır. Miasma teorisine göre toprak, bataklık ve pisliklerden çıkan zehirli maddeler hastalıklara neden olmaktadır. Hipokrat ise hastalıkların insan vücudunda ki anormal değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. İnsan vücudunda ki sağlıklı dengeyi koruyabilmek için ise temiz hava, iyi beslenme vb. gibi hususlara dikkat edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Ortaçağa gelindiğinde ise İslam tıbbında hastalıkların teşhis ve tedavisinde önemli gelişmeler yaşanırken, Avrupa’da kilisenin katı tutumu nedeniyle büyüsel düşünce tekrar hakim olmuştur (Tekin, 2007: 28, 29).

19. yüzyıla gelindiğinde Descartesci görüşün etkisiyle hastalığın bedensel bozukluklar sonucu ortaya çıktığı kabul görmüştür. Akıl ve bedenin birbirinden ayrı olduğu düşüncesi nedeniyle hastalıkların sosyal ve psikolojik yönleri ele alınmamıştır. Ancak 20. yüzyıla gelindiğinde enfeksiyona maruz kalan her bireyin hasta olmadığına farkına varılmış, böylece çok nedenli yaklaşım benimsenerek, hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik pek çok faktörün etkisiyle ortaya çıktığı kabul görmüştür. Zamanla bu yaklaşımlar bazı hastalık tiplerinin bazı toplumlarda niçin daha etkili olduğunu açıklamakta yetersiz kalmıştır. Böylece yapılan çalışmalar hastalıkların bireyin içinde bulunduğu toplumun sınıfsal yapısı, gelir

düzeyi, eğitim, din, meslek, sosyal destek, medeni durum, yaşanılan yer vb gibi pek çok faktörle ilişkili olduğunu göstermiştir (Tekin, 2007: 30).

Hastalık kavramı doktora, hastaya ve bunların dışındaki kişilere göre farklı anlamlar taşımaktadır. Doktor açısından hastalık patolojik anormalliği ifade ederken, hasta açısından sağlıksızlığın sonucunda bireyin deneyimlemesiyle acı, rahatsızlık vb. duyma durumudur. Diğer insanlara göre ise hastalık kentsel hayat biçimi gibi çeşitli yaşam biçimlerinin sonucu ortaya çıkar. Biyo-medikal modele göre insan bedeni bir makine olup, bedensel problemlerin kaynağını da bu mekanizma içinde ortaya çıkabilecek sorunlarda aramak yerinde olacaktır. Biyo-kültürel modele göre ise hastalık akıl-beden ayrımından ziyade, bireyin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel bütünlük içinde anlaşılmaya çalışılmalıdır. Bu model tıbbi kavramları ve hekimlerin tıbbi değerlendirmelerini de toplum ve kültürün bir parçası olarak görmektedir. Bu modele göre hastalığı tek bir nedensel faktöre göre açıklamak oldukça zordur. Hastalıkların biyolojik yönü yanında alkol, sigara gibi alışkanlıklar ve stres, hareketsiz sosyal yaşam gibi toplumsal faktörlerde etkili olabilmektedir (Günler, 2011: 23; Nazlı, 2007: 155, 156).

Hastalık fizyolojik, biyolojik kökenli olabileceği gibi sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörlerden de kaynaklanabilir. Hastalık durumu bireyin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, mesleki açıdan bulunduğu koşullardan etkilenir. Bu etki hasta-hekim ilişkileri, teşhis ve tedavi sırasında kendini güçlü bir şekilde hissettirir. Hastalık bireyin fiziksel sağlığını etkilediği kadar sosyal yaşamını da etkiler (Nazlı, 2007: 151)

“Genel olarak hastalık, fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal fonksiyonları etkileyen anormal bir durumdur.” Hastalık bireylerin sosyal çevresiyle

bütün uyumunu bozarken, kendi içinde de duygusal bozulmalara yol açar. Hastalık kişide sosyal, fizyolojik ve psikolojik problemlere yol açarken, toplumsal düzeyde ki belirtisiye uyumsuzluk ve dengesizliktir. Hastalık durumu fizyolojik kökenliyen, bireyin kendini hasta hissetmesi psiko-sosyal kökenlidir. Hastalık durumunda belirli semptomlar ön plana çıkarak bireyde patolojik bir anormallik olduğunu gösterir. İkincisindeyse birey fizyolojik ve biyolojik anlamda hasta olmamasına rağmen kendisine hasta hissederek açığı çekmektedir (Günler, 2011: 23; Adak, 2002: 25, 26).

İçinde yaşanan toplumun genel değerlerine ve kurallarına uymayan davranışlar sapma olarak kabul edilir. Sosyolojik anlamda sapma hiçbir yargı belirtmez ve nötr bir kavramdır. Bu terim bu anlamda ne bir değer ne de ahlaki bir anlam taşımaz. Bireylerde hastalık durumu sapan bir statü olarak kabul edilir ve herkesin başına gelebileceğinden meşru görülür. Kişi hastalık durumunda rollerini yerine getiremediği için sapkın olarak görülür. Hasta rolü içinde bireyde görülen sapma genellikle mazur görülür. Hastalık kültürel farklılıklar gösterse de bireysel düzeyde mental, fizyolojik kusur, toplumsal düzeyde de uyumsuzluk veya dengesizlik halidir (Adak, 2002: 30).

2.3.3. Fonksiyonalist Yaklaşım ve Sağlık- Hastalık

Bu yaklaşıma göre sağlıklı olma kişilerin toplum içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirebilme durumudur. Parsons'a göre hastalık, kişinin toplum içindeki yerine getirmesi gereken rolleri oynama yeteneğini azaltır. Ona göre hasta birey toplum içinde üzerine düşen sorumluluğu yerine getiremediği gibi kaynakları da gereksiz yere tüketir. Bu nedenle hastalık sosyal olarak kontrol altında tutulmalı, yoksa sosyal düzen, sosyal denge ve sosyal sistem için tehdit oluşturacaktır. Bu nedenle hastanın eski

sağlığına kavuşturularak, sosyal denge ve düzenin sağlanmasında hekimlere büyük sorumluluk düşmektedir. Bunun yapılabilmesi içinde hasta ve doktorun tedavi sırasında üzerlerine düşen rol ve sorumlulukları eksiksiz yerine getirmesi gerekir (Günler, 2011: 24).

Bu kurama göre toplumsal düzen, toplumu meydana getiren her bir parça arasındaki uyuma bağlı olarak varlığını devam ettirir. Onlara göre doktor tedavi sürecinde bir otorite olup, hastanın doktorun direktifleri doğrultusunda hasta rolüne uyum sağlayarak iyileşmek için çaba harcaması şarttır. Var olan sınırların dışına çıkan hastalar ise anormal davranış sergileyen kişiler olarak algılanmaktadır (Adak, 2002: 193).

2.3.4. Yapısalcı Yaklaşım ve Sağlık-Hastalık

Bu yaklaşım toplumu işlevsel bir organizma olarak değil, kıt kaynaklar nedeniyle çatışan birçok parçanın birliği olarak görür. Bu yaklaşıma göre sağlık ve hastalığı belirleyen etkenler bireysel değil toplumsal ve yapısalıdır. Foucault'ya göre hastalığın varlığı, toplumda egemen olan düşünme biçiminin tıbbi olarak ifade edilmesidir. Örneğin geçmişte günah olduğu için davranış bozukluğu olarak görülen bazı tanılar günümüzde normal olarak görülmeye başlanmıştır (Adak, 2002: 186, 189).

Bu yaklaşıma göre insanların ait olduğu sosyal gruplar onların davranışlarını az ya da çok etkilemektedir. Toplum cinsiyete, yaşa, etnisiteye, bireylerin yoksulluk ve zenginliğine göre farklı sosyal sınıflara bölünmüştür. Bu görüş, toplum içinde ki bazı kişi veya grupların ayrıcalıklı durumlarından dolayı daha sağlıklı olduğu görüşündedir. “Bu yüzden sağlık veya hastalık bireysel olduğu kadar toplumsal ve yapısalıdır.” Bu alanda iki

tür yapısalcı yaklaşım olup, bunlardan ilki kapitalizmin etkisiyle toplumda ki bireyler ve gruplar arasında sağlık eşitsizliğinin yaratıldığını savunan Marksist sosyologların savunduğu düşüncedir. Kapitalizmin direk veya dolaylı etkisiyle bireyler topluma yabancılaşır, bireyleri dışlayan iş, hoşnutsuzluk vb. gibi durumlar akıl sağlıklarını bozarak hastalanmalarına sebep olur. Kadınların hem evde hem de iş yerlerinde çalışmaları sonucu onlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon gözlenebilmekte, bunun sonucunda da evde kazaya yol açabilecek stres ortaya çıkmaktadır. İkincisiyse feminist sosyologlar tarafından geliştirilen yapısalcı modeldir. Buna göre toplumda var olan ataerkil güç kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Günler, 2011: 25, 26).

2.3.5. Sembolik Etkileşimcilik ve Sağlık-Hastalık

Bu yaklaşımın geçmişinde Cooley ve Thomas önemli bir yere sahip olsa da en etkili isim Mead'dir. Mead'e göre toplumsal düzenler, bir sürecin sonucunda ortaya çıkar ve süreç kesintisiz devam eder. Etkileşimci yaklaşımın temsilcilerinden olan Gochma'a göre hastalık sosyal olarak inşa edilir ve bireyin toplumsallaşma sürecinde edindiği algıları yansıtır (Adak, 2002: 182).

Bu yaklaşıma göre hasta olma toplumsal bir süreçtir. Toplumdaki bireyler arasındaki etkileşim ve bu ilişkiye yön veren değer ve normların bir sonucudur. Bu etkileşim sırasında bireyler davranışlarının hangisinin normal olup olmadığını öğrendiği gibi hastalık sırasında fiziksel, ruhsal ve duygusal düzeyde ortaya çıkan değişimlerin toplumun diğer üyeleri tarafından daha kolay anlaşılmasını sağlar. Kişiler hastalık sırasında toplum tarafından kabul edilen davranış kalıbına bürünür (Günler, 2011: 26).

2.3.6. Sosyal İnşa Kuramı ve Sağlık-Hastalık

Sosyal inşacı bakış yaşamı tanımlama, açıklama ve yorumlama sürecidir. Bu süreç etkileşim içinde bulunan insanların olaylara yüklediği bir anlam ve değerin sonucudur. Bu kuramcılara göre insan yaşamında ki her şey gibi sosyal sorunlar da insan ürünüdürler. Bu durum insanların çevrelerinde gerçekleşen olayları anlamlandırmaları ve onlara değer yüklemeleri sonucunda ortaya çıkar. Sosyal sorunlar birilerinin onları kötü ve yanlış olarak değerlendirmelerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu kuramda doktorların hastalarıyla olan ilişkileri değerli araştırma alanı olarak görülür. Doktor-hasta arasında ki etkileşim sırasında doktorun seçtiği sözcükler, jest ve mimiklerin yanı sıra hastanın da anlama gücü doktoru etkilemekte ve bunlar önemsenmektedir (Nazlı, 2007: 160; Adak, 2002: 184, 185).

Bu yaklaşım hastalığın dışsal nedenlerinin yanı sıra sosyolojik olarak da hastanın ağrıya ilişkin duygu ve düşüncelerini ele alır. Toplumdaki bireyler çevrelerinde ki olay ve objelere değer yükleyerek, hayatı anlamlandırmaya çalışırlar. Hastalık bireylerin toplumsallaşma sürecinde ki algılarını yansıtır. Kültürel yapıyla bağlantılı olarak birey hangi hastalık belirtisinin normal, hangisinin anormal olduğunu saptayabilir. Kısaca bu yaklaşım toplumsallaşma sürecinin sağlık ve hastalık algılamasını nasıl etkilediği üzerinde durur (Günler, 2011: 27).

2.3.7. Sosyal Sistem Yaklaşımı ve Sağlık-Hastalık

Toplum uzmanlaşmış sistemlerden ve bunların alt sistemlerinden oluşmuştur ve bu sistemin bütün parçaları arasında bir etkileşim mevcuttur.

Toplumsal değerler paylaşıldığında ortaya örgütlü eylemler çıkar, buda sosyal sistemin varlığının bir kanıtıdır. “Sosyal sistem içinde hastalık; biyolojik bir sistem olan canlının durumu ile şahsi ve sosyal intibakını temin eden normal görevin bozulma halidir.” İnsan bütün yaşamı boyunca sağlık sistemi içinde birtakım sosyal süreçlerden geçer. Sağlık sistemi içeresin de geçen bu süre boyunca insanların hastalıklarla ilgili tutum ve davranışları aile, din vb. gibi diğer alt sistemlerden etkilenir ve şekillenir (Adak, 2002: 199-203).

Sistem kendisini oluşturan unsurlar içinde ki ilişkileri ve karşılıklı bağımlılığı kapsar. Sistem kavramının temelleri 1920’lerde Berthalanffy tarafından atılmıştır. Ona göre karşılıklı ilişkilerden oluşan sistemde parçaların birinde meydana gelen değişiklik, diğer unsurların da değişmesine neden olur. Sosyal sistemde de birçok alt sistem bulunup, bunlar birbiriyle ilişki içinde, kendi içinde düzeni devam ettirme ve koruma eğilimindedir. “Bu yaklaşıma göre insanlar sağlık sistemi içerisinde doğumdan ölüme kadar bir takım süreçlerden geçerken, sağlık sistemi içinde yer alan tutum ve davranışları, ekonomi, aile, eğitim, siyaset ve din gibi sosyal sistemin kurumlarından etkilenmektedir.” (Günler, 2011: 27, 28).

2.4. HASTALIK VE TOPLUMSAL İLİŞKİLER

Bütün bireyler çevresiyle iyi ilişkiler kurmak ve geliştirmek isterler. Bireylerin yaşadıkları yerler değiştiğinde hastalanma riski de artmaktadır. Toplumsal ilişkileri inceleyen sosyoloji açısından da kişiler arası ilişkilerin, yaşanan çevrenin bireyler üzerinde nasıl olumsuz etki yarattığı önemlidir. Yapılan araştırmalar, işini değiştiren, ikametgâhını değiştiren ve hayat koşullarını değiştiren insanların daha fazla hasta olduklarını

göstermiştir. Araştırmalar, boşanmış kişilerin, dulların ölüm oranlarının evli çiftlere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Toplumsallaşma evli çiftlerde daha fazla olup, sağlıklı olumlu yönde etkilemektedir. Toplumdan ayrı yaşayan bireylerde ölüm oranı diğerlerine göre daha yüksektir. Yapılan bir araştırmada kadınların erkeklerden daha fazla hastalanıp doktora gittikleri; ancak erkeklerin kadınlara göre daha fazla ölüm oranına sahip olduğu görülmüştür (Cirhinlioğlu, 2010: 29-32)

Bütün toplumlarda belli bir hiyerarşi olup, insanlar eğitim, gelir, kültür ve ölçütlerine göre çeşitli sınıflara ayrılırlar. Toplumsal ilişkileri ifade eden sınıfsal farklılıklar kişilerin sağlıklı yaşam sürmelerini de etkiler. Toplumsal tabakanın en altında yer alan bireyler ekonomik yetersizliklerinden dolayı toplumdan izole bir şekilde yaşarlar. Bu insanlarda tüberküloz, şizofreni, alkolizm ve çeşitli hastalıklar daha fazla görülür. Fakirlik kötü bir sağlık durumu yaratmakta, kötü sağlık durumu da fakirlik yaratarak kısır bir döngü oluşturmaktadır. Fakir ülkelerde çocuk ölümleri Amerika'dan yüzde elli daha fazladır. Kalp hastalıkları ve ölüm oranları yoksul insanlar arasında daha fazla görünmektedir. Yoksul insanların yaşadıkları evlerin fiziki koşulları onların biyolojik ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık sisteminin bozuk olması fakirliğin önemli bir göstergesi olarak görülmektedir. Sağlıklı bir hayat sürmek yurttaş olmanın bir gereği olup, bu durum ise ülkelerin refah düzeyine göre değişiklik gösterebilmektedir (Cirhinlioğlu, 2010: 33-36).

2.5. HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİ

Hekim, sahip olduğu mesleki bilgi ve tecrübesiyle hastanın sosyal, bedensel ve ruhsal bakımdan iyileşmesine katkı sağlayan kişidir. Hasta-hekim ilişkisi geçmişten günümüze tıp etiğinin temel problemlerinden biri

olmuştur. Hasta ve hekim ilişkileri, “kişiye saygı, zarar vermeme, yarar sağlama, dürüstlük, adalet, özerklik ve kendi hakkında karar verme” gibi değerler sistemi üzerine kuruludur. Bu değerlerin birbiriyle çatıştığı durumlar ise tıp etiğinin sorunsalını oluşturur (Akyıldız ve Özkan, 2012: 38).

Sağlık hizmetlerinde hasta ve hekim arasında ki olumlu ilişki tedavi ve tanı koymanın başarısı için önemli bir yer tutmaktadır. Hekimlerle iyi ilişkiler içinde olmayan hasta, hastalığı hakkında hekimi yeterince bilgilendirmediği için hekimin hasta üzerinde ki tedavi başarısını düşürecektir. Kendisini hastanede baskı altında hisseden hasta, hekimi sağlık durumu hakkında yanlış bilgilendirebilmektedir. Tedavi sürecinde de hekimler hastayı hastalığı hakkında yeterince bilgilendirmezse eğer bu belirsizlik durumu tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyecektir. Dolayısıyla hekim ve hasta arasında ki karşılıklı iyi ilişki teşhis ve tedavinin başarısı için büyük önem taşımaktadır (Cirhinlioğlu, 2010: 53).

Hasta ve hekim arasında var olan güçlü iletişim hastanın hekime güven duymasını sağlayacak ve tedavi sürecini de olumlu yönde etkileyecektir. Hastanın hekimle olan ilişkisini, onun kişilik yapısı ve hastalığına bakış açısı etkileyebilir. Hasta birey, mevcut durumunu kendisine verilmiş bir ceza olarak algılıyorsa ve asla iyileşemeyeceğini düşünüyorsa eğer tedavi sırasında hekime çok da yardımcı olamayabilir. Utangaç hastalar ise yetersiz iletişimleri nedeniyle problemlerini hekime anlatamayabilir. Tedavi sürecini beğenmeyen hastalar sürekli bir yakınma içinde olarak doktorunu veya hastaneyi değiştirmek isteyebilir. Bu sebeple, hekimin hasta ile olan iletişimde yukarıda belirtilen hususları göz önünde bulundurması, tedavi sürecinin sağlıklı bir şekilde işlemesi için çok önemlidir (Tekin, 2007: 38).

Parsons hastalıkların biyolojik olduğu kadar toplumsal kökenlerinin de olduğunu belirtmektedir. Parsons'un işlevselciliği temel alan bu modelinde, bireyler kendilerinden önce toplum tarafından konulan bir takım davranış kalıplarına göre hareket etmektedir. Parsons hasta-hekim ilişkilerinde de bu durumun geçerli olduğunu belirtmiş, hasta ve hekimin teşhis ve tedavi sırasında kendilerinden önce oluşturulan bu davranış kalıplarına göre hareket ettiklerini belirtmiştir. Ona göre hasta ve hekim arasında görülebilecek problemler önceden biçilmiş bu roller sayesinde çözüme kavuşturulabilir. Ona göre toplumsal düzenin kurulması sürecine hasta-hekim arasında ki uyumlu ilişki de katkı sunmuş olacaktır. Parsons'a göre hastanın toplum tarafından belirlenen rolleri şunlardır:

- 1) Hasta mümkün olduğu kadar çabuk iyileşmek isteyecektir.
- 2) Hasta, hekimlere başvuracak ve yardım talep edecektir.
- 3) Bazı etkinlikleri ve sorumlulukları yerine getirmeyecektir.
- 4) Bakıma ihtiyacı olacaktır, iyileşmek kendi kararı ve isteğine bağlı olmayacaktır.

Yine Parsons'a göre hekimin toplum tarafından belirlenen rolleri şunlardır:

- 1) Hekimler, hastalığı iyileştirmek için, yüksek düzeyde ki bilgi ve becerilerini kullanacaklardır.
- 2) Kendi çıkarları ya da para için değil, kamunun çıkarı ve hastanın iyiliği için hareket edeceklerdir.
- 3) Tarafsız olacaklar ve duygusal davranmayacaklardır.
Hastanın davranışlarını kendi değerleri ile değerlendiremeyeceklerdir.
- 4) Meslek kurallarına göre hareket edeceklerdir.

O hasta ve hekimlerin yukarıda saydığımız rollerini yerine tam olarak getirmeleri halinde toplumun bir dengeye kavuşacağını ifade eder. Ancak

bu modelde hasta-hekim arasında çıkacak bir çatışmada nasıl hareket edilebileceğine dair bir bilgiye yer verilmemiştir. Amerikalı sosyolog Elliot Freidson, Parsons'u hekimlerin hasta üzerinde kurduğu hâkimiyeti normalleştirmesi ve böylece çatışmanın üstünü örtmeye çalışmakla suçlamıştır (Cirhinlioğlu, 2010: 54-58).

“İngiltere’de yapılan araştırmalar, hastanın hekim karşısındaki davranışlarında birçok faktörün rol oynadığını göstermiştir.” Bunlar arasında eğitim düzeyi, cinsiyet, etnik köken vb. sayılabilir. Hastaya hekime gelmeden önce, başka bir hekim tarafından teşhis konulmuş ve bu teşhis şimdikiyle uyumlu değilse çatışmada kaçınılmaz oluyor. Hekime yönelik tam bir güven oluşmamışsa tedavi sürecinde aksamalar yaşanabiliyor ve tedavi için alternatif yollar denenebiliyor. Hasta-hekim arasındaki iletişimi muayene yapılan fiziksel ortamda etkilemektedir. Doktorun jestleri, mimikleri, hastayı dinleyip dinlemediğini ele vermektedir. Dinlenildiğini hisseden hasta hastalığı hakkında hekime daha detaylı bilgi vermek ister ve böylece hekimde daha doğru teşhis yapma imkânına kavuşur. Ancak aksi bir durum yaşandığında hasta sinerek sessiz kalmayı tercih edebiliyor. Böyle bir durumda ise hasta-hekim arasında ki sağlıklı iletişim bozuluyor (Cirhinlioğlu, 2010: 65, 66).

Hasta ve hekim arasında gerçekte olmayan, ancak varlığı kabul edilen bazı sözleşmeler vardır. Bu çok da dile getirilmeyen sözleşmelere her iki tarafında uyması, ortaya çıkabilecek bir hukuki anlaşmazsızlık durumunda taraflara kolaylık sağlayacaktır. Hekimlik sözleşmesi denilen bu sözleşme, hekimin belli bir ücret karşılığında hastaya sunduğu teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin toplamını ifade eder. Bu sözleşme karşılıklı ilişkinin içeriğine göre; hizmet, vekâlet ve eser sözleşmesi olarak üçe ayrılır. Hizmet sözleşmesi yaklaşımına göre hekim hastayı iyileştirme işini üstlenmiştir. Eğer hekim üzerine düşen görevi yerine getirmezse,

davranışının hukuki sorumluluğuna da katlanmak zorundadır. Hasta ise tedavi sürecinde hekimin uyarılarını dikkate alarak, tedavi için zorunlu olan, yapılması istenilen şeyleri yerine getirmelidir. Hasta üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmezse eğer, hekim bundan sorumlu tutulamaz. Vekalet sözleşmesi yaklaşımına göre ise, hasta ile hekime arasında bir vekalet söz konusudur. Buna göre hekim, hastadan aldığı vekâlete dayanarak, hasta için uygun tedaviyi uygulayacak, hasta da tedavi sürecinde hekimin önerilerini dinlemekle yükümlü olacaktır. Bu sözleşme türünde hekim uygun gördüğü tedavi yöntemini uyguluma yetkisine sahipken, hasta da vekâletten vazgeçme hakkını her zaman kullanabilir. Ayrıca, hekimin uygulanan her tedavi yöntemi için hastanın onayına başvurma zorunluluğu vardır. Hekim herhangi bir tedavi yöntemini, zorlama ve dayatma yoluyla hastaya kabul ettiremez. Eser sözleşmesi yaklaşımında ise doktor tedaviye başlamadan önce hastayla tedavi sonucu hakkında bir sözleşmeye varır. Bu sözleşme biçimi plastik cerrahi müdahalelerinde daha çok görülür. Ancak bazı kişiler, tedavi sürecinde istenilen sonucu etkileyebilecek beklenmedik komplikasyonların oraya çıkabileceğini ifade ederek, bu sözleşme türüne karşı çıkmaktadır. Bu yaklaşımların aksine 1970’li yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde hasta-hekim ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığına dair mahkeme kararları da bulunmaktadır. Buna göre, hasta karşılıklı güvene dayalı olarak, devlet görevlisi olan hekimden yardım ister, hekimde üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmek zorundadır (Aydemir, 2010: 7-9).

2.6. HASTA-HASTANE İLİŞKİLERİ

Hasta muayene olmak için hastaneye geldiğinde doktorla karşılaşana kadar, birçok bürokratik işlemi yerine getirmek zorundadır. Yaşanılan bu süreç hastayı ne kadar yorsa da bu sürecin hekimle ilgisi olmadığını bilmektedir.

Ancak rahatsızlık veren bu bürokratik işlemler süreci, hasta-hekim ilişkilerini bazen olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hasta ve hastane arasında çıkabilecek sorunun kaynağı bazen de hastane ortamından kaynaklanabilecek strestir. Hasta muayene sürecinde vücut işlevlerindeki bozukluğun farkında olarak, bir tanının konulmasını ve söz konusu bozuklukların giderilmesini beklemektedir. Yaşanılan bu süreç hasta için büyük stres kaynağı olup, hastalığın önem derecesine göre hastayı derinden etkilemektedir. Örneğin birçok hasta hayatının geri kalanını sakat geçirebileceğini veya hastalığına bağlı olarak yaşamının kısa bir süre sonra sonlanabileceğine düşünerek, endişe yaşamaktadır. Bütün bunların yanında hastane ortamından kaynaklanan streslerde vardır. Hastanın hastane ortamındaki birçok kişiyle aynı yeri paylaşmak zorunda olması, iznine tabi olmadan yattığı odaya giriş çıkışların olması ve çevresinde onun kontrolü dışında gerçekleşen birtakım olayların olması, onun üzerinde bir gerginlik yaratabilir. Hasta, odasını başkalarıyla paylaşmak zorunda olduğu için gürültüye maruz kalabilmekte, buda onu daha gergin ve agresif yapabilmektedir. Bazen de çok ağır hastalarla odasını paylaştığı için şahit olduğu üzücü olaylardan psikolojik olarak etkilenmektedir (Cirhinlioğlu, 2010: 71-77).

Hastalar üzerinde yoğun bir stres yaratan başka bir unsur ise hastaların hastalıkları hakkın da yeterince bilgilendirilmemesidir. Hastalığının geleceğini dair yaşanılan belirsizlik durumu hastaları daha gergin yapar. Çoğu zaman hasta, hekim tarafından bir birey olarak değil de hastaneye gelen herhangi bir hasta gözüyle görüldüğü için ve hekim tarafından kendilerine yöneltilen sert iletişim üslubu onlarda değersizlik hissi yaratıp, gerginleştirebilir. Hasta aslında hastaneye yatmayı kabul ettiğinde çokta dillendirilmeyen bir tek otorite sisteminin varlığını, kaynakların ve iletişimin yetersizliğini kabul etmiş sayılır. Hasta hastane koşulları karşısında geri çekilme, saldırı, bütünleşme ve boyun eğme gibi davranışlar

geliştirebilmektedir. Geri çekilme davranışı gösteren hastalar uyarıcılara karşı direnç geliştirip, tedaviyi bile kabul etmeyebilirler. Saldırı davranışı gösteren hastalar ise çoğu zaman olaylara aşırı tepki verme eğilimi içindedirler. Bazı hastalar ise temel ihtiyaçları karşılandığı için veya başka sebeplerle minnet duygusuyla bütünleşme eğilimine yönelebilirler. Son olarak ise hastalar hastane kuralları karşısında kendilerini tamamen çaresiz hissederek, kuralları uygulayıcı konumda kalabilirler. Ancak hastaların bu dört davranış şeklinin dışında da tepki geliştirebileceği veya bu tepkileri karışık olarak gösterebileceği unutulmamalıdır (Cirhinlioğlu, 2010: 78, 79).

2.7. KENT VE SAĞLIK

Ruşen Keleş kentleşmeyi şöyle tanımlamıştır; “Sanayileşme ve ekonomik gelişmeye koşut olarak, kent sayısının artması ve kentlerin büyümesi sonucunu doğuran, toplum yapısında artan oranda, örgütlenme, iş bölümü ve uzmanlaşma yaratan, insanların davranış ve ilişkilerinde kentlere özgü değişikliklere yol açan bir nüfus birikimi sürecidir”. Sanayinin hızla gelişmesi kırsal alanlardan kent merkezlerine yoğun bir göçün yaşanmasını neden olmuştur. Hızlı kentleşme sosyal, ekonomik, psikolojik, sağlıkla ilgili ve çevresel problemleri de beraberinde getirmiştir. Tarihin farklı dönemlerinde Avrupalı yazarlar tarafından kentler insan sağlığına zararlı yerler olarak görülmüşlerdir. Ortaçağ döneminde kent merkezlerinde yaşanan ölüm oranları kırsal alanlara göre oldukça fazlaydı. 18. ve 19. yüzyıl da konuyla ilgili düşünürler kentsel yaşamın aşırı kalabalık ve sağlığa aykırı koşullarının farkına vararak, sağlık ve hastalık olgusuyla ilişkisini kurmuşlardır. 19. yüzyıl Almanya’sında kent merkezlerindeki bebek ölüm oranları kırsal mekânlardan oldukça fazlaydı (Dinçer, 2012: 5, 8).

Hancock ve Duhl'a göre; "Sağlıklı bir kent, fiziksel ve sosyal çevresini sürekli geliştiren ve kamusal kaynakları arttırarak, insanların, azami potansiyellerini ortaya çıkarmasını ve karşılıklı destek ile hayatın tüm fonksiyonlarını yerine getirmelerini sağlayan bir kenttir". Onlar sağlıklı bir kent için şu 11 maddelik bir şartı ileri sürmüşlerdir. Buna göre:

1. Temiz, güvenli, yüksek kalitede fiziksel çevre (konut kalitesi de dahil),
2. Uzun vadede sabit ve sürdürülebilir bir ekosistem,
3. Güçlü, karşılıklı destek veren, istismar olmayan bir toplum,
4. Kişilerin hayatlarını, sağlıklarını, refahını etkileyen kararlarda yüksek kamu katılımı,
5. Şehir kullanıcılarının temel ihtiyaçlarının (yemek, su, barınma, gelir, güvenlik ve iş) karşılanması,
6. Kaynaklara ve deneyimlere geniş ulaşım,
7. Çeşitli, canlı ve yenilikçi kent ekonomisi,
8. Geçmiş ile kültürel ve biyolojik miras ve diğer bireysel gruplar ile bağıntılılık teşviki,
9. Yukarıdaki göstergeler ve davranışları geliştirebilecek bir kentsel form,
10. Herkesin ulaşabileceği, uygun seviyede sağlık hizmetleri,
11. İleri sağlık seviyesi (sağlıklı olma durumunda artış ve hastalık durumunda düşüş).

Onların kent sağlığı ile ilgili olarak ileri sürdüğü bu 11 madde WHO önderliğinde ki bazı projelere de yol göstermektedir (Dinçer, 2012: 18, 19).

Son yıllarda yaşanan hızlı kentleşme bütün dünya kentlerini sorunlar yumağı şekline dönüştürmüştür. Kentlerin en büyük sorunlarından biri haline gelen kent sağlığı konusunda alınan tedbirler ise oldukça yetersizdir.

Kentlerde yaşayan insanların sağlığını yaşam ve çalışma koşulları, fiziksel evre ve onların sosyo-ekonomik koşulları doğrudan etkilemektedir. İnsan sağlığının korunması koruyucu sağlık hizmetleri altında sınıflandırabileceğimiz olumsuz evre koşularının giderilmesiyle yakın ilişki içindedir. İçme suları ve havası kirli, mikroplu olan bir kent merkezinde bulaşıcı hastalıkları da önlemek haliyle zor olacaktır. İnsan sağlığı yaşanılan konutun kalitesi, iş, gıda, emniyet, toprak, atıklar, hava kalitesi ve suyun temizliğiyle yakın ilişki içindedir. Kent merkezlerinde topluma götürülen sağlık hizmetlerinin başarısı birazda olumsuz evre şartlarının düzeltilmesine bağlıdır. Özellikle kent planlamacılarına sağlıklı bir kent ortamı yaratmak konusunda büyük iş düşmektedir (Başaran, 2008: 87, 88).

Sağlık hizmetlerinden herkesin ırkına, diline, dinine, cinsiyetine, sosyo-ekonomik durumuna, yerleşim yerine bakılmaksızın eşit olarak faydalanması gerekirken, bu durum her zaman mümkün olmayabilmektedir. Kentlerde yaşanan problemlerin kaynağında işsizlik, fakirlik, eşitsizlik, hizmetlere erişim zorlukları vb. sıkıntılar vardır. Aslında sosyal, ekonomik, psikolojik, çevresel ve sağlıkla ilgili yaşanan bütün sorunlar direk veya dolaylı olarak birbirini etkilemekte ve tetikleyebilmektedir. Bu sebeple de disiplinler arası bir işbirliği ve dayanışma şart gibi gözükmemektedir (Başaran, 2008: 89).

Yapılan araştırmalar sanayileşmiş bölgelerde alerjik hastalıkların rahatsız edici bir boyuta ulaştığını göstermektedir. Kent merkezlerinde yüksek sevilere görülen araç emisyonları, solunum yolu alerjilerine neden olmaktadır. Bazı alışmalar yaşam biçimi, çevresel faktörler ve çocukluk döneminde enfeksiyonlara daha az maruz kalmanın alerjik hastalıkların artışıında etkili olduğunu göstermiştir. Kent yaşamında yoğun olarak karşılaşılan sigara, aşırı kalabalık, kötü havalandırma, uygunsuz ısınma,

rutubet gibi çevresel faktörler astımı tetiklemektedir (Dinçer, 2012: 51, 52).

Bireyin huzuru, mutluluğu, yaşam kalitesi büyük oranda sağlıklı bir kent yaşamına bağlıdır. Bu sebeple kent sağlığının sağlanabilmesi için merkezi ve yerel yönetimlere, sivil toplum kuruluşlarına büyük bir iş düşmektedir. Kent yaşamının istenilen düzeye getirilebilmesi birçok meslek grubundan uzmanın da beraber çalışmasını gerektirir. Farklı disiplinlerden uzmanlar için sağlıklı kent ifadesi farklı şeyler ifade edebilir. Ekonomistler için yeni mekanlar yapmak ve kent içindeki değerleri yenilemek, kent plancıları için kentin fiziksel çevresiyle ilgili iyi düzenlemeler yapmak, sosyologlara göre sosyal bütünleşmeyi gerçekleştirmek, eğitimcilere göre de toplumun gelişimine fırsat sağlamaktır. Bu sebeple kentte yaşayan tüm insanların, uzmanların, yöneticilerin, sivil toplum kuruluşlarının sağlıklı bir kent oluşturma da duyarlı davranması ve kendince çözüme katkı sunması gereklidir (Başaran, 2008: 89, 91).

Kentlerin hızlı gelişimi doğal çevreye ve insanların yaşam alanlarına ciddi zararlar vermektedir. Bütün kentlerin ortak sorunu, güvenlik ve izole grupların varlığıyla birlikte ortaya çıkan sorunlardır. Kent sorunlarının çözümü noktasında 5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu ve 5393 sayılı Belediye Kanunu ile yerel yönetimlere birtakım sorumluluklar verilmiştir. Bu görevler arasında içme suyu sağlamak, atık suları toplamak, katı atıkları toplamak, sanayi ve tıbbi atıkların bertarafı, hava kirliliğini önleyici tedbirler, dezavantajlı kesimlerle (yoksullar, yaşlılar, engelliler vb.) ilgili çalışmalar yapmak vb. çalışmalar sayılabilir (Başaran, 2008: 92-95).

BÖLÜM II

3.1. HAK KAVRAMI VE HASTA HAKLARI

Hak çok yönlü bir kavram olup, düşünürler tarafından üzerinde tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Bu kavramla ilgili birçok düşünüre ait çeşitli yaklaşımlar ve farklı görüşler bulunmaktadır. Bu düşünürlerden Platon hakkı kuvvet olarak tanımlarken, Hegel hak kavramını özgürlük ve düşünceyle eşdeğer tutar. İngiliz düşünür Hobbes hak kavramının devlet tarafından belirlenmesi gerektiğini inanır. Tanrıbilimcilere göre ise bu kavramın içeriği Tanrı tarafından belirlenmelidir. 19. Yüzyılda ki klasik hukuk teorisine göre ise hak, hem bir ilke hem de bir amaçtır. Buna göre hak bir ilke olup, insan doğumuyla birlikte bu ayrıcalığı doğal olarak kazanır. Objektif hukuk ise kişilerin haklarını korumayı kendine amaç edinir. Hukuksal bir kavram olan hak kavramına ilişkin üç farklı teori burada karşımıza çıkmaktadır. Bu üç teoriden biri olan İrade Teorisine göre hak, hukukun kişilere tanıdığı bir irade gücüdür ve hak, sahibine başkaları üzerinde belli yetkiler tanır. Bu kuramın temsilcilerinden Windscheid'e göre hak, bir kişinin iradesinin başka bir kişiyi etkilemesidir. Hukuk daima borçludan borcunu ödemesini bekler, böylece alacaklı kişinin iradesi, devletin resmi gücünü de arkasına alır. Bu üç teoriden bir diğeri Menfaat Teorisi olup, bu teorinin temsilcilerinden Rudolf Von Jhering'e göre ise hak, kişiye yasal korunma hizmetinin sağlandığı bir menfaattir. Hakkın özü yarar olup, bu yarar maddi olabileceği gibi manevi de olabilmektedir. Ancak her fayda hak niteliğinde değildir. Ayrıca hak olarak iddia edilen şeyinde hukuk düzeniyle de çelişmemesi gereklidir. Hakkın, hukuken korunması ise kişinin talepte bulunmasını gerektirmektedir. Son olarak karşımıza çıkan Karma Teorideyse hak kavramı yukarıda verilen iki

tanımın birleşiminden oluşmakta olup, “hukuken korunmasını isteme yetkisine sahip bulunduğumuz çıkardır” şeklinde tanımlanmıştır. Bu teorinin temsilcisi olan Alman hukukçu Jellinek ve diğer taraftarları, irade ve menfaati birbirini tamamlayan unsurlar olarak görmekte-dirler. Ancak her zaman irade ve menfaat bir kişide toplanamaz. Örneğin özörlü olan insanların menfaatleri velisi, vasisi veya yasal temsilcileri tarafından korunabilir (Aşkar, 2006: 45; Özer, 2003: 3- 5).

Bazı düşünürler ise hak kavramının özgürlükle yakın bir ilişki içinde olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu düşünürlerden olan Kant’a göre hak sahibi olmak, aynı zamanda bireyi özgürleştirir. Bir bireyin bazı olaylar için belli tutum ve davranışlarda bulunabilme özgürlüğü, onun aynı zamanda o olaya ilişkin bir hak sahibi olduğunun da göstergesidir. Wellman ise hak ve ödevler (yükümlölükler) arasında bir ilişki olduğunu ileri sürerek, hak sahibi olmanın bazı yükümlölükleri yerine getirme şartına bağılı olduğunu savunmuştur. Benatar ise hak sahibi olmanın bazı yükümlölükleri yerine getirme şartına bağılı olmasının, her zaman geçerli olmadığını savunmuştur. O hayırseverlik gibi görevlerin hak kavramıyla bir bağıının olmadığını anlatmak istemiştir. Feinberg ise hakkı, geçerli bir istek olarak görmüş ve bu isteğı geçerli kılan ölçütlerden olan yasalar, toplumsal normlar ve ahlaki değerlerden hangisinin ön plana çıktığı üzerine kafa yormuştur. Ronald Dworkin ise hakları, kişilerin otorite karşısında kullandığı bir koz olarak görmüştür. Ona göre bireyler otorite karşısında kendini koruyabilmek için hakkı bir koz olarak görmüşler ve kullanmışlardır. Donnelly ise hak sözcüğünün etik ve siyasal açıdan iki farklı anlamı bulunduğunu savunmuştur. İlk anlamıyla hak, toplumsal normlar, dini yargılar tarafından kabul edilen doğrular olarak kabul edilirken, ikinci anlamıyla ise hak kişiye verilen bir şey olup, başkalarının da buna sayğı duyarak onu engellememesidir (Güvercin, 2007: 11-13).

Hak kavramı Türk Dil Kurumu tarafından ise adalet, adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk, geçmiş ve harcanmış emek, pay, emek karşılığı ücret, gerçek olarak tanımlanmaktadır (Aydemir, 2010: 2).

Hakları dört ana grupta toplayabiliriz: bunlar akdi haklar, hukuksal haklar, ahlaki haklar ve dinsel inanç sistemlerinin ve kutsal kitapların sağladığı haklardır. Akdi haklar sözleşmelerden, hukuksal haklar yasalardan, ahlaki haklar ise haklılık düşüncesinden gücünü almaktadır. Her ne kadar haklar dört ana grupta toplansa da bazen bir hak birden fazla kaynaktan beslenerek varlığını devam ettirebilir (Güvercin, 2007: 13).

20. yüzyılın başlarında Wesley N. Hohfeld tarafından hak kavramı hukuki bir yaklaşımla ele alınarak dört farklı anlamda kullanılmıştır. Bunlardan ilki olan talep hakları, başkalarına ödev ve sorumluluklar yükler. Bu hak da kendi içinde özel ve genel talep hakları olarak ikiye ayrılır. Özel talep hakları kurumların varlığına bağlı olarak, kişi veya kişilere karşı ileri sürülebilen haklarken, genel talep hakları herkese karşı ileri sürülen daha evrensel hakları içerir. Hohfeld tarafından dile getirilen haklardan ikincisi olan özgürlük hakları ise bireylerin başkaları tarafından kısıtlanan bir yükümlülüğünün olmaması durumudur. Ona göre başkaları, onu bir şeyi yapmaktan alıkoyma hakkına sahip olmadığı gibi, o şeyi kolaylaştırma hakkına da sahip değildir. Üçüncü hak tipi ise yetkidir. Yetki, kişinin mevcut bir hukuki durumda meydana getirebildiği değiştirme yeterliliğini ifade eder. Sözleşme yapma, dava açma, vekil tayin etme vb. gibi hukuki durumlar yetki haklarına iyi birer örnektir. Hohfeld'in dile getirdiği son hak çeşidi ise bağışıklıktır. Bağışıklık, kişinin hukuki durumunda başka birinin değişiklik yapma yetkisine sahip olmamasıdır. Örneğin kişilerin ifade özgürlüğünün başkaları tarafından engellenememesi bu hak çeşidine iyi bir örnektir. Görüldüğü gibi hak kavramına ilişkin birçok farklı görüş

ve yaklaşım bulunmaktadır. Kavram hakkında ki bu farklı görüş ve yaklaşımlar her ne kadar bize onun hakkında bir fikir verse de hiçbirini kapsayıcı ve genel geçer değildir. Hak kavramını ilişkin açıklamalarımızı burada sonlandırarak, şimdide bir hak çeşidi olan hasta hakları kavramını açıklamaya çalışalım (Erdoğan, 2007; 9, 10).

Hasta hakları kavramı ise “hastaların sağlığını olabildiğince geri alabilmesi için gereksinim duyduğu desteği zamanında, eksiksiz olarak, en doğru biçimde, eşitli, konfor ve saygınlık içerisinde alabilmesini sağlamaktır.” şeklinde tanımlanmıştır. Bir başka tanımda ise bu kavram “hasta olan bireyin eski sağlığına tekrar kavuşabilmesi hakkı, eski sağlığına kavuşma imkânı, hastalığın tedavi edilemez hal alması durumunda, mümkün olamıyorsa en azından hastalığın insanın maddi ve manevi bütünlüğüne getirmiş olduğu kısıtlama ve sınırlamaları asgari düzeye indirerek bireyin yaşam kalitesini olabildiğince yüksek tutarak devam ettirebilmesine imkân tanınması hakkıdır.” şeklinde tanımlanmıştır (Özer vd, 2009: 20; Aydın, 2008: 4).

Hasta hakları kavramı, hasta ve hastane personeli arasında ki ilişkilerin düzenlenmesini sağlayan, hastaların teşhis ve tedavi hizmetlerinden eşit ve insan onuruna en yakışır biçimde faydalanmasını sağlayan kurallar bütünüdür. Bireylerin diğer bütün haklarını tam olarak kullanabilmesi için sağlıklı olmaları gerçeğinden yola çıkarak, hasta hakları kavramı ortaya çıkmıştır. Sağlık sisteminde yaşanan türlü sıkıntılar, hasta haklarına olan gereksinimi ön plana çıkartmıştır. İnsanların sosyo-ekonomik refah düzeylerinde ki artışa paralel olarak gelişen toplumsal bilinç düzeyi, hastaların sağlık sistemi karşısında korunmasını gündeme getirmiştir (Erol, 2009: 87, 88).

Hasta haklarının amaçları ise şu şekilde sıralanmıştır:

Hastanın bir kişi olarak gelişmesi ve kişinin bütünlük ve itibarının korunması...

Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardım etmek ve sistemle ilgili sorunların etkisini en aza indirmek;

Hastalarla sağlık personeli arasında ki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek...

Hasta kuruluşları, sağlık personelleri ve sağlık yönetimleri arasındaki diyaloglar için yeni fırsatlar yaratmak ve var olanları güçlendirmek;

Sağlık personelinin mesleki uygulamalardan doğan hatalarını azaltmak;

Hasta hekim ilişkisinde edilgen modeli değiştirerek sağlık hizmetlerinin insancillaştırılmasını sağlamak;

Hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini artırmak;

Hasta hakları ile ilgili düzenli başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık ortamında oto kontrol sağlamak;

Sağlık hizmetlerinde piyasa dinamiklerine bağımlılıktan kaynaklanan ve hastaları para kazanma aracı olarak gören uygulamaları önleyecek bir sağlık kùltürü geliştirmek (Erol, 2009:

88).

Hasta hakları kavramı, insan hakları ve değerlerinin sağlık hizmetlerinde uygulanmasını ifade eden bir kavramdır. İnsan hakları kavramı ise ilk olarak 1215 yılında İngiltere Kralı John'un Hürriyetlerin Beraatı (Magna Charta Libertatum) adlı belge ile halkına birtakım ayrıcalıklar tanımasıyla ortaya çıkmıştır. Daha sonra gelişerek 18. yüzyılda İnsan Hakları Doktrini adını almıştır. Bu belgeye göre her birey insan olduğu için doğuştan dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez birtakım haklar ile doğmaktadır. Böylece insanlar üzerinde sınırsız yetkilere sahip olan devletin gücü, bu belgeyle sınırlandırılmıştır. Bunu 18. yüzyılın ortalarında yayınlanan Amerikan Haklar Bildirgesi ve 1789 yılında yayınlanan Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Bildirgesi takip etmiştir. 2. Dünya Savaşının insanlık tarihi üzerinde ki korku, dehşet saçan yıkıcı etkisiyle birlikte insan haklarının uluslararası düzeyde kabulü anlamına gelen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 10 Aralık 1948 yılında Birleşmiş Millet Kurulu tarafından yayınlanmıştır. Bu belgeyle kalıcı barışın sağlanması, insanlığın diktatörlük ve baskılara karşı korunması hedeflenmiştir. 1975 yılında imzalanan Helsinki Sonuç Belgesinin 7. Maddesi ise insan hakları ve temel özgürlüklere saygı olarak düzenlenmesi bakımından önemlidir. Hasta hakları, aslında içinde "sağlık hakkı ve sağlıklı yaşam hakkı" nı barındıran bir kavramdır (Aşkar, 2006: 46; Özer, 2003: 10, 11).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi tüm insanların eşit haklarla doğduğunu belirterek, herkesin ırk, renk, dil, din, inanç yönünden eşit olduğunu vurgular. Hiç kimse ekonomik durumu veya ait olduğu ulusal ya da toplumsal kökeni yüzünden ayrıcalıklı değildir. İnsan hakları tarih içinde üç aşamalı bir gelişim göstermiştir. Bu gelişim sürecinin ilk aşamasında eşitlik, özgürlük, güvenlik ve siyasal haklarla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Birinci kuşak diye adlandırabileceğimiz bu hakların özelliği siyasal haklar, bireylerin yönetime katılımı, yurttaşlık, köleliğin reddedilmesi, vergi yükümlülüğü ve mülkiyetin hukuki olarak güvence

altına alınmasıdır. İnsan haklarının 19. yüzyılda gerçekleşen ikinci aşamasının gelişimi ise ekonomik, sosyal ve kültürel niteliktedir. Ekonomik, sosyal ve kültürel boyutlu bu gelişimin içeriğinde meslek seçme özgürlüğü, çalışma, sosyal yardım hakkı, sanat, bilim, vicdan ve din özgürlüğü, görüşlerini açıklama, evlenme, aile kurma, sosyal güvenlik, eğitim, sendika, grev, sağlık vb. gibi geniş haklarla ilgili düzenlemeler vardır. İnsan haklarının 20. yüzyılda gerçekleşen 3. aşamasının içeriği ise ulusların siyasal, sosyal, kültürel geleceklerini belirleyebilme hakkı, çocuk, hakları, kadın hakları, çevre hakkı, gelişme hakkı, barış hakkı, sosyal gelişim hakkı, kalkınma ve hasta haklarıyla ilgilidir. Son zamanlarda dördüncü kuşak insan hakları da diğer üç aşamanın devamı olarak gündeme gelmeye başlamıştır. Bu dördüncü aşama ise bilimin kötüye kullanılmasını önlemeye yönelik hakları içermektedir. Örnek olarak ise insan klonlamayı önleme girişimleri verilebilir. Buraya kadar hak kavramı ve hasta hakları kavramlarına ilişkin tanımları ve hasta haklarını da içine alan daha geniş bir alanı temsil eden insan haklarının tarihsel gelişimini vermeye çalıştık. Şimdide hak kavramını reddeden görüşlere ve bunların nedenlerine bu kavramın daha iyi anlaşılması için bir göz atalım (Aydemir, 2010: 4, 5; Özer, 2003: 11, 12).

3.2. HAK KAVRAMINI REDDEDEN GÖRÜŞLER

3.2.1. Varsayım Kuramı

Bu kuramın temsilcilerinden Jeremy Bentham'a göre hukuk, etikten türetilmelidir. Ona göre egemen gücün emirleri ve bireylerin eylemleri gerçeklik sahibi olup, hak varsayımsal nitelik taşır. O, insanların doğuştan bazı hakları olduğu düşüncesini tamamen reddeder. Doğal hakların korunması için toplumsal bir mutabakat ve sözleşme sonucu kurulan devleti

de reddeder. Bentham devletin sözleşmeden değil sözleşmenin devletten kaynaklandığını belirtir. Ona göre doğal haklar ve toplumsal sözleşme sınırsız hakların sebebidir. Sınırsız haklar ise “en büyük mutluluk toplamına” bir tehdittir. John Stuart Mill de hakkın mutluluk ilkesiyle uyumlu olmasına gerektiğine inanmıştır. Petrazycki’de hakkın tamamen psikolojik kökenli olduğunu ve sadece insanların düşüncesinde var olabileceğini savunmuştur (Güvercin, 2007: 10).

3.2.2. Amerikan Realizmi

Bu akımın temsilcilerine göre hak kavramı soyut ve hayali niteliktedir. Holmes hak kavramının, hukukun içeriğiyle karıştırıldığını düşünür. Hakkın bireyler lehine somutlaştırılması ancak mahkemeler tarafından alınan kararlara bağlıdır. Mahkemeler tarafından tanınmayan bir hakkın sadece bir iddiadan ibaret olduğu düşünülür. Duguit ve Kelsen’de hak kavramı varlığının tek başına bir anlam taşımadığını; ancak hukuki bir çerçevede içinde bu kavramın somutlaşıp değer kazanabileceğini vurgulamışlardır. Bazı düşünler ise hak kavramını açıklarken, bu kavramın diğer kavramlarla ilişkisinden faydalanmışlardır (Güvercin, 2007: 11).

3.3. HASTA HAKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Sümer Kralı Hammurabi tarafından M.Ö. 1750 yıllarında yayınlanan kanun maddeleri arasında hekimin çalışmalarıyla ilgili kurallarda vardı. Aslında hasta haklarının ilk temeli antik çağda ortaya çıkmış olan Hipokrat yeminiyle atılmıştır. Bu yemin hekimler için kürtaj, ötenazi yasakları, sır saklama yükümlülüğü, hastaya saygı gösterme gibi kurallar getirmiştir. Ortaçağda ise hasta hakları tamamen dini bir bakış açısıyla ele alınmıştır (Özer, 2003: 12).

19. yüzyılda tıp etiğiyle ilgili birçok inceleme yayınlandı. Bunlar arasında 1803 yılında Thomas Percival tarafından yayınlanan Code Of Medikal Ethics (Tıp Etiği Kodları) bu anlamda önemlidir. Bu konuda yapılan ilk kongre ise 1900 yılında Paris'te düzenlendi. Hasta haklarının bu yüzyıldaki gelişimleri arasında kademeli bilgilendirme ve sınırsız sır saklama yükümlülüğü, ötenazinin yasaklanması, hastalık ve terapiye karşı olgucu bir bakış açısı sayılabilir (Özer, 2003: 13).

20. yüzyıla gelindiğinde ise 1963 yılında hasta hakları ve biyomedikal araştırmalarla ilgili yayınlanan Helsinki Deklarasyonu önemlidir. Yine 1972 yılında Amerikan Hastane Birliğinin Hasta Hakları Bildirgesi ise ilk hasta hakları bildirisi olarak kabul edilir. Bu bildirge 15 maddeden oluşup, hastalara getirdiği haklar şu şekilde sıralanabilir; doktoru ve hemşiresini tanıma, tanısını öğrenme, gizlilik, tedavinin riskleri hususunda bilgi isteme, tedaviyi reddetme, kendisi üzerinde yapılabilecek araştırmalara karar verebilme vb. birçok hakkı kapsamaktadır. Hasta haklarının sınırları 1981 yılında Dünya Tabipler Birliğinin kabul ettiği Lizbon Hasta Hakları Bildirisi ile de belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre hastalar hekimini seçebilme, yeterli bilgilendirilme yapıldıktan sonra tedaviyi kabul veya reddedebilme, onurlu bir biçimde ölme, ruhsal ve manevi yönden teselli için dini temsilci isteme veya reddedebilme, hakkına sahiptir. Dünya Sağlık Örgütüncü 1989 yılında ise prensip olarak kabul edilen sınırlı bir hasta hakları deklarasyonu yayınlanmıştır. 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosunca Amsterdam'da düzenlenen toplantıyla Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirisi hazırlanmıştır. 1995 yılında Dünya Tabipler Birliği hasta hakları alanında yaşanan sıkıntıların çözümüyle ilgili Bali'de bir toplantı düzenlemiş ve Bali Bildirisini yayınlamıştır. 2002 yılında Roma'da, Avrupa Birliği ülkelerinin ulusal sağlık sistemleri arasında uyumun sağlanabilmesi için Avrupa Statüsü Temel Dokümanı yayınlanmıştır. Bu belgede hasta hakları ile ilgili 14 madde sıralanmıştır.

Bunlar: Koruyucu tedbirlerin alınması, sağlık hizmetlerinden yararlanma, bilgi alma, özgür seşim, rıza verme, gizlilik, hastaların vaktine saygı, kalite standartları, güvenlik, yenilik, acıdan sakınma, kişisel tedavi, şikâyet ve tazminat haklarıdır. (Aydemir, 2010: 12; Özer, 2003: 14; Erol, 2009: 108).

Hasta haklarıyla ilgili ilk çalışmaların 1970’li yıllarda Amerika’da başladığı kabul edilir. Sonrasında 1993 yılında Finlandiya, 1996 yılında İsrail, 1996 yılında Litvanya, 1997 yılında İzlanda, 1998 yılında Danimarka, 2000 yılında Norveç ve Gürcistan, 2002 yılında Fransa ve Estonya, 2003 yılında ise İsviçre tarafından Hasta Hakları Kanunu kabul edilmiştir (Aydın, 2008: 7).

Türkiye’de ise 1928 tarihli Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanunun 70. Maddesiyle hastalardan tedavi süreciyle ilgili rıza alma zorunluluğu getirilmiştir. 1961 yılında çıkarılan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesiyle hastalar bir takım haklar elde etmişlerdir. Bu belgeye göre hastalar sırlarının saklanması, hekim seçimi, insanlar üzerinde yapılacak deneysel çalışmalar ve sınırları, konsültasyon vb. gibi birtakım haklar elde etmişlerdir. 1982 Anayasasının 14. maddesinde herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu, tıbbi zorunluluklar dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı, izni olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı vurgulanmıştır. Bu kapsamda değerlendirilebilecek diğer resmi belgeler arasında ise şunlar sıralanabilir: 1979 tarihli 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik ve son olarak 1 Ağustos 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliğidir (Aşkar, 2006: 50; Özer, 2003: 14, 15).

Sağlık Bakanlığı, 1998 yılında yayınladığı Hasta Hakları Yönetmeliğini daha işler hale getirmek için 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi yayınlamış ve ihtiyaçlara göre zaman zaman yenilemiştir. Bu yönergenin amacı:

Sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemek ve tüm toplumu ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmektir.

Hasta Hakları alanında yayınlanan bu yönetmelik ve yönergeler gereği, teşhis ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sorunların çözümü, tartışılması ve sorumluların tespiti için ayrıca Hasta Hakları Birimlerinin ve Kurullarının oluşturulması sağlanmıştır. Küreselleşen dünyada sağlık kurumları kendi aralarında daha kaliteli hizmet sunmak için rekabete girişmişlerdir. Hasta ve hasta yakınları artık teşhis ve tedavi sürecinde kullanılan son teknoloji ürünlerin yanında, daha yüksek standartlarda hizmet veren, önemsendiğini, dinlenildiğini, birey olarak değer verildiğini hissettiği hasta odaklı yaklaşımı benimseyen hastaneleri tercih etmektedir. Bu durum ise sağlık kurumlarının hasta hakları kavramına giderek daha da önem vermesini sağlamıştır (Bostan, 2007: 3; Aydemir ve Işıksan, 2012: 70).

Hasta Hakları Birimleri hastane içinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir yerde konumlandırılmış olup, hasta ve hasta yakınları tarafından yapılacak başvuruları değerlendiren ve kayda alan bir birim sorumlusu ve bir memurdan oluşmaktadır. Hasta Hakları Kurulu ise bir sivil toplum örgütü

temsilcisi, birimden sorumlu başhekim yardımcısı, bir işyeri sendika temsilcisi, bir vatandaş temsilci ve Hastane Hasta Hakları Birim Sorumlusundan oluşur (Zengin vd, 2013: 107).

Hasta hakları savunuculuğunun anlamı “... hastayı ve ailesini hastalığın teşhisi, tedavisi, sonucu hakkında bilgilendirmek, hastanın hak ettiği bakımı almasını sağlamak, hastaya aldığı bakımla ilgili alternatifler sunmak ve hastayı bağımsızlaştırmaktır”. Aslında hastaya, yukarıda saydığımız işlerlikleri kazandırmak, ilk başta hekimin sonrasında ise tüm sağlık çalışanlarının bir önceliği olmalıdır. Bu sebeple hasta hakları kavramıyla ilgili kurumsal kültürün tüm sağlık çalışanları tarafından benimsenip kabul görmesi ve işler hale gelmesi ise birazda hasta ve hasta yakınlarının haklarıyla olan bilinç düzeyleri ve bunu talep etmeleriyle yakın ilişki içindedir (Taşçı, 2007: 28).

3.4. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Bu *yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında temel insan haklarının sağlık hizmetleri alanında ki yansıması olan hasta haklarıyla ilgili usul ve esasların düzenlenmesi için hazırlanmıştır. *Yönetmeliğin kapsamını resmi ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlar ile buralardan hizmet alan bireyleri kapsamaktadır. (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Söz konusu *yönetmeliğe hasta, koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere her türlü sağlık hizmetinden adil ve eşit bir şekilde faydalanma hakkına sahiptir. Aynı zamanda sağlık hizmeti veren resmi veya özel bütün

*Hasta hakları Yönetmeliğinin tamamı için buraya bakabilirsiniz.
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html>

sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan her personel adil ve eşit bir hizmet vermekle yükümlüdür (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 43).

Hasta, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin kapsamı, nasıl ve hangi şartlarda buralardan faydalanabileceği, kurumca verilen imkanların neler olduğunu öğrenme hakkına sahiptir. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ise hastaların kolayca ulaşabilecekleri, onları hizmetler hususunda bilgilendirebilecek uygun personeli ve birimi temin etmekle yükümlüdür (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 43).

Hasta, aldığı tedavi ve bakım hizmetinden kaynaklanan problemler nedeniyle sağlık kurum ve kuruluşlarını değiştirme hakkına sahiptir. Hekimin, hastayı bu değişikliğin açabileceği riskler konusunda bilgilendirmesi zorunludur. Hastanın, tedavi gördüğü sağlık kurum ve kuruluşlarını değiştirme talebi, bu değişikliğin onun hayatını tehlikeye atıp atmamasına bağlıdır. Hastanın tedavi gördüğü hastanede tıbbi olarak fayda bulamaması hallerinde de nakil talebi söz konusu hastane tarafından hastaya uygun şekilde açıklanır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 44).

Hasta, tedavisinden sorumlu hekimin kimliği, görevi ve ünvanı hakkında bilgi alma hakkına sahiptir. Hasta tedavisinden sorumlu hekimi ve sağlık personelinin değiştirme talebinde bulunabilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 44).

Hastanın, teşhis ve tedavi gördüğü sağlık kuruluşunun yetersiz ve sınırlı imkânları sebebiyle ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunda, sağlık durumunun aciliyetine bağlı olarak tıbbi öncelik isteme hakkı vardır. Hastanın acil, adli vaka, yaşlı ve özürlü olması durumunda teşhis ve tedavisinde öncelik isteme hakkı vardır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 45).

Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojiye bağlı olarak teşhis, tedavi ve bakımını isteme hakkına sahiptir. Modern tıbbı aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 17. maddesi gereği her birey; yaşama, maddi ve manevi varlığını sürdürme hakkına sahiptir. Kişilerin izni olmaksızın, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarına zarar verebilecek bir tıbbi işleme tabi tutulmaları söz konusu değildir. Görüldüğü gibi anayasamızın söz konusu maddesi gereği, bireylerin teşhis, tedavi ve bakım esnasında ki hakları güvence altına alınmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 33).

Ötenazi, “Dayanılmaz acı çeken bir hastanın, sakinleştirici ya da uyuşturucu ilaçlarla kendi isteği ile sakin ölümü” anlamına gelmektedir. Başka bir tanımda ise ötenazi “ölümün kaçınılmaz olduğu ve tıp biliminin verilerine göre iyileştirilmesi olanağı olmayan veya dayanılmaz acılar içinde olan kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesi hali” olarak tanımlanmıştır. Ancak Hasta Hakları Yönetmeliğine göre her ne şekilde olursa olsun, kendisi veya bir yakınının istemesi halinde bile hiç kimsenin yaşamına son verilemez (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 48).

Sağlık personeli gerekli tıbbi özeni göstererek, hastanın hayatta kalma şansının olmadığı durumlarda dahi acısını azaltmak ve dindirmek için çabalamak zorundadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta ve hasta yakını, hastanın sağlık dosyasını inceleyebilir ve bir örneğini alabilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta, sağlık durumuyla ilgili kayıtlarda yapılan eksik ve hatalı bilgilerin tamamlanmasını veya düzeltilmesini isteyebilir. Hasta sağlık durumu hakkında hazırlanan raporlara itiraz edebilir, aynı veya başka kurumlar tarafından yeni rapor düzenlenmesini talep edebilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta tedavi gördüğü sağlık kuruluşlarında ki hekimi tarafından sağlık durumuyla ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Bilgi, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun bir şekilde net olarak verilir. Bilgilendirme hastanın tedavisinden sorumlu sağlık personeli tarafından sözlü olarak verilir. Hastanın bizzat kendisinin bilgilendirilmesi esastır; ancak hasta kendisi adına bir başkasının bilgilendirilmesini isterse, bu talep imza altına alınarak, söz konusu şahıs bilgilendirilir. Hasta, hastalığına konulan teşhisle ilgili başka bir hekimden ikinci bir görüş almayı talep edebilir. Bilgilendirme uygun ortamlarda hastanın mahremiyeti dikkate alınarak yapılmalıdır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta sağlık durumu hakkında bilgilendirildiğinde, bu durum onun ruhsal sağlığını etkileyerek tedavi sürecini olumsuz etkileyecekse, teşhis saklanabilir. Yukarıda bahsedilen hayati bir durumda hasta ve yakınlarının

bilgilendirilmesi, hekimin takdirine bağlıdır. Tedavisi olmayan bir hastalık söz konusu olduğunda, hekim uygun bir şekilde hastayı ve hastanın rızası olmak şartıyla ailesini bilgilendirebilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta özel haller dışında; teşhisle ilgili kendisinin, yakınlarının veya başka hiç kimsenin bilgilendirilmemesini ancak yazılı olarak talep edebilir. Hastanın yazılı talebine rağmen, sağlık kurum ve kuruluşlarınca bu talebe uyulmaması halinde, hasta kişilik haklarına saldırı olduğu gerekçesiyle manevi tazminat açma hakkına sahiptir. Ayrıca hasta, bilgilendirmeye ilgili verdiği kararı istediği zaman değiştirme hakkına sahiptir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 52).

Mahremiyet, kişinin beden, duygu, düşüncü ve ilişkilerine ait bilgilerinin istemediği sürece başkalarıyla paylaşılmaması demektir (Taşçı, 2007: 27).

Hasta, bütün teşhis ve tedavi süreci boyunca mahremiyetinin korunmasını talep etme hakkına sahiptir. Hasta; sağlık durumu ile ilgili bilgilerin gizli kalmasını, muayene, teşhis ve tedavisinin gizlilik ortamında gerçekleşmesini, uygun hallerde yanında bir yakınının bulunmasını, özel hayatına müdahale edilmemesini ve tedavi giderlerinin kaynağının gizli tutulmasını talep edebilir. Hastaya ait mahrem bilgilerin başkalarıyla paylaşılmaması kuralı, onun ölümüyle ortadan kalkmaz (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bazı özel haller dışında hiç kimse, rızası olmadan tıbbi işlemlere tabi tutulamaz. Ancak suçlu veya bir suç işlediğinden şüphelenen kişiler özel durumlarda, hakim kararına bağlı olarak, tıbbi işleme tabi tutulabilir.

Acil hallerde, cumhuriyet savcısının kararına bağılı olarak da bu kişiler tıbbi müdahaleye tabi tutulabilirler (Hasta Hakları Yönetmeliğı, 1998).

Hasta rızasının geçerliliğı, toplumsal normlarla uyum içinde olmasına bağılıdır. Hastanın genel sağıık durumuna zarar verebilecek her türlü rıza biçimi hukukende geçersiz olacaktır (Erol, 2009: 73).

Hukuki ve ahlaki yönden bir zorunluluk bulunmadıkça, sağıık personeli hastaya zarar verebilecek bilgileri başkalarıyla paylaşamaz. Bu bilgilerin paylaşılması hukuki ve cezai sorumluluk gerektirir. İster araştırma amacı ile olsun, isterse eğitim amacı ile olsun hastanın kimlik bilgileri rızası olmadan asla açıklanamaz (Hasta Hakları Yönetmeliğı, 1998).

Hasta yetişkinse kendisinden, küçük veya vesayet altındaysa velisinden veya vasisinden tıbbi müdahale izni alınmalıdır. Velisi veya vasisinin rızasının yeterli olduğı hallerde bile, küçük veya kısıtlı olan kişiler tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilerek, düşünceleri alınmalıdır. Hastanın velisi veya vasisi tarafından rıza gösterilmemesine rağmen tıbbi müdahale yapılması zaruriyse, Türk Medeni Kanununun 346 ıncı ve 347 inci maddelerince, mahkeme kararına göre hareket edilir. Hastanın bilincinin kapalı olduğı, hayati tehlikesinin bulunduğı acil durumlarda tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağılı değildir. “Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir”. Taburculuk sonrasında hasta, genel sağıık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri, diyet ve sonrasında neler yapması gerektiğı gibi hususlarda hekim tarafından bilgilendirilir ve bu bilgilerin yer aldığı epikriz raporunun bir örneğı kendisine verilir (Hasta Hakları Yönetmeliğı, 1998).

Hasta, bütün sorumluluğu üzerine alarak, uygulanan tedaviyi reddedip durdurulmasını talep edebilir. Böyle bir durumda, hastanın bu isteği, sağlık kuruluğu tarafından yazılı olarak belgelendirilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Riskli tıbbi müdahaleler sonrası yaşanabilecek problemler için, söz konusu yönetmelikte bilgilendirmenin kapsamı başlığı altında verilen 8 maddeyi içeren bir rıza formu iki nüsha şeklinde hazırlanarak, hasta ve tedaviden sorumlu hekim tarafından imzalanarak, taraflar tarafından ayrı ayrı saklanır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bütün klasik tedavi metotları denendikten sonra hastanın sağlık probleminde bir ilerleme kaydedilemiyorsa, hastanın da onayıyla alternatif tedavi yolları denenebilir. Ancak bu alternatif tedavi yöntemi, klasik tedavi yönteminden daha kötü sonuçlara yol açmamalıdır. Daha önce hiç denenmemiş bir tedavi ve müdahale şekli, ancak hasta lehine pozitif sonuçlarından emin olunmak şartıyla uygulanabilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

18 yaşında küçük ve ayırt etme gücü olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaktır. Ancak 2238 Sayılı Kanun gereği bir kişi noter onaylı yazılı bir vasiyetle veya ölüm anında yanında bulunan eği, ergin çocukları, anası ya da babası, kardeşlerinden birisi veya birinci derece bir yakını yoksa herhangi bir yakını, vücuduna ait parçaların teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar için kullanılmasını bağışlayabilir. Ayrıca hiç kimsenin sahip çıkmadığı adli kovuşturma ile ilgisi olmayan kişilerin cesetleri ve vücudunu resmi belge ile bağışlayan kişilerin cesetleri bilimsel araştırma çalışmalarında kullanılmak üzere yüksek öğretim kurumlarına

verilebilecektir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 57, 58).

Aile planlamasında sadece Sağlık Bakanlığının izin verdiği ilaç ve araçlar kullanılmalıdır. Gebeliğin sona erdirilmesinde hastanın ve evli ise eşinin rızası alınmalıdır. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun 5. maddesi gereği hastanın hayatını tehlikeye sokmayacaksa hamileliğinin 10. Haftası doluncaya kadar talep üzerine kürtaj yapılabilir. Annenin hayatını tehlikeye sokacak gebelikler, onun iznini almak şartıyla her zaman sonlandırılabilir. Ancak anne adayını ergin değilse, onun izninin yanı sıra velisinin de rızası alınmalıdır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 59).

Rızanın alınması sırasında hasta ve yakını tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilir. Tıbbi müdahale sırasında, hastanın hayatını tehlikeye sokabilecek acil bir durum geliştiğinde, rıza kapsamı dışına çıkılarak müdahale genişletilebilir alınmalıdır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hiç kimse kendi rızası ve Sağlık Bakanlığının izni olmadan tecrübe, eğitim veya araştırma için tıbbi müdahaleye tabi tutulamaz. Üzerinde çeşitli çalışmalar yapılmasına izin veren hastanın hayatı, tıbbi fayda ve toplum menfaati için tehlikeye atılamaz. Tıbbi araştırmalar, yetkin ve yeterli kişiler tarafından usule uygun olarak yapılmalıdır. Bunlara ek olarak Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, gönüllü kişileri korumak için ek şartlar getirmiştir. Buna göre: Tıbbi araştırmalar kişiler üzerinde zararlı ve kalıcı bir etki bırakmamalı, gönüllüye insan onuruyla bağdaşmayacak oranda acı verecek yöntemler uygulanmamalı ve gönüllü kişilere sigorta teminatı dışında teşvik ve mali destekte bulunulmamalıdır. Ancak gönüllünün

çalışamamasından dolayı çalışma gücü kaybından doğan gelir eksikliği için kendisine belli miktarda para ödenebilir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 61).

Gönüllü kişiler tıbbi araştırmalar hakkında yeterince bilgilendirildikten sonra, maddi veya manevi hiçbir baskı altında kalmadan yazılı şekilde onay vermelidir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik gereğince gönüllülerden alınacak numune üzerinde yapılacak her bir çalışma (Genetik veya farmakogenetik araştırmalar, sperm veya ovum gibi germ hücrelerinin alınması, kan, idrar, doku ve radyoloji görüntülerinin alınması durumunda) için onlardan veya yasal temsilcisinden ayrı ayrı onay alınması gerekmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 64).

Yetişkin ve ayırt etme gücü olmayanlar üzerinde hiçbir şekilde tıbbi araştırma yapılamaz. Ancak yapılacak araştırma, söz konusu kişilerin faydasıysa, bu durumda; velilerinin veya vasilerinin rızaları alınmalıdır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hasta üzerinde, kendi rızası ve Sağlık Bakanlığının izni olmadan araştırma amacıyla hiçbir ilaç ve terkip kullanılmamalıdır. Bu husus daha önceleri 29.01.1993 tarih ve 21480 sayılı İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğe tabi iken, 23.12.2008 tarih ve 27089 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin çıkartılmasıyla birlikte ilk yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır. Şu anda ise ilaç ve terkiplerin araştırma amacı ile gönüllüler üzerinde kullanılması Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre yapılmaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 67).

Sağlık kurum ve kuruluşları hastaların, refakatçilerin ve ziyaretçilerin can ve mal güvenliklerini sağlamak için gerekli güvenlik tedbirlerini almakla yükümlüdür. Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik hasta ve çalışanlar yönünden güvenli ortamlar oluşturulması amacıyla çıkartılmıştır. Bu yönetmeliğe göre kamu, üniversite ve özel sektör sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak için kendi iç düzenlemelerini yaparak, gerekli tedbirleri almalıdırlar. Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğin 6. Maddesi gereği sağlık kurumları, hasta kimlik bilgilerinin doğru kaydı, iletişim güvenliğinin sağlanması, ilaç güvenliğinin sağlanması, kan ve kan ürünlerinin aktarılmasında güvenliğin sağlanması, cerrahi güvenliğin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi, radyasyon güvenliğinin sağlanması ve engelli hastalarla ilgili gerekli düzenlemelerin yapılması hususlarında gereken önlemleri almalıdırlar. Yine söz konusu yönetmeliğin 8. Maddesi, sağlık kurumlarının enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesinde, laboratuvar güvenliğinin sağlanmasında gerekli önlemleri almasıyla ilgili hükümleri içermektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 69-71).

Sağlık kurumları, hastaların dini görevlerini yerine getirebilmesi için gerekli tedbirleri almalıdır. Hastaların talepleri halinde, uygun zaman ve mekân belirlenerek, onlara telkinde bulunması için din görevlileri davet edilir. Koma halindeki hayati tehlikesi bulunan hastalar için talebe bakılmaksızın din görevlisi çağrılır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Bütün sağlık personeli, hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilerine güleryüzlü, nazik ve şefkatli davranmalıdır. Onların bedeni ve ruhi durumları düşünülerek, her türlü işlem ve bekletilme hususları hakkında onlara bilgi verilmelidir. Hastane içinde gerekli hijyenik ortam sağlanarak, gürültü

dahil rahatsız edici her türlü olumsuz etkenler için gerekli önlemler alınmalıdır. Hasta ziyaretlerinin huzur içinde ve kargaşaya yol açmadan gerçekleşmesi için gerekli önlemler alınmalıdır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hekimin uygun görmesi durumunda muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olunması için refakatçi bulundurulabilir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 62. Maddesinde, bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı belirtilmiştir. Hastanelerde, sağlık durumu ağır olan hastanın bakımını gerçekleştirecek personel bulunmaması durumunda, hastanın yanında refakatçi kalması tıbbi bir zorunluluk bulunması şartına bağlı olarak, ilgili hekimin ve başhekimin onayını gerektirmektedir. Refakatçiler sağlık kurumu tarafından verilen özel kıyafet ve kimlik kartını taşımak zorundadırlar. Özel oda dışında, hasta yanında kalan refakatçilere yatak verilmesi zorunlu değildir. Hasta yanında kalan refakatçilerin yemek ihtiyaçları kurumlarca karşılanır. Ancak sosyal güvencesi olmayan, ücretli olarak tedavi alan hastaların refakatçilerinden ayrıca refakatçi ücreti alınır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 73).

Hasta, koruyucu sağlık hizmeti verilmesinde, tabii afetler gibi olağanüstü hallerde, tıbbi gerekçelerle hastaneye gidememesi veya götürülememesi durumlarında sağlık hizmetinin sağlık kurumları dışında da verilmesini talep etme hakkına sahiptir. Yine 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik hükümleri gereğince, hastaneye gelemeyen hastalar evde sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu yönetmelikte hangi şart ve koşullarda bu hizmetin verilebileceği, hizmetin ne zaman sonlandırılabilceği vb. gibi hususlarda detaylı bilgiler verilmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998; Akyıldız ve Özkan, 2012: 74-77).

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yaşana hak ihlalleriyle ilgili hasta ve hasta yakınlarının müracaat, şikâyet ve dava hakları her zaman vardır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

3.5. TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARININ HUKUKSAL DURUMU

Ülkemizde, hasta bireylerin haklarıyla ilgili yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Ancak bireylerin sağlık hizmeti alma hakkı anayasada düzenlenmiştir. Anayasal bir düzenlemeyle birtakım haklar sosyal devlet kavramı içine oturtulmaya çalışılmıştır. Anayasa dışında, medeni hukuk, borçlar hukuku ve ceza hukukunda da hasta-hekim ilişkisi borçlu ve alacaklı iki taraf şeklinde değerlendirilmiştir. Hastalık durumundaki haklar ve bu hakların ihlallerinde öngörülen yaptırımlar ise “sözleşme olgusu” içinde değerlendirilmektedir. Hastanın uğradığı haksızlık çeşidine göre ceza hukuku, tazminat hukuku ve disiplin hukuku yönünden şikâyet ve dava hakkı vardır. Hekimin, hastanın bedeni üzerindeki tıbbi müdahalesi sonucunda doğabilecek olumsuzluklar, Ceza Kanununun 45., 455. ve 459. maddeleri kapsamında değerlendirilmeye çalışılmıştır. Aslında hasta ve hekim ilişkilerin de yaşanan problemler mevzuat eksikliğinden değil, daha çok var olan hukuksal mekanizmaların yeterince işler olmamasından kaynaklanmaktadır. Hekimler, hastalara uyguladıkları tıbbi müdahale dolayısıyla ortada net bir kusur ispatı yoksa eğer, genelde suçlanmamaktadırlar. Bunun nedeni ise hekimlerin zaten mesleklerinin doğası gereği hastaların en iyi teşhis, tedavi ve bakımı alması için elinden geleni yaptığına olan genel inançtır. Böyle bir genel düşünce tarzı ise hekimin tıbbi müdahale sırasında hastanın bedeni üzerinde yapabileceği tahribatın hukuki sonucuna katlanmasının önünde ki en büyük engeldir.

Ancak hekim tarafından yapılan tıbbi müdahaleler hukuki bir sonucu doğuruyorsa, hekimin bununla yüzleşmesi gerekir (Sütlaş, 2000: 147-150).

3.5.1. Serbest Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı

Hasta, hekimin ceza hukukuna aykırı olan tanı, tedavi veya tıbbi uygulamaları dolayısıyla şikâyetle bulunabilir. Gerekli hukuki sürecin başlatılabilmesi için hastanın suç olarak düşündüğü hususları yazılı olarak Cumhuriyet Savcılığına bildirmesi yeterlidir. Bununla ilgili 5237 Sayılı TCK. da şikâyet edilen fiilin cezai sorumlulukları belirtilmiştir. Teşhis, tedavi ve bakım esnasında hasta ve hekimin ayrı ayrı sorumlulukları vardır. Hastanın, hekimi doğru bilgilendirmek, hekimin tavsiyelerine uymak, hekimin ücretini ödemek vb gibi yükümlülükleri varken, hekiminde sır saklama, hastayı bilgilendirme, tıbbi müdahale için hastanın onayını alma vb. gibi yükümlülükleri vardır. Hekimin en önemli yükümlülüğü hastasını tıbbi müdahalenin bütün süreçleri hakkında bilgilendirmek ve onun rızasını almaktır. Ancak hekimin yasal olarak herhangi bir süre içinde hastasını iyileştirme gibi bir yükümlülüğü yoktur ve bu durum hekim için cezai bir sorumluluk gerektirmez (Akyıldız ve Özkan, 2012: 175; Sütlaş, 2000: 151).

3.5.2. Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşunda Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı

Şikâyet yazılı veya sözlü olarak Cumhuriyet Savcılığına yapılabilir. Cumhuriyet Savcılığı yapacağı soruşturmayla yeterli suç şüphesinin oluştuğuna kanaat getirirse, cezalandırma talebiyle Ceza Mahkemesine hitaben düzenlediği iddianameyle dava açabilecektir. Ceza Mahkemesince söz konusu iddianame kabul edilmezse, Cumhuriyet Savcısı, Ağır Ceza

Mahkemesine itiraz edebilecektir. Hasta veya hasta yakını tarafından şikâyet edilen konu suç unsuru taşııyorsa eğer, Cumhuriyet Savcılığı kovuşturmaya gerek olmadığına dair tebliği, ilgili kişilere ulaştıracaktır. Hasta veya hasta yakını, tebliğ tarihinden 15 gün sonrasına kadar Ağır Ceza Mahkemesine kararla ilgili itirazda bulunabilecektir. Ağır Ceza Mahkemesi itirazı haklı bulursa dava aılması için dosyayı tekrar Cumhuriyet Savcılığına gönderecektir. şikâyet konusu uzlaşma kapsamında ki suçlara giriyorsa eğer, Ceza Muhakemeleri Kanununun 253. maddesi gereği uzlaşma yoluna gidilecektir (Akyıldız ve zkan, 2012: 176).

3.5.3. Kamu Sağlık Kurum Ve Kuruluşunda alışan Hekimi şikâyet Hakkı

Hakkında şikâyetle bulunulan hekim, kamuya ait bir sağlık kurumunda çalışıyorsa eğer, 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanmasına Dair Kanun hakkındaki kurallara tabi olacaktır. Hekimlerin hakkında soruşturma açılabilmesi için söz konusu kanunun 3. maddesi gereği yetkili makamlardan soruşturma izni alınmalıdır. Soruşturma izni verecek makamlar şunlardır: Köy ve İlçelerde kaymakamlar, ilde ve merkez ilçede valiler, bölge düzeyindeki teşkilatlar için hekimin görev yaptığı ilin valisi, Bakanlıkların merkez teşkilatında görevli hekimler hakkında ilgili bakan, Başbakanlık merkez teşkilatında çalışan hekim için Başbakan, TBMM’de çalışan hekim hakkında TBMM genel sekreteri ve Cumhurbaşkanlığında alışan hekim hakkında Cumhurbaşkanlığı genel sekreteri izin vermeye yetkilidir. Hekim hakkında soruşturma izni, yetkili makam tarafından 30 gün içinde verilmek zorundadır. Bu süre n incelemeyi de kapsamaktadır. Zorunlu hallerde, bu 30 günlük sreye 15 gün daha eklenebilecektir. Yetkili makam soruşturma izniyle ilgili kararını Cumhuriyet Savcılığına, soruşturmaya tabi hekim veya sağlık görevlisine

ve şikâyetçiye tebliğ etmek zorundadır. Yapılan tebliğden sonra 10 gün içinde şikâyetçi ve Cumhuriyet Başsavcılığı itirazda bulunulabilecektir. Konuyla ilgili itiraz makamı illerde ve ilçelerde Bölge İdare Mahkemesidir. Başbakanlık merkez teşkilatında, TBMM ve Cumhurbaşkanlığında çalışan hekimler için itiraz makamı Danıştay İkinci Dairesidir. Yetkili makamlar 3 ay içinde kararını verecek olup, verdikleri kararlar kesindir (Akyıldız ve Özkan, 2012: 177-180).

3.5.4. Yüksek Öğretim Kurumunda Çalışan Hekimi Şikâyet Hakkı

Yükseköğretim kurumlarının tüm çalışanlarıyla ilgili ceza hukuku yönünden başlatılacak soruşturmaya ilişkin esaslar 2547 Sayılı Yüksek Öğretim Kanununun Disiplin ve Ceza İşleri başlıklı 53. maddesine göre düzenlenmiştir (Akyıldız ve Özkan, 2012: 182).

BÖLÜM III

4. ERCİYES ÜNİVERSİTESİ MUSTAFA ERASLAN-FEVZİ MERCAN ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HASTANESİ HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ POLİKLİNİK VE KLİNİĞİNDEN HİZMET ALAN HASTALARIN YAKINLARIYLA YAPILAN HASTA HAKLARINDA FARKINDALIK ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırma Hakkında

Bu araştırmayla ulusal düzeyde hükümetin, yerel düzeyde ise hastanelerin hasta hakları politikasını kalite politikaları gereği tekrar gözden geçirmelerine yardımcı olması beklenmektedir. Hasta ve hasta yakınları lehine yeni bir politika anlayışının, söz konusu hastanenin yönetimince benimsenmesinin ise kurumun ulusal ve uluslararası düzeyde saygınlığını ve prestijini daha da arttıracakı düşünülmektedir. Yine bu araştırmayla Erciyes Üniversiteleri Hastaneleri Yönetiminin bu alanla ilgili uygulamada bir eksiklik varsa eğer bunun farkındalığına vararak, hasta ve hasta yakınlarına daha kaliteli ve hasta memnuniyetini ön plana çıkaran bir politika anlayışı geliştirmesine yardımcı olması beklenmektedir.

Bu araştırma doğrultusunda, hasta hakları konusunda geliştirilecek olan yeni politikanın, hizmet alan bireylerin memnuniyet düzeylerini yükseltmesi beklenirken; söz konusu problemlerin hastane yönetimini daha

az meşgul ederek bu işe ayrılan zaman ve enerjinin başka alanlara kanalize edilmesine yardımcı olması beklenmektedir.

4.1.1 Konu, Kapsam ve Amaç

Bu çalışmanın konusu yirminci yüzyılın sonlarında gündeme gelen hasta hakları kavramıdır. Aslında hasta hakları kavramı, insan haklarının sağlık alanında ki uygulanması olarak yorumlanmaktadır. İlk olarak 1981 yılında Lizbon’da Dünya Tabipler Birliğince ilan edilen bildirgede temel hasta hakları maddeler halinde sıralanmıştır. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütünc 1994 yılında Amsterdam’da gerçekleştirilen bir toplantıyla “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” kabul edilmiştir. Bir sonraki süreçte Lizbon Bildirgesi gözden geçirilerek daha güncel ve kapsamlı olan Bali Bildirgesi adını almıştır. Bu bildirgeler, tarafları bağlayıcı olmayıp, sadece bu alanda ulaşılması gereken hedefleri gösteren önerilerden oluşmaktadır.

Yukarıda tarihsel gelişimini kısaca vermeye çalıştığımız hasta hakları kavramıyla ilgili olan bu araştırmanın çalışma evrenini; il içinden ve/veya il dışından kamu hastanelerinden veya özel hastanelerden poliklinik ve/veya klinik hizmeti almak için Kayseri’ye gelen hasta ve hasta yakınları oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın örneklemini ise Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve Kliniğinden hizmet alan hastaların yakınları oluşturmaktadır. Bu çalışmayla söz konusu hastaneden hizmet alan kişilerin, haklarını kullanma düzeylerini etkileyen etmenlerin belirlenerek, hastane yönetimlerince yeni bir hasta hakları politikasının belirlenmesine öncelik

etmesi beklenmektedir. Araştırma, 2015 Ekim ve 2016 Ocak ayları arasında söz konusu poliklinik ve klinikten hizmet alan hasta yakınlarının yaklaşık olarak % 10'nuna denk gelen 80 hasta yakınına kapsayacak şekilde üç aylık bir süreyle sınırlı tutulmuştur.

Bu araştırmayla hasta ve hasta yakınlarının; haklarını kullanma düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bu doğrultuda hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyleri, sağlık personeli hakkındaki ön yargıları, ikamet ettikleri yer, haklarına ilişkin yapılan başvurulardan bir sonuç alıp alamayacağı düşüncesi içerisinde olmaları ve haklarına dair bilgi düzeylerinin, haklarını kullanma düzeylerine etkisinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bütün bu süreçlerden sonra sorunların tespit edilerek, hastane yönetimlerince çözüm önerilerinin geliştirilmesi beklenmektedir. Bu araştırmayla her ne kadar genel amacımız hasta ve hasta yakınlarının kendi haklarıyla ilgili farkındalık düzeyleri ve bunları etkileyen etmenleri ölçmeye çalışmak olsa da hastalarımızın çocuk olması göz önünde bulundurularak, görüşmelerin sadece hasta yakınlarıyla yapılması daha uygun görülmüştür. Bu genel amaç doğrultusunda araştırmanın amaçları aşağıda ki soru cümlesi ve alt amaçlarla ifade edilmiştir.

Hasta yakınlarının aşağıda belirtilen özellikleri ile haklarını kullanma düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1. Hasta yakınlarının eğitim düzeyleri,
2. Hasta yakınlarının sağlık personeli hakkındaki ön yargıları,
3. Hasta yakınlarının ikamet ettikleri yer,
4. Hasta yakınlarının, haklarına ilişkin yapılan başvurulardan bir sonuç alıp alamayacağı düşüncesi içerisinde olması,
5. Hasta yakınlarının sahip oldukları haklara dair bilgi düzeyleri,

6. Hasta yakınlarının sağlık personelleri ile ilgili geçmişte yaşamış oldukları olumsuz deneyimleri.

4.1.2. Özgün Değer (Önem)

Ülkemizde doksanlı yılların sonlarından itibaren önem kazanan hasta hakları kavramı insan haklarının sağlık alanında bir uygulaması olarak kabul görmektedir. Ülkemizde yaklaşık olarak 16 yıldır sağlık kurum ve kuruluşlarında böyle bir hak kavramının varlığından söz edilse de uygulama da hastane yönetimlerince bu alanın ihmal edildiği bir gerçektir. Ülkemiz hastanelerinde hasta ve hasta yakınlarının doğal savunuculuk görevini üstlenmek için kurulmuş olan hasta hakları birimlerinin geçmişi çok eskiye dayanmadığı için ülkemizde bu alanla ilgili araştırmalarda sınırlı sayıdadır. Özellikle de sosyolojinin bir anabilim dalı olarak, bu alanla ilgili sayıca fazla bir çalışması bulunmamaktadır.

Söz konusu birimlerde uygulamada karşılaşılan bir takım sorunların varlığı bu işin taraflarınca kabul edilse de çok dile getirilmemektedir. Hastanelerde, hasta ve hasta yakınlarının sorunlarının çözüm yeri olan hasta hakları birimlerine iletilen şikâyetler, hastane yönetimine bağlı olarak çalışan yine bir hastane çalışanı tarafından alınarak değerlendirilmekte ve hastanelerin Hasta Hakları Kurulunda gündeme getirilmeye çalışılmaktadır. şikâyetlerin değerlendirilmesi sürecinde, Hasta Hakları Kurulunda yönetimden kişilerin varlığının da sağlıklı karar alma sürecini etkilediği düşünölmektedir.

Uygulama da bir takım problemlerin olduğu gerçeğinden hareketle bu çalışmayla hasta ve hasta yakınlarının teşhis ve tedavi sürecinde

karşılaştıkları problemlerin çözümüyle ilgili bilinç düzeylerinin belirlenmesi hedeflenmektedir. Haklarına dair bilinç düzeylerinin ve haklarını kullanma sürecine etki eden etmenlerin belirlenerek, hastane yönetimlerince paylaşılmasının, bu alanda yaşanan sıkıntılara bir çözüm getireceği umut edilmektedir. Hasta hakları kavramına dair birtakım araştırmalar yapılsa da bu araştırma da diğerlerinden farklı olarak hasta ve hasta yakınlarının, haklarına dair bilinç düzeyleri ve buna paralel olarak da haklarını kullanma sürecine etki eden etmenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Bu araştırmayla hasta ve hasta yakınlarının, teşhis ve tedavi sürecinde, haklarına dair bilinç düzeylerinde bir eksiklik tespit edilmesi halinde ne yapılabilirlerin üzerinde durulacaktır. Hasta ve hasta yakınlarının, hakları hakkındaki farkındalık düzeylerinin yükseltilmesi ve haklarını daha etkin kullanabilmesi için değerlendirme ve önerilerde bulunulacaktır. Hasta ve hasta yakınlarının, hakları hakkında ki bilinç düzeylerinde ki farkındalık oranlarındaki artışın, teşhis ve tedavi sürecine de olumlu katkısı olacağı düşünülmektedir. Yine haklarını kullanma sürecini olumsuz etkilediği düşünülen etmenlerin belirlenerek, bunların ortadan kaldırılmasına yönelik değerlendirmelerde bulunulacaktır.

4.1.3 Yöntem (Örneklem, Veri Toplama Teknikleri, Alan Uygulama Yöntemi ve Riskler)

Bu araştırma tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. “Tarama modeli geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır (Karasar, Niyazi 2007: 77). Yapılan bu araştırmada da hasta ve hasta yakınlarının belirtilen birtakım

özellikleriyle haklarını kullanma düzeyleri arasında ki ilişki, olduğu gibi verilmeye çalışılmıştır.

Tarama modelleri genel tarama modelleri ve örnekleyici tarama modelleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu araştırmada da genel tarama modeli, genel tarama modellerinden ise ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. “İlişkisel tarama modelleri, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, Niyazi 2007: 81). Bu araştırmada da hasta ve hasta yakınlarının, haklarına dair bilinç düzeyleri (bağımlı değişken) ve haklarını kullanmada etkili olduğu düşünülen hasta ve hasta yakınlarının birtakım demografik özellikleri (bağımsız değişken) ile ilişkisine bakılmıştır.

Ortak özellikleri olan canlı veya cansız her şey, araştırma sonuçlarının genellenmek istediği evreni oluşturur. Çalışma evreni ise hakkında görüş bildirilebilecek somut, ulaşılabilen bir evrendir. Evren içinden belli ölçütlere göre sınırları çizilerek seçilen, üzerinde araştırma yapılacak olan gruba temsil eder. Örneklem ise çalışma evreni içinden evreni temsil edebilecek, örneklem alma işlemidir. Örneklem ise elaman örneklem ve küme örneklem olarak ikiye ayrılır. Bu araştırmada da en yalın ve en çok kullanılan elaman örneklem çeşitlerinden olan oransız elaman örneklem yöntemiyle hasta yakınlarına ulaşılmıştır. Bu örneklem yöntemi, evrendeki tüm elamanların birbirine eşit seçilme şansına sahip oldukları türdür (Karasar, 2000: 109-113).

Bu araştırmanın çalışma evrenini, Kayseri’ye il içinden ve/veya il dışından sağlık hizmeti almak için gelen hasta ve hasta yakınlarından oluşmaktadır. Bahsedilen bu çalışma evreni içinden örneklem olarak ise Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve Kliniğinden hizmet alan hastaların yakınları rastgele seçilmiştir. Söz konusu hastanenin ilgili poliklinik ve kliniğinden hizmet alan hastaların çocuk olması ve bunların farkındalık düzeyleri de dikkate alınarak, hastaların yakınlarıyla bu çalışmanın yapılması daha uygun görülmüştür.

Bu çalışmada veriler, Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve Kliniğinden hizmet almak için il içinden ve/veya il dışından gelen hastaların yakınlarından toplanmıştır. Bu çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından genel amaç ve alt amaçlarla uyumlu olarak hazırlanan anket sorularıyla toplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Gerekli izinin verilmesinden sonra sekiz hasta yakınıyla ön deneme (pilot çalışma) çalışması yapılmıştır. Bu ön denemenin sonucunda anket sorularıyla ilgili gerekli açıklamaları yapabilmek için, katılımcılarla bire bir görüşmenin daha uygun olacağı düşünülmüştür.

Özellikle poliklinikte muayene sırası bekleyen hasta ve hasta yakınlarının, birtakım nedenlerle (Poliklinik sırasını kaçırmamak, yoğunluktan kaynaklanan gerginlik vb. gibi) anket sorularını cevaplamakta isteksiz görünebilme ihtimali göz önünde bulundurularak, anket soruları kolayca anlaşılır ve kısa cevaplar verilecek şekilde hazırlanmıştır.

Anket çalışmasının verileri, araştırmacının bizzat kendisi tarafından toplanmıştır. Araştırma sırasında hasta ve hasta yakınlarının etki altında kalabileceği düşünülerek, anket soruları hastane çalışanlarının bulunmadığı

bir ortamda yöneltmiştir. Görüşmeler en kısa on, en uzun ise on beş dakikalık süre aralıklarında yapılmıştır.

Anket formunda katılımcıların demografik bilgilerine, hasta hakları hakkındaki bilgileri ve bilgi sahibi olanların bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulara, hastaneler içinde yer alan hasta hakları birimlerinin varlığı hakkındaki bilgilerini ölçmeye yönelik sorulara, ilgili birime müracaat eden hasta yakını varsa müracaat sonuçlarıyla ilgili memnuniyet düzeylerini ve bu memnuniyet düzeylerinin gelecekte bu haklarını kullanmaya engel teşkil edip etmediğini belirlemeye yönelik sorulara, yine hasta yakınlarının daha önce bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp yaşamadığını, bu tartışma sonucu müracaatta bulunup bulunmadığını, müracaatta bulunanların ihtiyaç halinde tekrar bu haklarını kullanıp kullanmayacaklarını belirlemeye yönelik sorulara, yine hastanın tedavi süreciyle ilgili herhangi bir sağlık personelinden bilgi alıp almadıklarına, tedavi süreci hakkında alınan bilginin memnuniyet düzeyini belirlemeye, bu memnuniyet düzeylerinin gelecekte bu haklarını kullanmaya engel teşkil edip etmediğini belirlemeye yönelik sorulara yer verilmiştir.

Araştırmanın yapılacağı çalışma alanı olan Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, İç Anadolu Bölgesinin şehirlerinden biri olan Kayseri’de yer almaktadır. Kayseri’de sert geçtiği düşünülen karasal iklim etkili olsa da son 10 yıldır kar yağışına bağlı ulaşım aksamaları yaşanmamaktadır. Söz konusu hastanenin, hasta sirkülasyonu kış aylarında biraz azalsa da bölge hastanesi olması dolayısıyla hem yaz hem de kış ayların da çevre illerden hasta gelmeye devam etmektedir. Özellikle son yıllarda Ülkemizin farklı uzak şehirlerinden de gelen hasta sayısında bir artış yaşanmıştır. Yukarıda aktarılan bilgiler ışığında araştırmanın veri toplama safhasında hava

şartlarına bağlı olarak herhangi bir aksaklık yaşanacağı düşünülmemektedir.

Araştırmacı, anketin yapılacağı şehir merkezinde yaşamaktadır. Bu araştırmada yaklaşık olarak seksen görüşmeciye ulaşılması planlanmıştır. Araştırmanın veri toplama aracı olan her bir anket, dört sayfa, yirmi altı sorudan oluşmaktadır. Yaşanabilecek aksilikler de düşünülerek yapılacak olan seksen adet ankete ek olarak, on adet anket örneği daha fazladan bastırılmıştır. Seksen kişilik anket çalışması, günlük ortalama 7 görüşmeciye ulaşılarak, toplamda on iki günde bitirilmiştir. Çalışmanın yapılacağı aynı kurumda çalışan araştırmacı tarafından yapılan görüşmeler, sadece hafta içi günler de ve daha çok on iki, on üç saatleri arasında yapılmıştır. Anketlerin bastırılması için gerekli olan 40-50 TL’lik masraf araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Araştırmanın toplam maliyetinin ise yaklaşık 500 TL’yi geçmeyeceği düşünülmekte olup, masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

Araştırmanın toplam da 4 ay içerisinde bitirileceği planlanmıştır. Buna göre araştırmanın ilk bir buçuk ayı kuramsal çerçevenin oluşturulması, anket sorularının hazırlanması için planlanırken, geri kalan iki buçuk aylık sürenin de alana çıkıp anketlerin yapılması ve raporlaştırma süreci olarak kullanılması planlanmıştır. Araştırma sürecinin dört aylık bir süre ile sınırlı tutulması, yaşanabilecek küçük bir aksilik nedeniyle araştırmanın uzamasına neden olabilecektir. Hastane ortamında hasta ve hasta yakınlarıyla yapılacak olan anketlerin güvenilirliği ve geçerliliği için, katılımcıların kendilerini baskı altında hissetmeden cevap verebilmeleri hususunda; anketlerin hastane personelinin bulunmadığı, kendilerini daha rahat hissedebilecekleri fiziksel ortamlarda yapılmasına dikkat edilecektir. Her ne kadar katılımcıların kendilerini baskı altında hissetmeden anket sorularına yansız cevap verebilmeleri için gereken önlemler alınmaya

çalışılsa da bazı hasta yakınlarının böyle bir hisse kapılarak soruları cevaplaması, araştırmanın güvenilirliği için bir risk unsuru oluşturacaktır.

4.1.4. Literatür Özeti

Yapılacak çalışma için hasta hakları ile ilgili makaleler, kitaplar ve tezler taranarak araştırma konusuna dair literatür bilgisi toplanmaya çalışılmıştır. Yapılan taramalar da araştırma konusuyla ilgili ulusal tez merkezinden toplam otuz sekiz adet yüksek lisans ve doktora tezine ulaşılmış, bunlardan on sekiz tanesi içeriği itibariyle incelemeye değer bulunmuştur. Yine konuyla ilgisi bulunan çeşitli makaleler ve kitaplar gözden geçirilmiştir.

Yapılan alan taramasında Lizbon Bildirgesi, Amsterdam Bildirgesi, Bali Bildirgesi ve Sağlık Bakanlığının yayınladığı Hasta Hakları Yönetmeliğinin araştırmacılar tarafından kuramsal çerçevede en çok başvurulmuş kaynakların başında geldiği anlaşılmıştır. 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesinde hastanın hekim seçme hakkı, onurlu bir şekilde ölme hakkı, tedaviyi kabul veya reddetme hakkı, dini veya ruhi telkin ve teselli kabul veya reddetme hakkı vb. gibi haklar gündeme getirilmiştir. 1994 yılında yayınlanan Amsterdam Bildirgesinde bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel yaşam vb. gibi haklar gündeme getirilmiştir. 1995 yılında yayınlanan Bali Bildirgesinde ise kaliteli tıbbi bakım alma, kendi kaderini belirleme, sağlık eğitimi vb. gibi haklar gündeme getirilmiştir. Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda, hasta haklarının dünyada ve ülkemizde gelişimine yer verilmeye çalışılmış, hasta hakları kavramının ortaya çıkışı Hipokrat dönemiyle ilişkilendirilerek, Hekim Andı'nın hasta hakkı kavramını da içerdiği vurgulanmaya çalışılmıştır.

2010 yılında araştırmacı Cihangir ÖZCAN tarafından yapılan bir araştırmada, hastaların 1/4'ünden fazlasına yapılan tedavi ve uygulamalar hakkında ve bu müdahalenin sonuçları hakkında bilgi verilmediği, 1/5'inden fazlasının ise tıbbi müdahale öncesinde rızasının alınmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bu araştırmada, sağlık personeli ve hastalara yönelik sorulan sorularda sadece var olan problemler tespit edilmeye çalışılmış, hastaların hasta hakları hakkında ki bilinç düzeyleri ve haklarını kullanma düzeylerini olumsuz etkileyen etmenler göz ardı edilmiştir. Yapılan araştırmalardan birkaç tanesinde ise ülkemizde ve dünyada hasta haklarının tarihsel gelişimi ve mevcut uygulamalar hakkında sadece betimleme yoluyla bilgiler verilmeye çalışılmış; yine hastaların hasta hakları hakkında ki bilinç düzeyleri ve haklarını kullanma düzeylerini olumsuz etkileyen etmenler göz ardı edilmiştir. 2013 yılında araştırmacı Funda ŞEREMET tarafından yapılan başka bir araştırmada ise hasta hakları birim çalışanlarının yaşadıkları sorunlar, birime gelen şikayetler ve hasta memnuniyeti belirlenmeye çalışılmıştır. 2006 yılında araştırmacı Songül MANGAN tarafından yapılan başka bir araştırmada, hasta ile hekim arasında otorite olduğu düşünülen ilişkinin sahada test edilmesi hedeflenmiştir. 2012 yılında araştırmacı Melek ZUBAROĞLU tarafından yapılan araştırmada, hasta hakları kurulu üyelerinin, hasta haklarına bakışları ve hasta hakları uygulaması ile ilgili bilgi düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır. 2013 yılında araştırmacı Umut YANARDAĞ tarafından yapılan başka bir araştırmada da hasta haklarının alandaki savunucularından olan hasta hakları birim sorumlularıyla görüşülerek alana ilişkin sorunlar tespit edilmeye çalışılmıştır. 2006 yılında araştırmacı Abdullah Aşkar tarafından yapılan araştırma Kütahya Devlet Hastanesinde ki hasta hakları uygulamalarıyla ilgilidir. 2003 yılında Dr. Ali Özer'in uzmanlık tezi üzerine yaptığı araştırmada ise Kayseri İl Merkezinde çeşitli hastanelerde çalışan 744 hekimin hasta hakları hakkında ki bilgi düzeyleri ve konuya yaklaşımları ölçülmeye çalışılmıştır. 2009 yılında araştırmacı Atilla Yıldırım ise Sağlık Bakanlığının kalite standartlarını hasta hakları

yönünden inceleyen literatür taramasına dayanan bir çalışma ortaya koymuştur. 2007 yılında araştırmacı Ayşe Almıla Pazarcı tarafından yapılan araştırma ise yaşanabilecek hasta hakları ihlallerinde, idarenin sağlık hizmetleri açısından hukuki sorumluluğuyla ilgilidir. 2007 yılında araştırmacı Cemal Hüseyin Güvercin ve 2010 yılında da araştırmacı Emine Arslan tarafından hasta haklarının Ülkemizde ki gelişimini araştıran bir çalışma yapılmıştır. 1993 yılında araştırmacı Gülşen Vural Takak tarafından yapılan araştırma ise hekim ve hemşirelerin hasta hakları uygulamalarıyla ilgili görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. 2008 yılında araştırmacı Halime Kaçar tarafından yapılan araştırmada ise hastanede yatan hastaların hasta hakları konusunda ki bilgi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. 2013 yılında araştırmacı Hüseyin Çotur tarafından yapılan araştırmada da hastane personeli ve hastaneye müracaat eden hastaların hasta hakları hakkında ki bilgi düzeyleri ölçülmeye çalışılmıştır. 2010 yılında araştırmacı İshak Aydemir tarafından yapılan araştırmada hasta hakları birim sorumlularının hasta hakları uygulamaları hakkında ki görüşlerine yer verilmiştir. 2012 yılında araştırmacı Mansur Nejdet Funda tarafından yapılan araştırmada ise hasta hakları kavramı insan hakları ve sağlık hakkı yönleriyle değerlendirilmeye çalışılmıştır. 2008 yılında araştırmacı Yasemin Güllüoğlu tarafından yapılan araştırmada ise hasta hakları kavramının Ülkemiz açısından yeri ve hak ihlallerinin sonuçları üzerinde durulmuştur.

Yukarıda da görüldüğü gibi hasta hakları kavramı farklı anabilim dallarına bağlı çeşitli araştırmacılar tarafından farklı yönleriyle ele alınmaya çalışılmıştır. Bu kavram işletme anabilim dalı, halk sağlığı anabilim dalı, kamu hukuku anabilim dalı, deontoloji anabilim dalı, sosyal hizmet anabilim dalı, işletme yönetimi anabilim dalı, hemşirelikte yönetim anabilim dalı, hemşirelik anabilim dalı, cerrahi hastalıkları hemşireliği anabilim dalı, insan hakları anabilim dalı, sosyoloji anabilim dalı, hukuk

anabilim dalı vb. gibi birçok anabilim dalının da kendileri açısında değerlendirilmesini beraberinde getirmiştir. Burada dikkat çeken bir nokta ise Ülkemizde sosyoloji anabilim dalının bu alanla ilgili araştırma ve çalışmalarının azlığıdır. İnsanı konu edinenin, sosyal bir bilim dalı olan sosyolojinin bu alana eğilmesi, sağlık sosyolojisinin Ülkemizde kendisine yer edinmesini sağlayacağı gibi bu mesleğe gönül veren sosyologların bu alanda ki etkinliğini daha da arttıracaktır.

Yukarıda bahsettiğimiz araştırmalar hasta hakları kavramını değişik yönleriyle incelese de bu araştırmanın konusu olan hasta ve hasta yakınlarının, hasta hakları hakkında ki bilinç düzeyleri ve haklarını kullanma düzeylerini olumsuz etkileyen etmenlerin göz ardı edildiği düşünülmektedir.

Hasta hakları kavramı ile ilgili yayınlanan önemli makaleler arasında ise şunlar sıralanabilir: Kerime Derya Taşçı tarafından hazırlanan 2006 kabul tarihli “Doğum Yapan Hastaların Aldıkları Bakımı Hasta Hakları Açısından Değerlendirmeleri” adlı çalışma, Nadiye Özer, Zeynep Karaman Özlü, Serdar Sarıtaş tarafından hazırlanan 2009 kabul tarihli “Cerrahi Kliniklerde Tedavi Gören Hastalar Haklarını Biliyorlarmı?” adlı çalışma, Sedat Bostan tarafından hazırlanan 2008 kabul tarihli “Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği” adlı çalışma, Nizamettin Aydın tarafından hazırlanan 2008 kabul tarihli “Hasta Haklarının Hukuki Boyutu Ve Korunma Yolları” adlı çalışma, Ayfer Zengin, Ahmet Emin Erbaycu, Aydan Mertoğlu, Ergün Yazıcı, Hüseyin Çetinalp tarafından hazırlanan 2012 kabul tarihli “Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyimi” adlı çalışma, Haluk Tanrıverdi tarafından hazırlanan 2012 tarihli “Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi” adlı çalışma ve son olarak Ayten

Zaybak, İsmet Eşer, Elif Günay İsmailoğlu tarafından hazırlanan 2012 kabul tarihli “Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi” adlı çalışmadır.

İçeriği itibariyle hasta haklarını konu edinen Gültezer Hatırnaz Erol tarafından kaleme alınan “Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları” isimli kitap, Mustafa Sütlaş’a ait “Hasta Ve Hasta Yakını Hakları” isimli kitap, Suna Akyıldız ve Hasan Özkan’a ait “Hasta-Hekim Hakları Ve Davaları” isimli kitap, Tefik Özlü’ye ait “Hasta Hakları Hakkınız Var Çünkü Hastasınız” isimli kitap ve Gürkan Sert’e ait “Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde” isimli kitaplar önemlidir.

4.2. ARAŞTIRMA BULGULARI VE BULGULARIN ANALİZİ

4.2.1. Demografik Göstergeler/Bulgular

4.2.2. Araştırmaya Katılanların Hastaya Yakınlık Derecesi/ Cinsiyet/ Yaş/ Eğitim Bulguları

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan hastaya yakınlık derecesine bakıldığında, bunlardan 47’sinin (% 58.8) hastanın annesi olduğu, 23’ünün (28.8) babası olduğu ve 10 kişinin ise diğer yakınları olduğu anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan cinsiyet dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 48’inin (% 60) kadın, 32’sinin (% 40) ise erkek olduğu anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların aşağıda ki tablo ve grafikte yer alan yaş dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 36'sının (% 45.0) 18-35 yaş arasında, 31'inin (% 38.8) 35-45 yaş arasında, 12'sinin (% 15.0) 45-65 yaş arasında, 1 kişinin ise (% 1.3) 65 ve üstü bir yaşta olduğu anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan eğitim durumu dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 1'inin (% 1.3) okur yazar olmadığı, 53'ünün (% 66.3) ilköğretim mezunu, 15'inin (%18.8) lise mezunu ve 11 kişinin de (% 13.8) üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Hastaya Yakınlık Derecesi/ Cinsiyet/ Yaş/ Eğitim Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	%	Yakınlık	Sayı	%	Yaş	Sayı	%	Eğitim	Sayı	%
Kadın	48	60,0	Annesi	47	58,8	18-35 Arası	36	45,0	Okur-yazar değil	1	1,3
			Babası	23	28,8	35-45 Arası	31	38,8	İlköğretim	53	66,3
Erkek	32	40,0	Diğer	10	12,5	45-65 Arası	12	15,0	Lise	15	18,8
						65 +	1	1,3	Üniversite	11	13,8
Total	80	100,0	Total	80	100,0	Total	80	100,0	Total	80	100,0

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan geldiği yere göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 40'ının (% 50) il içinden, 40'ının ise (% 50) il dışından geldiği anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan konut tipine göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 29'unun (% 36.3) müstakil bir evde, 50'sinin (% 62.5) apartman dairesinde ve 1 tanesinin de (% 1.3) site içi dairede yaşadığı anlaşılmıştır.

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan gelir durumuna göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 43'ünün (% 53.8) 0-1000 TL arası, 25'inin (% 31.3) 1000-2000

TL arası, 9'unun (% 11.3) 2000-3000 TL arası ve 3'ünün de (% 3.8) 3000 TL ve üzeri geliri olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 2: Araştırmaya Katılanların Geldiği Yer/ Konut Tipi/ Gelir Durumu Dağılımları

Geldiği Yer	Sayı	%	Konut Tipi	Sayı	%	Gelir Durumu	Sayı	%
İl İçi	40	50,0	Müstakil Ev	29	36,3	0-1000 TL	43	53,8
			Apartman Dairesi	50	62,5	1000-2000 TL	25	31,3
İl Dışı	40	50,0	Site İçi Daire	1	1,3	2000-3000 TL	9	11,3
						3000+ TL	3	3,8
Total	80	100,0	Total	80	100,0	Total	80	100,0

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan hastalarının cinsiyetine göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 30'unun (% 37.5) kız çocuğu, 50'sinin ise (% 62.5) erkek çocuğu olduğu anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan hastalarının yaşına göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 29'unun (% 36.3) 0-5 yaş arasında, 21'inin (%26.3) 5-10 yaş arasında 17'sinin (% 21.3) 10-15 yaş arasında ve 13'ünün de (16.3) 15-18 yaş arasında olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Hastalarına İlişkin Cinsiyet ve Yaş Dağılımları

Cinsiyet	Sayı	%	Yaş	Sayı	%
Kadın	30	37,5	0-5 Arası	29	36,3
			5-10 Arası	21	26,3
Erkek	50	62,5	10-15 Arası	17	21,3
			15-18 Arası	13	16,3
Total	80	100,0	Total	80	100,0

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan hastalarının teşhisine göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 64'ünün (% 80.0) kanser hastası olduğu, 7'sinin (% 8.8) bağışıklık sistemi rahatsızlığı ve 9'unun da (% 11.3) kanla ilgili hematolojik rahatsızlığı olduğu anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların aşağıda ki tabloda yer alan hastalarının tedavi süresine göre dağılımlarına bakıldığında, bunlardan 29'unun (% 36.3) 0-6 aydır, 12'sinin (% 15.0) 6-12 aydır, 8'inin (% 10.0) 1-2 yıldır, 3'ünün (% 3.8) 2-3 yıldır ve 28'inin de (% 35.0) 3 yıl ve üzeri tedavi gördüğü anlaşılmaktadır.

Tablo 4: Araştırmaya Katılanların Hastalarına Konulan Teşhis ve Tedavi Süreleri Dağılımları

Teşhis	Sayı	%	Tedavi Süreleri	Sayı	%
Kanser	64	80,0	0-6 Ay	29	36,3
Bağışıklık Sistemi Rahatsızlıkları	7	8,8	6-12 Ay	12	15,0
			1-2 Yıl	8	10,0
Kanla İlgili Hematolojik Rahatsızlıklar	9	11,3	2-3 Yıl	3	3,8
			3+ Yıl	28	35,0
Total	80	100,0	Total	80	100,0

4.2.3. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Oransal Dağılım Bilgileri

Ankete katılanların, hastaya yakınlık derecesine göre tablo 5'de yer alan hasta hakları hakkındaki bilgisine bakıldığında, bunlardan 8 (%10,0) hasta annesinin söz konusu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılırken, 39 (%48,8) hasta annesinin bilgisi olmadığı anlaşılmıştır. Yine bu soruyu cevaplayan toplam 23 hasta babasından, 4'ünün (%5,0) söz konusu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılırken, 19 (%23,8) hasta babasının bilgisi olmadığı anlaşılmıştır. Hastaya yakınlık derecesi diğer olan kişilerden, bu

soruya evet cevabını veren kişi sayısı sadece 2 (%2,5) iken, hayır cevabını veren kişi sayısı 8'dir (%10,0). Buna göre ankete katılan 80 kişi arasından bu soruya evet cevabı veren 14 hasta yakınının, genel toplam içindeki oranı sadece % 17,5'dir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları

Yakınlık Derecesi	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Var	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Yok	Toplam
Annesi	8 (% 10,0)	39 (% 48,8)	47
Babası	4 (% 5,0)	19 (% 23,8)	23
Diğer	2 (% 2,5)	8 (% 10,0)	10
Toplam	14 (% 17,5)	66 (% 82,5)	80

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, hastaya yakınlık derecesine göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, bunlardan 6 hasta annesinin soruya “biraz”, 1 hasta annesinin “yeteri kadar” ve 1 hasta annesinin de “iyi” düzeyde bilgilim var şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Yine bu soruya cevaplayan 4 babadan 1’isinin “az” düzeyde, 3 tanesinin de “biraz” düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmıştır. Hastaya yakınlık derecesi diğer olan kişilerden bu soruyu cevaplayan 2 kişiden 2’sinin de “biraz” düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmıştır. Buna göre bu soruyu cevaplayan 14 hasta yakını arasından 11’i “biraz” bilgilim var, 1 hasta yakını “az”, 1 hasta yakını “yeteri kadar” ve 1 hasta yakını da “iyi” düzeyde bilgilim var şeklinde cevap vermiştir.

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, hastaya yakınlık derecesine göre hasta hakları hakkındaki bilgiyi

nereden edindiklerine bakıldığında, bunlardan 3 hasta annesinin internet, 1 hasta annesinin kulaktan dolma bilgiler, 1 hasta annesinin kamu kurumu eczacısıyım, 2 hasta annesinin hastane içi bilgilendirme broşürleri ve 1 hasta annesinin de televizyon cevabını verdiği anlaşılmaktadır. Ankete katılan babalardan bu soruya 1 tanesi kulaktan dolma bilgiler, 2 tanesi hastane içi bilgilendirme broşürleri ve 1 tanesi de televizyon cevabını vermiştir. Ankete katılan diğer hasta yakınlarından 2 tanesi de kulaktan dolma bilgiler şeklinde cevap vermiştir. Buna göre bu soruyu cevaplayan 14 kişi arasında, en fazla verilen cevap 4'er kişiyle kulaktan dolma bilgiler ve hastane içi bilgilendirme broşürleri olmuştur. Sonrasında ise 3 kişiyle internet, 2 kişiyle televizyon ve 1 kişiyle de kamu kurumu eczacısıyım cevabı verilmiştir.

Ankete katılanların, teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerinde nereye başvurulacağına ilişkin sorulan soruya verdikleri cevap için tablo 6'ya bakıldığında, bunlardan 18 (%22,5) hasta yakınının evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği, 62 (%77,5) hasta yakınının ise hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği görülmektedir.

Tablo 6: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yakınlık Derecesi	İstek ve Şikâyet Başvurusunun Nereye Yapılacağını Biliyorum	İstek ve Şikâyet Başvurusunun Nereye Yapılacağını Bilmiyorum	Toplam
Annesi	9 (% 11,2)	38 (% 47,5)	47
Babası	8 (% 10,0)	15 (% 18,8)	23
Diğer	1 (% 1,2)	9 (% 11,2)	10
Toplam	18 (%22,5)	62 (% 77,5)	80

İstek ve şikâyetlerde nereye başvurulacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan sadece 2 hasta yakını olduğu, 16 hasta yakınının ise daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 2 kişinin de müracaatın sonucundan memnun kaldığı anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların, hastaya yakınlık derecesine göre daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edinip edinmediklerine ilişkin tablo 7’de yer alan bilgilere bakıldığında, ankete katılanların tamamının daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi edinen hasta yakınlarının sayısına bakıldığında ise bunlardan 47’sinin (% 58,8) hastaların annesi olduğu, 23’ünün (% 28,8) babası olduğu, 10’unun (% 12,5) ise hastaların diğer yakınları olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yakınlık Derecesi	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Aldım	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Almadım	Toplam
Annesi	47 (% 58,8)	0	47
Babası	23 (% 28,8)	0	23
Diğer	10 (% 12,5)	0	10
Toplam	80 (% 100)	0	80

Ankete katılanların, hastaya yakınlık derecesine göre hastalık süreciyle ilgili edindikleri bilginin memnuniyet düzeylerine tablo 8’den bakıldığında, bunlardan 43 (%53,8) hasta annesinin hastalık süreciyle ilgili edindiği bilgidan “çok” tatmin olduğu, 2 tanesinin “az”, 1 tanesinin “biraz” ve 1 tanesinin de “oldukça” tatmin olduğu anlaşılmaktadır. Yine ankete katılan

babalardan 18 (%22,5) tanesi hastalık süreciyle ilgili edindikleri bilginin kendilerini çok tatmin ettiğini belirtirken, 1 tanesi az, 3 tanesi biraz ve 1 tanesi de oldukça cevabını vermiştir. Ankete katılan diğer hasta yakınlarından 8 (%10,0) tanesi hastalık süreciyle ilgili edindikleri bilginin kendilerini çok tatmin ettiğini belirtirken, 1 tanesi az ve 1 tanesi de oldukça tatmin ettiğini belirtmiştir.

Buna göre ankete katılan toplam 80 kişi arasında hastalık süreciyle ilgili edindikleri bilginin kendilerini “çok” tatmin ettiğini belirten 69 (% 86,2) hasta yakını varken, “az” ve “biraz” cevabını veren 4’er (% 5,0) hasta yakını ve “oldukça” cevabını veren 3 (% 3,8) hasta yakını vardır.

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hastalık Sürecinde Edindikleri Bilginin Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Elde Edilen Dağılımları

Yakınlık Derecesi	Memnuniyet Derecesi				Toplam
	Az	Biraz	Oldukça	Az	
Annesi	2	1	1	43 (%53,8)	47 (%58,8)
Babası	1	3	1	18 (%22,5)	23 (%28,8)
Diğer	1	0	1	8 (%10,0)	10 (%12,5)
Toplam	4(%5,0)	4(%5,0)	3(%3,8)	69(%86,2)	80 (%100)

Ankete katılanların ihtiyaç halinde hastalık süreciyle ilgili bilgi edinmek için tekrar herhangi bir sağlık personeliyle görüşme yapıp yapmayacaklarına tablo 9’dan bakıldığında ise, bunlardan 77 (% 96,2) hasta yakınının evet cevabını verdiği, 3 (% 3,8) hasta yakınının ise hayır cevabını verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 9: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinmek İçin Tekrar Görüşme Yapıp Yapmayacaklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yakınlık Derecesi	Görüşme Yapmak İsterim		Toplam
	Evet	Hayır	
Annesi	47(%58,8)	0	47(% 58,8)
Babası	21(%26,2)	2	23(% 28,8)
Diğer	9(%11,2)	1	10(%12,5)
Toplam	77(%96,2)	3(%3,8)	80(%100,0)

Ankete katılan 80 kişi arasından hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten sadece 14 hasta yakını varken, hastalık süreciyle ilgili bilgi alan 80 kişi olduğu görülmektedir. Buda bize bireylerin hasta hakları hakkında sahip olduğu bilgi ve bilinç düzeylerinin, haklarını kullanma düzeylerini bu hak için etkilemediğini göstermektedir.

Tablo 10'a bakıldığında, ankete katılan sadece 7 (% 8,8) hasta yakınının daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığı, 73 (% 91,2) kişinin ise daha önce herhangi bir tartışma yaşamadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 10: Araştırmaya Katılanların, Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yakınlık Derecesi	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşadım	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşamadım	Toplam
Annesi	4 (% 5,0)	43 (% 53,8)	47
Babası	2 (% 2,5)	21 (% 26,2)	23
Diğer	1 (% 1,2)	9 (% 11,2)	10
Toplam	7 (% 8,8)	73 (% 91,2)	80

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesi yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğunu belirtirken, 4 hasta yakını ise herhangi bir müracaat başvurusunda bulunmadığını belirtmiştir. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından sadece 1 tanesi “biraz” memnun kaldığını belirtirken, 2 hasta yakını da “oldukça” şeklinde cevap vermiştir. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından 2 tanesi ikinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini belirtirken, 1 hasta yakını ise tekrar müracaatta bulunmayacağını belirtmiştir.

4.2.4. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Yaş Gruplarına Göre Oransal Dağılım Bilgileri

Ankete katılanları yaş gruplarına göre hasta hakları bilgisi bulgularına tablo 11’den bakıldığında, 18-35 yaş arası 6 (% 7,5) kişi bilgisi olduğunu beyan ederken, 30 (% 37,5) kişi bilgisi olmadığını belirtmiştir. Yine 35-45 yaş arası 7 (% 8,8) kişi bilgisi olduğunu beyan ederken, 24 (% 30,0) kişi bilgisi olmadığını belirtmiştir. 45-65 yaş arası sadece 1 (%1,2) kişi bilgisi olduğunu beyan ederken, 11 (% 13,8) kişi bilgisi olmadığını belirtmiştir. 65 yaş ve üstünde ise sadece 1 kişi söz konusu haklara ilişkin herhangi bir bilgisi olmadığını beyan etmiştir. Ankete katılan 80 kişi arasından 7 kişiyle en büyük grubu oluşturan 35-45 arası yaş grubunun evet diyenler arasında ki oranı % 50,0, 6 kişiyle ikinci olan 18-35 arası yaş grubunun evet diyenler arasında ki oranı % 42,9 ve son olarak 1 kişiyle 45-65 arası yaş grubunun evet diyenler arasında ki oranı ise % 7,1’dir.

Tablo 11: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları

Yaşınız Kaç	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Var	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Yok	Toplam
18-35 Arası	6 (% 7,5)	30 (% 37,5)	36
35-45- Arası	7 (% 8,8)	24 (% 30,0)	31
45-65 Arası	1 (% 1,2)	11 (% 13,8)	12
65+	0	1 (% 1,2)	1
Toplam	14 (% 17,5)	66 (% 82,5)	

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, yaş gruplarına göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeylerine bakıldığında, bunlardan 18-35 arası yaş grubundan 6 kişi soruya biraz bilgim var şeklinde cevap vermiştir. Yine 35-45 arası yaş grubundan bu soruya cevaplayan 1 kişi “az” düzeyde, 4 kişi “biraz”, 1 kişi “yeteri kadar” ve 1 kişide “iyi” düzeyde bilgim var şeklinde cevap vermiştir. 45-65 arası yaş grubundan ise sadece 1 kişi “biraz” bilgim var şeklinde cevap vermiştir. Buna göre bu soruya “biraz” bilgim var şeklinde cevap veren 11 hasta yakını arasından 6’sı 18-35 yaş grubundan, 4’ü 35-45 yaş grubundan, 1’i ise 45-65 yaş grubundandır. Bu soruya “az”, “yeteri” kadar ve “iyi” düzeyde bilgim var şeklinde cevap veren ise sadece 1’er kişi vardır.

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, yaş gruplarına göre hasta hakları hakkındaki bilgiyi nereden edindiklerine bakıldığında, bunlardan 18-35 yaş grubundan 2 hasta yakını internet, 3 hasta yakını kulaktan dolma bilgiler, 1 hasta yakını ise televizyon cevabını vermiştir. Ankete katılan 35-45 yaş grubundan 1’er hasta yakını kulaktan dolma bilgiler, televizyon ve kamu kurumu eczacısıym şeklinde cevap verirken, 4 hasta yakını ise hastane içi bilgilendirme broşürleri cevabını vermiştir. Ankete katılan 45-65 yaş grubundan 1 tane hasta yakını da internet şeklinde cevap vermiştir. Buna göre bu soruya en fazla verilen cevaplar arasında 4’er kişiyle kulaktan dolma bilgiler ve hastane içi bilgilendirme broşürleri yer alırken, 3 kişi internet, 2 kişi televizyon ve 1 kişide kamu kurumu eczacısıym şeklinde cevap vermiştir

Ankete katılanların, yaş gruplarına göre daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edinip edinmediklerine ilişkin tablo 12’de yer alan bilgilere bakıldığında, ankete katılanların tamamının daha önce bir sağlık personelinden hastalık süreciyle ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi edinen hasta yakınlarının yaş gruplarına göre sayısına bakıldığında ise bunlardan 36’sının (% 45,0) 18-35 arası yaş grubundan, 31’inin (% 38,8) 35-45 arası yaş grubundan, 12’sinin (% 15,0) 45-65 arası yaş grubundan ve 1 (% 1,2) kişinin de 65 yaş ve üstü yaş grubundan olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 12: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yaşınız Kaç	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Aldım	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Almadım	Toplam
18-35 Arası	36 (% 45,0)	0	36
35-45- Arası	31 (% 38,8)	0	31
45-65 Arası	12 (% 15,0)	0	12
65+	1 (% 1,2)	0	1
Toplam	80 (% 100)	0	80

Ankete katılanların, yaş gruplarına göre teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerinde nereye başvurulacağına ilişkin sorulan soruya verdikleri cevap için tablo 13’de yer alan bilgilere bakıldığında, bunlardan 18-35 arası yaş grubundan 8 (% 10,0) kişinin evet biliyorum cevabını verdiği anlaşılrken, 28 (% 35,0) kişinin hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. 35-45 arası yaş grubundan 6 (% 7,5) kişinin evet biliyorum cevabını verdiği anlaşılrken, 25 (% 31,2) kişinin hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. 45-65 arası yaş grubundan 4 (% 5,0) kişinin evet biliyorum cevabını verdiği anlaşılrken, 8 (% 10,0) kişinin hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. 65 yaş ve üstü yaş grubundan ise sadece 1 (% 1,2) kişinin hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Buna göre bu soruya evet cevabını veren 18 kişi arasında en yüksek oran, 8 kişiyle 18-35 yaş grubuna aitken, ikinci olarak en yüksek oran, 6 kişiyle

35-45 arası yaş grubuna aittir. 45-65 arası yaş grubundan bu soruyu cevaplayan 8 kişiden 4'ünün ise evet cevabını verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 13: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yaşınız Kaç	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Biliyorum	İstek ve Şikâyet Başvurusunun Nereye Yapılacağını Bilmiyorum	Toplam
18-35 Arası	8 (% 10,0)	28 (% 35,0)	36
35-45- Arası	6 (% 7,5)	25 (% 31,2)	31
45-65 Arası	4 (% 5,0)	8 (% 10,0)	12
65+	0	1 (% 1,2)	1
Toplam	18 (% 22,5)	62 (% 77,5)	80

İstek veya şikâyet söz konusu olduğunda nereye başvurulacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 2 hasta yakınından sadece birisi 18-35 arası yaş grubuna aitken, 1 kişide 35-45 arası yaş grubuna aittir. Hayır, cevabını veren 16 hasta yakını arasından 7'si 18-35 arası yaş grubuna, 5'i 35-45 yaş grubuna, 4'ü ise 45-65 arası yaş grubuna aittir.

Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 18-35 ve 35-45 arası yaş grubundan 1'er hasta yakınının yaptığı müracaatın sonucundan memnun kaldığı anlaşılmaktadır.

Tablo 14'e bakıldığında ankete katılan sadece 7 (% 8,8) kişinin daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığı, 73 (% 91,2) kişinin ise herhangi bir tartışma yaşamadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığına belirten 7 hasta yakınından 4'ü (% 5,0) 18-35 arası yaş grubuna aitken, 3'ü ise (% 3,8) 35-45 arası yaş grubuna aittir.

Tablo 14: Araştırmaya Katılanların, Yaş Gruplarına Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yaşınız Kaç	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşadım	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşamadım	Toplam
18-35 Arası	4 (% 5,0)	32 (% 40,0)	36
35-45- Arası	3 (% 3,8)	28 (% 35,0)	31
45-65 Arası	0	12 (% 15,0)	12
65+	0	1 (% 1,2)	1
Toplam	7 (% 8,8)	73 (% 91,2)	80

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesinin yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu, 4 hasta yakınının ise herhangi bir müracaat da bulunmadığı anlaşılmıştır. Yaşadığı tartışmayla ilgili müracaatta bulunduğunu belirten 3 hasta yakınından 1 tanesinin 18-35 arası yaş grubuna ait olduğu, 2 tanesinin de 35-45 arası yaş grubuna ait olduğu anlaşılmaktadır.

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından, 35-45 arası yaş grubunda olan sadece 1 tanesinin “biraz” memnun kaldığını anlaşılrken, 18-35 ve 35-45 arası yaş gruplarından da 1’er hasta yakınının “oldukça” memnun kaldığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından 2 tanesi ikinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini belirtirken, 1 hasta yakını ise tekrar müracaatta bulunmayacağını belirtmiştir. İkinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini belirten 2 hasta yakınından 1 tanesinin 18-35 arası yaş grubuna ait olduğu anlaşılrken, 1 tanesinin de 35-45 arası yaş grubuna ait olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.5. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Eğitim Durumlarına Göre Oransal Dağılım Bilgileri

Ankete katılanların, eğitim durumlarına göre tablo 15’de yer alan hasta hakları hakkındaki bilgisine bakıldığında, okur-yazar olmayan 1 (% 1,2) kişinin bu haklara ilişkin herhangi bir bilgisinin olmadığı anlaşılmaktadır. İlköğretim mezunu olan 53 kişiden 6’sının (% 7,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 47 (% 58,8) kişinin bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Lise mezunu olan 15 kişiden 2’sinin (% 2,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 13 (% 16,2) kişinin bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Üniversite mezunu olan 11 kişiden 6’sının (% 7,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 5 (% 6,2) kişinin ise bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak araştırmaya katılan üniversite mezunlarının yarısından fazlasının bu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılrken, lise mezunları arasında bu oran ilköğretim mezunlarının biraz üzerindedir. Bu araştırmanın sonucundan eğitim düzeyi yükseldikçe söz konusu haklara ilişkin bilgi sahibi olan bireylerin sayısında bir artış olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 15: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları

Eğitim Durumu	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Var	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Yok	Toplam
Okur-yazar Değil	0	1 (% 1,2)	1
İlköğretim	6 (% 7,5)	47 (% 58,8)	53
Lise	2 (% 2,5)	13 (% 16,2)	15
Üniversite	6 (% 7,5)	5 (% 6,2)	11
Toplam	14 (% 17,5)	66 (% 82,5)	80

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, eğitim durumlarına göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, bunlardan ilköğretim mezunu toplam 6 kişiden 5'inin "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1 kişinin ise "yeteri kadar" bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Lise mezunu toplam 2 kişiden 1'inin "az" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1'inin de "yeteri kadar" bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Üniversite mezunu toplam 6 kişiden 5'inin "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1 kişinin ise "iyi" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan üniversite mezunlarının yarısından fazlasının bu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılsa da, bilgi düzeyi olarak ilköğretim ve üniversite mezunları arasında herhangi bir fark görülmemektedir.

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, eğitim durumlarına göre hasta hakları hakkındaki bilgiyi nereden edindiklerine bakıldığında, bunlardan ilköğretim mezunu 6 kişiden 3'ünün hastane içi bilgilendirme broşürleri şeklinde cevap verdiği anlaşılrken, 1'er kişinin de internet, kulaktan dolma bilgiler ve televizyon şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Lise mezunu 2 kişiden 1'inin internet şeklinde cevap verdiği, 1'inin de kulaktan dolma bilgiler şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Üniversite mezunu 6 kişiden 2'sinin kulaktan dolma bilgiler şeklinde

cevap verdiği anlaşılrken, 1’er kişinin de internet, kamu kurumu eczacısıyım, hastane içi bilgilendirme broşürleri ve televizyon şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Buna göre üniversite ve ilköğretim mezunu bütün bireylerin bilgi edinme kaynaklarının hemen hemen hepsinden faydalandığı anlaşılmaktadır.

Ankete katılanların, eğitim durumlarına göre daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edinip edinmediklerine ilişkin tablo 16’da yer alan bilgilere bakıldığında, ankete katılanların tamamının daha önce bir sağlık personelinden hastalık süreciyle ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi edinen hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre sayısına bakıldığında ise bunlardan 53’ünün (% 66,2) ilköğretim mezunu olduğu, 15’inin (% 18,8) lise mezunu olduğu, 11’inin (% 13,8) üniversite mezunu olduğu ve 1’inin de (% 1,2) okur-yazar olmadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 16: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Eğitim Durumu	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Aldım	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Almadım	Toplam
Okur-yazar Değil	1 (% 1,2)	0	1
İlköğretim	53 (% 66,2)	0	53
Lise	15 (% 18,8)	0	15
Üniversite	11 (% 13,8)	0	11
Toplam	80 (% 100)	0	80

Ankete katılanların, eğitim durumlarına göre teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerinde nereye başvurulacağına ilişkin sorulan soruya verdikleri cevap için tablo 17’de yer alan bilgilere bakıldığında, bunlardan ilköğretim mezunu toplam 53 kişiden 41’inin (% 51,2) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 12’sinin (% 15,0) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Lise mezunu

toplam 15 kişiden 13'ünün (% 16,2) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 2'sinin (%2,5) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Üniversite mezunu toplam 11 kişiden 7'sinin (% 8,8) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 4'ünün (% 5,0) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Okur-yazar olmayan 1 (% 1,2) kişinin ise hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 17: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Eğitim Durumu	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Biliyorum	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Bilmiyorum	Toplam
Okur-yazar Değil	0	1 (% 1,2)	1
İlköğretim	12 (% 15,0)	41 (% 51,2)	53
Lise	2 (% 2,5)	13 (% 16,2)	15
Üniversite	4 (% 5,0)	7 (% 8,8)	11
Toplam	18 (% 22,5)	62 (% 77,5)	80

Eğitim durumlarına göre istek ve şikâyetlerde nereye başvurulacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan sadece 2 hasta yakını bulunduğu, 16 hasta yakınının ise daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 2 hasta yakınından 1'isinin ilköğretim mezunu olduğu, 1'isinin de üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığını belirten 16 hasta yakınından 11'inin ilköğretim mezunu olduğu, 3'ünün üniversite mezunu olduğu ve 2'sinin de lise mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet

başvurusunda bulunup, sonuçtan memnun kaldığını belirten toplam 2 kişiden 1'inin ilköğretim, 1'inin ise üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 18'e bakıldığında ankete katılan sadece 7 (% 8,8) kişinin daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığı, 73 (% 91,2) kişinin ise herhangi bir tartışma yaşamadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığına belirten 7 hasta yakınından 4'ünün (% 5,0) ilköğretim mezunu olduğu, 2'sinin (% 2,5) üniversite mezunu olduğu, 1'inin (%1,2) ise lise mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 18: Araştırmaya Katılanların, Eğitim Durumlarına Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Eğitim Durumu	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşadım	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşamadım	Toplam
Okur-yazar Değil	0	1 (% 1,2)	1
İlköğretim	4 (% 5,0)	49 (% 61,2)	53
Lise	1 (% 1,2)	14 (% 17,5)	15
Üniversite	2 (% 2,5)	9 (% 11,2)	11
Toplam	7 (% 8,8)	73 (% 91,2)	80

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesinin yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu, 4 hasta yakınının ise herhangi bir müracaat da bulunmadığı anlaşılmaktadır. Yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğunu belirten 3 hasta yakınından 1 tanesinin üniversite mezunu

olduğu, 2 tanesinin ise ilköğretim mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından, İlköğretim mezunu 1 tanesinin “biraz” memnun kaldığı, 1 tanesinin ise “oldukça” memnun kaldığı anlaşılrken, üniversite mezunu 1 hasta yakınının ise “oldukça” memnun kaldığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp, müracaatta bulunan 3 hasta yakınından 2 tanesinin, ikinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini anlaşılrken, 1 hasta yakınının ise tekrar müracaatta bulunmayacağı anlaşılmaktadır. İkinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini belirten 2 hasta yakınından 1 tanesinin ilköğretim mezunu olduğu anlaşılrken, 1 tanesinin ise üniversite mezunu olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.6. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Yaşadıkları Yere Göre Oransal Dağılım Bilgileri

Ankete katılanların, yaşadıkları yere göre tablo 19’da yer alan hasta hakları hakkındaki bilgisine bakıldığında, il merkezinde yaşayan toplam 57 kişiden (% 71,2) 10’unun (% 12,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılrken, 47’sinin (% 58,8) ise bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. İlçe merkezinde yaşayan toplam 10 kişiden (% 12,5) sadece 1’inin (% 1,2) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 9 (% 11,2) kişinin bu haklar hakkında bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Köyde yaşayan 8 (%10,0) kişiden sadece 1’inin (% 1,2) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 7 (% 8,8) kişinin bu haklar hakkında bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Kasabada yaşayan 5 (% 6,2) kişiden 2’sinin (% 2,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 3 (% 3,8) kişinin bu haklar hakkında bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır.

Sonuç olarak il merkezinde yaşayarak, bu araştırmaya katılan 10 kişiden yaklaşık olarak 2’sinin, söz konusu haklara dair bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. İlçe merkezinde yaşayan 10 kişiden 1’inin, kasabada yaşayan 10 kişiden ise 4’ünün söz konusu haklara dair bilgisi

olduğu anlaşılmıştır. Köyde yaşayanlardan söz konusu haklara dair bilgisi olan kişi sayısı ise onda birin biraz üzerindedir. Sonuçlardan da anlaşılabacağı üzere insanların yaşadığı yere göre bu haklara dair bilgisi çok büyük değişiklikler göstermemektedir. Bunda günümüzde hızla gelişen iletişim araçlarının da büyük etkisi olduğu söylenebilir.

Tablo 19: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları

Yaşanan Yer	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Var	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Yok	Toplam
İl Merkezi	10(% 12,5)	47 (% 58,8)	57
İlçe Merkezi	1 (% 1,2)	9 (% 11,2)	10
Kasaba	2 (% 2,5)	3 (% 3,8)	5
Köy	1 (% 1,2)	7 (% 8,8)	8
Toplam	14 (% 17,5)	66 (% 82,5)	80

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, yaşadıkları yere göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, bunlardan il merkezinde yaşayan toplam 10 kişiden 7’sinin “biraz” düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, ayrı ayrı 1’er kişinin ise “az”, “yeteri kadar”, “iyi” düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Kasaba merkezinde yaşayan toplam 2 kişiden 2’sinde “biraz” düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. İlçe merkezi ve köyde yaşayan 1’er kişinin ise “biraz” düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları yere göre söz konusu haklar hakkında ki toplam bilgi düzeyi en yüksek “biraz” olarak belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre araştırmaya katılanların yaşadıkları yere göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyleri arasında belirgin bir fark görülmemektedir.

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, yaşadıkları yere göre hasta hakları hakkındaki bilgiyi nereden edindiklerine bakıldığında, bunlardan il

merkezinde yaşıyan toplam 10 kişiden 3'ünün hastane içi bilgilendirme broşurleri, 3'ünün kulaktan dolma bilgiler, 2'sinin televizyon, 1'er kişinin de internet ve kamu kurumu eczacısıym şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. İlçe merkezi ve köyde yaşıyan 1'er kişinin ise internet şeklinde cevap verdiği anlaşılmıştır. Kasabada yaşıyan 2 kişiden 1'inin kulaktan dolma bilgiler şeklinde cevap verdiği, 1'ininde hastane içi bilgilendirme broşurleri şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Bu sonuçlara göre bu soruyu cevaplayan 14 kişiden 10'unun il merkezinde yaşadığı ve bu kişilerin bütün bilgi edinme kaynaklarından faydalandığı görülmektedir. İl merkezinde yaşıyanların en fazla faydalandığı bilgi kaynakları arasında ise 3'er kişiyle kulaktan dolma bilgiler ve hastane içi bilgilendirme broşurleri gelmektedir. Diğer yerleşim yerlerinde yaşıyan kişilerin ise 1'er kişiyle farklı cevaplar verdiği görülmektedir. Bütün yerleşim yerlerinde yaşıyan kişilerin en çok verdikleri cevaplar arasında 4'er kişiyle kulaktan dolma bilgiler ve hastane içi bilgilendirme broşurleri gelirken, ikinci sırada 3 kişiyle internet ve son olarak ise 2 kişiyle televizyon cevabı gelmektedir.

Ankete katılanların, yaşadıkları yere göre daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edinip edinmediklerine ilişkin tablo 20'de yer alan bilgilere bakıldığında, ankete katılanların tamamının daha önce bir sağlık personelinden hastalık süreciyle ilgili bilgi aldıkları görülmektedir. Bilgi edinen hasta yakınlarının yaşadıkları yere göre sayısına bakıldığında ise bunlardan 57'sinin (% 71,2) il merkezinde yaşadığı, 10'unun (% 12,5) ilçe merkezinde yaşadığı, 5'inin (% 6,2) kasabada yaşadığı ve 8'inin de (% 10,0) köyde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 20: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yaşanan Yer	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Aldım	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Almadım	Toplam
İl Merkezi	57 (% 71,2)	0	57
İlçe Merkezi	10 (% 12,5)	0	10
Kasaba	5 (% 6,2)	0	5
Köy	8 (% 10,0)	0	8
Toplam	80 (% 100)	0	80

Ankete katılanların, yaşadıkları yere göre teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerinde nereye başvurulacağına ilişkin sorulan soruya verdikleri cevap için tablo 21’de yer alan bilgilere bakıldığında, il merkezinde yaşayan toplam 57 kişiden 47’sinin (% 58,8) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 10’unun (% 12,5) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. İlçe merkezinde yaşayan toplam 10 kişiden 6’sının (% 7,5) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 4’ünün (% 5,0) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Kasaba da yaşayan toplam 5 kişiden 3’ünün (% 3,8) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 2’sinin (% 2,5) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Köyde yaşayan toplam 8 kişiden 6’sının (% 7,5) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 2’sinin (% 2,5) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 21: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yaşanan Yer	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Biliyorum	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Bilmiyorum	Toplam
İl Merkezi	10 (% 12,5)	47 (% 58,8)	57
İlçe Merkezi	4 (% 5,0)	6 (% 7,5)	53
Kasaba	2 (% 2,5)	3 (% 3,8)	15
Köy	2 (% 2,5)	6 (% 7,5)	11
Toplam	18 (% 22,5)	62 (% 77,5)	80

Katılımcılardan istek ve şikâyet durumunda nereye başvurulacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan sadece 2 hasta yakını bulunduğu, 16 hasta yakınının ise daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 2 hasta yakınından 2'sinin de il merkezinde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığını belirten 16 hasta yakınından 8'inin il merkezinde, 4'ünün ilçe merkezinde, 2'sinin kasabada ve 2'sinin de köyde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunup, sonuçtan memnun kaldığını belirten toplam 2 kişiden 2'sinin de il merkezinde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 22'ye bakıldığında ankete katılan sadece 7 (% 8,8) kişinin daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığı, 73 (% 91,2) kişinin ise herhangi bir tartışma yaşamadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığına belirten 7 hasta yakınından 5'inin

(% 6,2) il merkezinde yaşadığı, 2'sinin (% 2,5) ise ilçe merkezinde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 22: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Yere Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Yaşanan Yer	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşadım	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşamadım	Toplam
İl Merkezi	5 (% 6,2)	52 (% 65,0)	57
İlçe Merkezi	2 (% 2,5)	8 (% 10,0)	10
Kasaba	0	5 (% 6,2)	5
Köy	0	8 (% 10,0)	8
Toplam	7 (% 8,8)	73 (% 91,2)	80

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesinin yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu, 4 hasta yakınının ise herhangi bir müracaat da bulunmadığı anlaşılmaktadır. Yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğunu belirten 3 hasta yakınından 3'ünün de il merkezinde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından, il merkezinde yaşayan 1 tanesinin “biraz” memnun kaldığı, 2 tanesinin ise “oldukça” memnun kaldığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp, müracaatta bulunan 3 hasta yakınından 2 tanesinin, ikinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini anlaşılrken, 1 hasta yakınının ise tekrar müracaatta bulunmayacağı anlaşılmaktadır. İkinci bir

tartışma yaşadığında, müracaatta bulunabileceğini belirten 2 hasta yakınından 2'sinin de il merkezinde yaşadığı anlaşılmaktadır.

4.2.7. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Gelir Durumlarına Göre Oransal Dağılım Bilgileri

Ankete katılanların, gelir durumlarına göre tablo 23'de yer alan hasta hakları hakkındaki bilgisine bakıldığında, aylık geliri 0-1000 TL arası olan toplam 43 kişiden (% 53,8) 6'sının (% 7,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılrken, 37'sinin (% 46,2) ise bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Aylık geliri 1000-2000 TL arası olan toplam 25 kişiden (% 31,2) sadece 5'inin (% 6,2) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 20 (% 25,0) kişinin bu haklar hakkında bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Aylık geliri 2000-3000 TL arası olan toplam 9 kişiden (% 11,2) sadece 1'inin (% 1,2) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 8 (% 10,0) kişinin bu haklar hakkında bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Aylık geliri 3000 TL ve üzeri olan toplam 3 kişiden (% 3,8) 2'sinin (% 2,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi varken, 1 (% 1,2) kişinin bu haklar hakkında bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır.

Yukarıda verdiğimiz sonuçlara bakıldığında, ankete katılanların yarısından fazlasının alt sosyo-ekonomik gelir düzeyine sahip katılımcılardan oluştuğu, ancak bu katılımcılar arasında da söz konusu haklara dair bilgisi olan kişi sayısının oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır. Yine yukarıda verilen sonuçlardan 0-1000 TL arası geliri olan kişiler ile 2000-3000 TL arası geliri olan katılımcıların, söz konusu haklar hakkında ki farkındalık oranlarının birbirine çok yakın çıktığı, diğer gelir durumuna sahip katılımcılar arasında ise farkındalık oranının arttığı anlaşılmaktadır. Yukarıda verilen bulgulara bakıldığında aylık geliri 3000 TL ve üzerinde olan 3 kişiden 2'sinin, aylık geliri 1000-2000 TL arasında olan 25 kişiden ise 5'inin söz konusu haklara ilişkin bilgisi olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuçlara göre kişilerin aylık gelir seviyesi arttıkça söz konusu haklara dair bilgisinin de arttığı söylenebilir.

Tablo 23: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumlarına Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları

Gelir Seviyesi Aralığı	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Var	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Yok	Toplam
0-1000 TL	6 (% 7,5)	37 (% 46,2)	43
1000-2000 TL	5 (% 6,2)	20 (% 25,0)	25
2000-3000 TL	1 (% 1,2)	8 (% 10,0)	9
3000 + TL	2 (% 2,5)	1 (% 1,2)	3
Toplam	14 (% 17,5)	66 (% 82,5)	80

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, gelir durumlarına göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, bunlardan aylık geliri 0-1000 TL arası olan toplam 6 kişiden 5'inin "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1 kişinin ise "az" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Aylık geliri 1000-2000 TL arası olan toplam 5 kişiden 4'ünün "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1 kişinin ise "yeteri kadar" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Aylık geliri 2000-3000 TL arası olan sadece 1 kişinin ise "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Aylık geliri 3000 TL ve üzeri olan toplam 2 kişiden 1'inin "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1 kişinin ise "iyi" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Gelir durumlarına göre araştırmaya katılan kişiler, söz konusu soruya en yüksek "biraz" cevabını vermişlerdir. Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan kişilerin gelir durumlarına göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyleri arasında belirgin bir fark görülmemektedir.

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, gelir durumuna göre hasta hakları hakkındaki bilgiyi nereden edindiklerine bakıldığında, bunlardan aylık geliri 0-1000 TL arası olan toplam 6 kişiden 2'sinin kulaktan dolma bilgiler, 2'sinin hastane içi bilgilendirme broşürleri, 1'er kişinin de internet ve televizyon şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Aylık geliri 1000-2000 TL arası olan toplam 5 kişiden 2'sinin kulaktan dolma bilgiler, 2'sinin internet, 1 kişinin de hastane içi

bilgilendirme broşürleri şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Aylık geliri 2000-3000 TL arası olan sadece 1 kişinin ise televizyon şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Aylık geliri 3000 TL ve üzeri olan toplam 2 kişiden 1'isinin hastane içi bilgilendirme broşürleri, 1'isininde kamu kurumu eczacısıym şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Bu sonuçlara göre bu soruyu cevaplayan kişilerin bütün bilgi edinme kaynaklarından birbirine yakın oranlarda faydalandığı görülmektedir. Kamu kurumu eczacısıym cevabı ise aylık geliri 3000 TL ve üzeri olan sadece 1 kişi tarafından verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların, gelir durumuna göre hasta hakları hakkında ki bilgi edinme kaynakları belirgin farklılıklar göstermemektedir.

Ankete katılanların, gelir durumuna göre daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edinip edinmediklerine ilişkin tablo 24'de yer alan bilgilere bakıldığında, ankete katılanların tamamının daha önce bir sağlık personelinen hastalık süreciyle ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Bilgi edinen hasta yakınlarının aylık gelir durumuna göre sayısına bakıldığında ise bunlardan 43'ünün (% 53,8) 0-1000 TL arası geliri olduğu, 25'inin (% 31,2) 1000-2000 TL arası geliri olduğu, 9'unun (% 11,2) 2000-3000 TL arası geliri olduğu ve 3'ünün de (% 3,8) 3000 TL ve üzeri geliri olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuçlara bakıldığında, araştırmaya katılanlar arasında ki en büyük katılım oranı, % 43 ile 0-1000 TL arası geliri olanlara aittir.

Tablo 24: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumlarına Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Gelir Seviyesi Aralığı	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Aldım	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Almadım	Toplam
0-1000 TL	43 (% 53,8)	0	43
1000-2000 TL	25 (% 31,2)	0	25
2000-3000 TL	9 (% 11,2)	0	9
3000 + TL	3 (% 3,8)	0	3
Toplam	80 (% 100)	0	80

Ankete katılanların, gelir durumuna göre teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerinde nereye başvurulacağına ilişkin sorulan soruya verdikleri cevap için tablo 25’de yer alan bilgilere bakıldığında, aylık geliri 0-1000 TL arasında olan toplam 43 (% 53,8) hasta yakınından 36’sının (% 45,0) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 7’sinin ise (% 8,8) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Aylık geliri 1000-2000 TL arasında olan toplam 25 (% 31,2) hasta yakınından 17’sinin (% 21,2) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 8’inin ise (% 10,0) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Aylık geliri 2000-3000 TL arasında olan toplam 9 (% 11,2) hasta yakınından 7’sinin (% 8,8) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 2’sinin ise (% 2,5) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Aylık geliri 3000 TL ve üzeri olan toplam 3 (% 3,8) hasta yakınından 2’sinin (% 2,5) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 1’inin ise (% 1,2) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 25: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumlarına Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Gelir Seviyesi Aralığı	İstek ve Şikâyet Başvurusunun Nereye Yapılacağını Biliyorum	İstek ve Şikâyet Başvurusunun Nereye Yapılacağını Bilmiyorum	Toplam
0-1000 TL	7 (% 8,8)	36 (% 45,0)	43
1000-2000 TL	8 (% 10,0)	17 (% 21,2)	25
2000-3000 TL	2 (% 2,5)	7 (% 8,8)	9
3000 + TL	1 (% 1,2)	2 (% 2,5)	3
Toplam	18 (% 22,5)	62 (% 77,5)	80

Gelir durumuna göre istek ve şikâyetlerde nereye başvurulacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan sadece 2 hasta yakını bulunduğu, 16 hasta yakınının ise daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 2 hasta yakınından 2'sinin de 1000-2000 TL arası aylık geliri olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığını belirten 16 hasta yakınından 7'sinin 0-1000 TL, 6'sının 1000-2000 TL, 2'sinin 2000-3000 TL, 1'inin ise 3000 TL ve üzeri aylık geliri olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunup, sonuçtan memnun kaldığını belirten toplam 2 kişiden 2'sinin de aylık gelir durumunun 1000-2000 TL arası olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 26'ya bakıldığında ankete katılan sadece 7 (% 8,8) kişinin daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığı, 73 (% 91,2) kişinin ise yaşamadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle

tartışma yaşadığına belirten 7 hasta yakınından 4'ünün (% 5,0) 0-1000 TL arası aylık geliri olduğu, 3'ünün (% 3,8) ise 1000-2000 TL arası aylık geliri olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 26: Araştırmaya Katılanların, Gelir Durumlarına Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Gelir Seviyesi Aralığı	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşadım	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşamadım	Toplam
0-1000 TL	4 (% 5,0)	39 (% 48,8)	43
1000-2000 TL	3 (% 3,8)	22 (% 27,5)	25
2000-3000 TL	0	9 (% 11,2)	9
3000 + TL	0	3 (% 3,8)	3
Toplam	7 (% 8,8)	73 (% 91,2)	80

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesinin yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu, 4 hasta yakınının ise herhangi bir müracaat da bulunmadığı anlaşılmaktadır. Yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğunu belirten 3 hasta yakınından 3'ünün de 1000-2000 TL aylık gelir olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından, aylık geliri 1000-2000 TL arasında olan 1 kişinin “biraz” memnun kaldığı, 2 kişinin ise “oldukça” memnun kaldığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayıp, müracaatta bulunan 3 hasta yakınından 2 tanesinin, ikinci bir tartışma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini anlaşılrken, 1 hasta yakınının ise tekrar müracaatta bulunmayacağı anlaşılmaktadır. İkinci bir tartışma yaşadığında, müracaatta

bulunabileceğini belirten 2 hasta yakınından 2'sinin de 1000-2000 TL arası aylık gelirinin olduğu anlaşılmaktadır.

4.2.8. Araştırmaya Katılanlar Tarafından Cevaplanan Soruların Yaşadıkları Konut Tiplerine Göre Oransal Dağılım Bilgileri

Ankete katılanların, yaşadıkları konut tiplerine göre tablo 27'de yer alan hasta hakları hakkındaki bilgisine bakıldığında, müstakil bir evde ikamet eden toplam 29 kişiden (% 36,2) 4'ünün (% 5,0) söz konusu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılrken, 25'inin (% 31,2) ise bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Apartman dairesinde ikamet eden toplam 50 kişiden (% 62,5) 10'unun (% 12,5) söz konusu haklar hakkında bilgisi olduğu anlaşılrken, 40'mın (% 50,0) ise bilgisi olmadığı anlaşılmaktadır. Site içi apartman dairesinde ikamet eden sadece 1 (% 1,2) kişinin ise bu haklara dair herhangi bir bilgisinin olmadığı anlaşılmaktadır.

Yukarıda verdiğimiz sonuçlara bakıldığında, ankete katılan kişilerin yarısından fazlasının apartman dairesinde ikamet ettiği anlaşılmaktadır. Yine yukarıda verilen bilgilerden müstakil evin en çok yaşanan ikinci konut tipi olduğu görülmektedir. Apartman dairesinde kalan her 5 kişiden 1'i hasta hakları hakkında bilgi sahibiyken, bu durum müstakil evde kalanlar için yaklaşık olarak her 3 kişide 0,4 kişiye denk gelmektedir. Bu sonuçlara göre kişilerin aylık gelir seviyesiyle doğru orantılı olarak yaşadıkları konut kalitesi arttıkça söz konusu haklara dair bilgisinin de arttığı söylenebilir.

Tablo 27: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tiplerine Göre Hasta Hakları Bilgisi Dağılımları

Konut Tipi	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Var	Hasta Hakları Hakkında Bilgim Yok	Toplam
Müstakil Ev	4 (% 5,0)	25 (% 31,2)	29
Apartman Dairesi	10 (% 12,5)	40 (% 50,0)	50
Site İçi Daire	0	1 (% 1,2)	1
Toplam	14 (% 17,5)	66 (% 82,5)	80

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, yaşadıkları konut tipine göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, bunlardan müstakil bir evde yaşayan toplam 4 kişiden 3'ünün "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, 1 kişinin ise "yeteri kadar" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Apartman dairesinde yaşayan toplam 10 kişiden 8'inin "biraz" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılrken, ayrı ayrı 1'er kişinin ise "az" ve "iyi" düzeyde bilgisi olduğu anlaşılmaktadır. Yaşadıkları konut tipine göre araştırmaya katılan bireyler arasında, söz konusu soruya en yüksek "biraz" cevabı verilmiştir. Bu sonuçlara göre araştırmaya katılan kişilerin yaşadıkları konut tipine göre hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyleri arasında belirgin bir fark görülmediği anlaşılmaktadır.

Ankete katılarak hasta hakları hakkında bilgisi olduğunu belirten 14 kişinin, yaşadıkları konut tipine göre hasta hakları hakkındaki bilgiyi nereden edindiklerine bakıldığında, müstakil bir evde ikamet eden toplam 4 kişiden 2'sinin hastane içi bilgilendirme broşürleri, ayrı ayrı 1'er kişinin de internet ve kulaktan dolma bilgiler şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Apartman dairesinde yaşayan toplam 10 kişiden 3'ünün kulaktan dolma bilgiler, 2'sinin hastane içi bilgilendirme broşürleri, 2'sinin internet, 1 kişinin de kamu kurumu eczacısıym şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Bu sonuçlara göre bu soruyu cevaplayan kişilerin bütün bilgi edinme kaynaklarından birbirine yakın oranlarda faydalandığı görülmektedir. Kamu kurumu eczacısıym cevabı ise sadece 1 kişi tarafından verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılanların, yaşadıkları konut tipine göre hasta hakları hakkında ki bilgi edinme kaynakları belirgin farklılıklar göstermemektedir.

Ankete katılanların, yaşadıkları konut tipine göre daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edinip edinmediklerine ilişkin tablo 28’de yer alan bilgilere bakıldığında, ankete katılanların tamamının daha önce bir sağlık personelinden hastalık süreciyle ilgili bilgi aldığı görülmektedir. Bilgi edinen hasta yakınlarının yaşadığı konut tipine göre sayısına bakıldığında ise bunlardan 29’unun (% 36,2) müstakil bir evde yaşadığı, 50’sinin (% 62,5) apartman dairesinde yaşadığı, 1 (% 1,2) kişni ise site içinde yer alan bir apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 28: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tiplerine Göre Hastalık Süreciyle İlgili Bilgi Edinip Edinmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Konut Tipi	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Aldım	Hastalık Süreciyle İlgili Daha Önce Bilgi Almadım	Toplam
Müstakil Ev	29 (% 36,2)	0	29
Apartman Dairesi	50 (% 62,5)	0	50
Site İçi Daire	1 (% 1,2)	0	1
Toplam	80 (% 100)	0	80

Ankete katılanların, yaşadıkları konut tipine göre teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerinde nereye başvurulacağına ilişkin sorulan soruya verdikleri cevap için tablo 29’da yer alan bilgilere bakıldığında, müstakil bir evde yaşayan toplam 29 (% 36,2) hasta yakınından 19’unun (% 23,8) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 10’un (% 12,5) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Apartman

daireesinde yaşayan toplam 50 (% 62,5) hasta yakınından 42'sinin (% 52,5) hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği, 8'inin (% 10,0) ise evet nereye başvurulacağını biliyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır. Site içinde yer alan bir apartman dairesin de yaşayan sadece 1 (% 1,2) hasta yakınının ise hayır bilmiyorum şeklinde cevap verdiği anlaşılmaktadır.

Tablo 29: Araştırmaya Katılanların, Yaşadıkları Konut Tiplerine Göre Teşhis ve Tedavi Süreciyle İlgili İstek ve Şikâyetlerinde Nereye Başvurulacağını Bilip Bilmediklerine İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Konut Tipi	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Biliyorum	İstek ve Şikâyet Nereye Başvurusunun Yapılacağını Bilmiyorum	Toplam
Müstakil Ev	10 (% 12,5)	19 (% 23,8)	29
Apartman Dairesi	8 (% 10,0)	42 (% 52,5)	50
Site İçi Daire	0	1 (% 1,2)	1
Toplam	18 (% 22,5)	62 (% 77,5)	80

Yaşadıkları konut tipine göre istek ve şikâyetlerde nereye başvurulacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan sadece 2 hasta yakını bulunduğu, 16 hasta yakınının ise daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunan 2 hasta yakınından 1'inin müstakil bir evde, 1'inin de apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir istek veya şikâyet başvurusunda bulunmadığını belirten 16 hasta yakınından 9'unun müstakil bir evde, 7'sinin ise apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunup, sonuçtan memnun kaldığını

belirten toplam 2 kişiden 1'inin müstakil bir evde yaşadığı, 1'inin de apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 30'a bakıldığında ankete katılan sadece 7 (% 8,8) kişinin daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığı, 73 (% 91,2) kişinin ise tartışma yaşamadığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığına belirten 7 hasta yakınından 4'ünün (% 5,0) apartman dairesinde yaşadığı, 3'ünün (% 3,8) ise müstakil bir evde yaşadığı anlaşılmaktadır.

Tablo 30: Araştırmaya Katılanların, Konut Tiplerine Göre Daha Önce Herhangi Bir Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşayıp Yaşamadıklarına İlişkin Elde Edilen Dağılımlar

Konut Tipi	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşadım	Daha Önce Sağlık Personeliyle Tartışma Yaşamadım	Toplam
Müstakil Ev	3 (% 3,8)	26 (% 32,5)	29
Apartman Dairesi	4 (% 5,0)	46 (% 57,5)	50
Site İçi Daire	0	1 (% 1,2)	1
Toplam	7 (% 8,8)	73 (% 91,2)	80

Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesinin yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu, 4 hasta yakınının ise herhangi bir müracaat da bulunmadığı anlaşılmaktadır. Yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğunu belirten 3 hasta yakınından 2'sinin apartman dairesinde yaşadığı, 1'inin ise müstakil bir evde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce

herhangi bir sağlık personeliyle tartişma yaşayıp müracaatta bulunan 3 hasta yakınından, müstakil bir evde yaşayan 1 kişinin “oldukça”, apartman dairesinde yaşayan 1’er kişinin ise “biraz” ve “oldukça” memnun kaldığı anlaşılmaktadır. Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartişma yaşayıp, müracaatta bulunan 3 hasta yakınından 2 tanesinin, ikinci bir tartişma yaşadığında müracaatta bulunabileceğini anlaşılırken, 1 hasta yakınının ise tekrar müracaatta bulunmayacağı anlaşılmaktadır. İkinci bir tartişma yaşadığında, müracaatta bulunabileceğini belirten 2 hasta yakınından 1’isinin müstakil bir evde, 1’isinin de apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmaktadır.

4.2.9. Sonuç ve Değerlendirme

Bu araştırmayla hasta ve hasta yakınlarının kendi haklarıyla ilgili farkındalık düzeyleriyle bunları etkilediği düşünölen birtakım demografik faktörlerin ilişkisine bakılmıştır. Bu araştırmada örneklem grubu olarak kronik rahatsızlığı olan çeşitli kanser hastalarının, hematolojik ve bağışıklık sistemi rahatsızlıkları olan kişilerin seşitilmesinin amacı uzun tedavi süreçlerinden dolayı “hasta hakları” kavramına daha hakim olabilecekleri düşünöcesinden kaynaklanmıştır.

Araştırma sonucundan elde edilen bulgulara göre göröşme yapılan kişilerden 47’sinin, hastanın annesi, 23’ünün babası ve 10’unun da diğer hasta yakınları olduğu anlaşılmıştır. Araştırmaya katılan 80 kişiden 48’i kadinken, 32’si erkektir. Bu kişilerden 36’sı 18-35 yaş grubundan, 31’i 35-45 yaş grubundan, 12’si 45-65 yaş grubundan ve 1 kişi de 65 ve üstü yaş grubundandır. Katılımcılardan 53’ü ilköğretim, 15’i lise, 11’i üniversite mezunu, 1 kişi ise okur-yazar değildir. Katılımcılardan 40 tanesinin il içinde yaşadığı, diğer yarısının da il dışında yaşadığı anlaşılmıştır. Söz

konusu kişilerden 43'ünün 0-1000 TL arası, 25'inin 1000-2000 TL arası, 9'unun 2000-3000 TL arası, 3'ünün de 3000 TL ve üzeri aylık geliri olduğu anlaşılmıştır. Katılımcılardan 50'sinin apartman dairesinde yaşadığı, 29'unun müstakil bir evde yaşadığı, 1 kişinin ise site içinde yer alan bir apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin hastalarından 50'si erkek çocuğu, 30'u ise kız çocuğudur. Bu çocuklardan 29'u 0-5 arası yaş grubundan, 21'i 5-10 arası yaş grubundan, 17'si 10-15 arası yaş grubundan, 13'ü de 15-18 arası yaş grubundandır. Bu çocuklara konulan teşhislere bakıldığında ise bunlardan 64'ünün kanser hastası olduğu, 9'unun kanla ilgili hematolojik rahatsızlıkları olduğu, 7'sinin ise bağışıklık sistemi rahatsızlıkları olduğu anlaşılmaktadır. Söz konusu çocukların tedavi sürelerine bakıldığında, bunlardan 29'unun 0-6 ay arası, 12'sinin 6-12 ay arası, 28'inin 3 yıl ve üzeri, 8'inin 1-2 yıl arası, 3'ünün de 2-3 yıl arası tedavi gördüğü anlaşılmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre katılımcılar arasından sadece 14 hasta yakınının “hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olduğu anlaşılmıştır. Bilgi sahibi olan bu kişiler arasında katılımcı annelerin, babalara oranla “hasta hakları” hakkında biraz daha fazla bilgi sahibi olduğu anlaşılmaktadır. Yaş gruplarına göre hasta yakınlarının bu kavram hakkında ki bilgisine bakıldığında ise 18-35 ve 35-45 arası yaş gruplarında bu oranın birbirine çok yakın olduğu, 45-65 arası yaş grubunda ise diğer ikisine oranla belirgin oranda düştüğü görülmektedir. Eğitim durumuna göre hasta yakınlarının bu kavram hakkında ki bilgisine bakıldığında, eğitim seviyesi yükseldikçe doğru orantılı olarak bilgi sahibi olan kişi sayısının da arttığı görülecektir. Hasta yakınlarının yaşadıkları yere göre bu kavram hakkında ki bilgisine bakıldığında; il merkezinde yaşayan 10 kişiden yaklaşık olarak 2'sinin, ilçe merkezinde yaşayan 10 kişiden 1'inin,

kasabada yaşayan 10 kişiden 4'ünün, köyde yaşayan kişilerin ise onda birin biraz üzerinde söz konusu haklara dair bilgi sahibi olduğu anlaşılmaktadır. Sonuçlardan da anlaşılabacağı üzere insanların yaşadığı yere göre “hasta hakları” hakkında sahip olduğu bilgi, kasaba dışında çok büyük değişiklikler göstermemektedir. Bunda günümüzde hızla gelişen iletişim araçlarının da büyük etkisi olduğu söylenebilir. Hasta yakınlarının gelir durumuna göre bu kavram hakkında ki bilgisine bakıldığında, 0-1000 TL arası geliri olan katılımcılar ile 2000-3000 TL arası geliri olan katılımcıların, söz konusu haklar hakkında ki farkındalık oranlarının birbirine çok yakın çıktığı görülmektedir. Diğer gelir gruplarına sahip katılımcılar arasında ki farkındalık oranının ise belirgin oranda arttığı görülmektedir. Hasta yakınlarının yaşadıkları konut tipine göre bu kavram hakkında ki bilgisine bakıldığında, apartman dairesinde yaşayan bilgi sahibi kişilerin, müstakil evde yaşayan kişilere göre biraz daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hastaya yakınlık derecesine göre “hasta hakları” hakkında ki bilgi düzeylerine bakıldığında ise çoğunluğun (6 anne, 3 baba, 2 diğer) en alt düzeyin bir üzeri olan “biraz” cevabını verdiği anlaşılmaktadır. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre bu kavram hakkında ki bilgi düzeyine bakıldığında; bu soruyu cevaplayan toplam 14 kişi arasından, 18-35 arası 6 kişi, 35-45 arası 4 kişi ve 45-65 arası 1 kişinin “biraz” bilgim var şeklinde cevap verdiği görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumu, yaşadıkları yer ve gelir durumuna göre “hasta hakları” hakkında ki bilgi düzeylerine bakıldığında, belirgin farklılıkların görülmediği, söz konusu üç farklı demografik özelliğe göre de katılımcı çoğunluğun “biraz” düzeyde bilgi sahibi olduğu anlaşılabacaktır. Hasta yakınlarının yaşadıkları konut tipine göre bu kavram hakkında ki bilgi düzeyine bakıldığında; bu soruyu cevaplayan toplam 14 kişi arasından, apartman dairesinde yaşayan 8 kişi ve müstakil evde yaşayan 3 kişinin “biraz” bilgim var şeklinde cevap verdiği

görülmektedir. Bu sonuçla göre, hasta yakınlarından ancak % 17,5'inin "hasta hakları" hakkında bilgi sahibi olduğu, bunlar arasında da söz konusu haklara ilişkin bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların hastaya yakınlık derecesine göre "hasta hakları" hakkında ki bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında; bu soruyu cevaplayan 8 hasta annesinden 3'ünün internet, 2'sinin hastane içi bilgilendirme broşürleri, 1'inin kulaktan dolma bilgiler ve 1'inin de kamu kurumu eczacısıym cevabını verdiği görülmektedir. 4 hastanın babasından 2'si hastane içi bilgilendirme broşürleri derken, 1'i kulaktan dolma bilgiler ve 1'i de televizyon cevabını vermiştir. Hastanın diğer yakınlarından olan 2 kişi de kulaktan dolma bilgiler cevabını vermiştir. Yaş gruplarına göre bilgi kaynaklarına bakıldığında, 35-45 arası yaş grubundan 4 kişinin hastane içi bilgilendirme broşürlerini, 18-35 arası yaş grubundan 3 hasta yakını kulaktan dolma bilgiler, 2 hasta yakını ise internet cevabını vermiştir. Yaş gruplarına göre bilgi kaynakları arasında hastane içi bilgilendirme broşürleri, kulaktan dolma bilgiler ve internet cevaplarının biraz daha ön plana çıktığı görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna göre "hasta hakları" hakkında ki bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında ise kişilerin eğitim seviyelerine göre bilgi edinme kaynakları arasında belirgin farklılıkların görülmediği anlaşılabacaktır. Katılımcıların yaşadıkları yere göre "hasta hakları" hakkında ki bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında; il merkezinde yaşayan 10 kişiden 3'ünün hastane içi bilgilendirme broşürleri, 3'ünün kulaktan dolma bilgiler ve 2'sinin televizyon cevabını verdiği, geri kalan kişilerin ise farklı yerleşim yerlerine göre 1'er kişiyle farklı cevaplar verdiği görülmektedir. Katılımcıların gelir durumuna ve yaşadıkları konut tipine göre "hasta hakları" hakkında ki bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında, farklı gelir grupları ve konut tipleri arasında bilgi edinme kaynakları açısından belirgin farklılıkların görülmediği anlaşılabacaktır. Bütün demografik bilgilere göre bilgi kaynaklarının tüm katılımcılar

arasında ki dağılımına bakıldığında ise kamu kurumu eczacısıyım cevabı dışında ki diğer cevapların birbirine yakın oranlarda çıktığı görülmektedir.

Hasta yakınlarından tamamının bir sağlık personelinden daha önce hastalık süreciyle ilgili bilgi edindiği, bunlardan 69 hasta yakınının edindiği bilgiden “çok” memnun kaldığı, ayrı ayrı 4’er hasta yakınının “az” ve “biraz”, 3 hasta yakınının ise “oldukça” memnun kaldığı anlaşılmıştır. Bu sonuçlardan ankete katılanların % 86,2’sinin edindiği bilgiden çok memnun kaldığı anlaşılmaktadır. Ankete katılanlardan % 96,2’si ise ihtiyaç olması durumunda tekrar görüşme yapabileceğini belirtirken, 3 kişi tekrar görüşme yapmak istemediğini belirtmiştir.

Teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerin, ihtiyaç olması halinde nereye yapılacağını bildiğini belirten 18 hasta yakınının, hastalara yakınlık derecesine göre dağılımlarına bakıldığında; babaların, annelere oranla daha fazla bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerin, ihtiyaç olması halinde nereye yapılacağını bildiğini belirten 18 hasta yakınının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; 18-35 ve 35-45 arası yaş gruplarının birbirine yakın oranlarda bilgi sahibi olduğu, 45-65 arası yaş grubunda ise bu oranın diğer yaş gruplarına göre oldukça yüksek çıktığı görülmektedir. Eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında ise; üniversite mezunları arasında bilgi sahibi olma oranının, oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Lise mezunları arasında ki bu oran ise ilköğretim mezunlarına göre oldukça düşük paya sahiptir. Bilgi sahibi olan 18 hasta yakınının yaşadıkları yere göre dağılımlarına bakıldığında; ilçe ve kasabada yaşayanların oranları birbirine eşit çıkarken, köyde yaşayan kişilerin, il merkezinde yaşayan kişilerden biraz daha fazla olduğu görülmektedir. Bilgi sahibi olan 18 hasta yakınının gelir durumuna göre dağılımlarına bakıldığında ise; en düşük gelir grubuna kıyasla diğer gelir gruplarında bu oranın oldukça yüksek

çıkacağı görülecektir. Bilgi sahibi olan 18 hasta yakınının yaşadıkları konut tipine göre dağılımlarına bakıldığında ise; müstakil bir evde yaşayan kişilerin, apartman dairesinde yaşayan kişilere oranla daha çok bilgi sahibi olduğu anlaşılmaktadır.

İstek ve şikâyetlerin nereye yapılacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, şikâyet başvurusunda bulunduğunu belirten sadece 2 hasta yakını olup, bu 2 kişide yaptığı müracaatın sonucundan memnun kaldığını belirtmiştir. Şikâyet başvurusunda bulunan 2 kişinin de başvuru sonucundan memnun kalması, hasta yakınlarının ihtiyaç halinde bu hakkını tekrar kullanabileceğini göstermektedir. Bu sonuçlardan, ankete katılanlardan sadece % 22,5'inin hastane içinde istek ve şikâyetlerin yapılabilmesi ilgili birimin farkında olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcılardan daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakınından, 4'ünün hastanın annesi, 2'sinin babası, 1'inin de diğer hasta yakını olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce tartışma yaşadığı belirten hasta yakınlarının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında ise; bunlardan 4'ünün 18-35 arası, 3'ünün de 35-45 arası yaş grubundan olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce tartışma yaşadığını belirten hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre dağılımına bakıldığında; bunlardan 4'ünün ilköğretim, 2'sinin üniversite, 1'inin ise lise mezunu olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce tartışma yaşadığı belirten hasta yakınlarının yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında; bunlardan 5'inin il merkezinde, 2'sinin ise ilçe merkezinde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce tartışma yaşadığını belirten hasta yakınlarının gelir durumlarına göre dağılımına bakıldığında; bunlardan 4'ünün 0-1000 TL arası aylık geliri olduğu, 3'ünün ise 1000-2000 TL arası aylık geliri olduğu anlaşılmaktadır. Daha önce tartışma yaşadığını belirten hasta yakınlarının yaşadıkları konut tipine göre dağılımına bakıldığında; bunlardan, 3'ünün

müstakil bir evde, 4'ünün ise apartman dairesinde yaşadığı anlaşılmaktadır. Daha önce bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten bu 7 kişiden sadece 3'ünün yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu anlaşılmıştır. Müracaatta bulunan 3 kişiden 1'isinin sonuçtan “biraz”, 2'sinin de “oldukça” memnun kaldığı anlaşılrken, bunlardan sadece 2'sinin ihtiyaç olması halinde tekrar müracaatta bulunabileceği anlaşılmıştır.

Sonuç olarak, tüm katılımcılar arasından sadece 14 (17,5) hasta yakını “hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtirken, katılımcıların tamamının bir hasta hakkı olan hastalık süreciyle ilgili bilgi edinme hakkından faydalandığı görülmektedir. Hastalık süreciyle ilgili bilgi edinen katılımcılardan % 86,2'si edindiği bilgiden çok memnun kaldığını, % 96,2'si ise ihtiyaç olması durumunda bilgi edinmek için tekrar görüşme yapabileceğini belirtmiştir. Yukarıda verilen bilgilerden, hastalıkla ilgili bilgi edinme süreci için hasta yakınlarının gelecekte bu haklarını kullanmalarını engelleyebilecek olumsuz bir süreçle karşılaşmadıkları anlaşılmaktadır. Bazı gruplarda, hasta haklarıyla ilgili bilgi edinme kaynakları olarak birkaç seçenek ön plana çıksa da biri hariç (kamu kurumu eczacısıyım) demografik grupların genelinde tüm kaynaklardan birbirine yakın oranlarda faydalanıldığı görülmektedir. “Hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olduğunu belirten hasta yakınlarının, bilgi düzeyleri ise oldukça düşük çıkmıştır. Yine yukarıda verilen verilere göre hasta yakınlarından çoğunun “hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olmadığı, bilgi sahibi olanlar arasında ise bu haklara ilişkin bilgi düzeyinin oldukça düşük çıktığı, bunun ise söz konusu hakların kullanılma düzeyini (bazı haklar hariç) olumsuz etkileyebileceği varsayılmaktadır. Bu sebeple makro düzeyde düşünüldüğünde, ulusal eğitim sistemimizin eğitim-öğretim ilgili müfredatında, ilköğretim düzeyinden başlamak üzere bu haklara ilişkin bilgilere yer verilmesi, daha bilinçli bir toplum yaratma da faydalı olacaktır. Yine mezo düzeyde hasta hakları hususunda toplumsal bilincin

arttırılması için ulusal ve yerel basılı, görsel, sözlü vb. iletişim organlarında, söz konusu haklara ilişkin programlara, yazılara daha çok yer verilmesi faydalı olacaktır. Mikro düzeyde ise kamu hastaneleri, özel hastaneler ve benzeri sağlık kurum ve kuruluşlarında düzenli aralıklarla söz konusu haklara ilişkin tanıtıcı broşürlere yer verilmesi, hastanelerde görevlendirilecek sosyolog, sosyal hizmet uzmanı, avukat vb. gibi meslek elamanları aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarına yönelik tanıtıcı bilgilendirme toplantılarının yapılması faydalı olacaktır.

Teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerin, nereye yapılacağını bildiğini belirten kişiler arasında üniversite mezunlarının daha ön plana çıktığı görülmektedir. Ancak lise mezunları arasında ki bu oran, şaşırtıcı bir şekilde ilköğretim mezunlarına göre oldukça düşük paya sahiptir. Teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerin nereye yapılacağını bildiğini belirten kişiler arasında ise köyde yaşayanların il merkezinde yaşayanlara oranla daha ön plana çıktığı görülmektedir. Yerleşim yerlerine ilişkin böyle bir sonuçla karşılaşmamızda, gelişen ve hemen hemen her yerleşim birimine ulaştırılan iletişim teknolojisi ve küçük yerleşim yerlerinde de artan eğitim düzeyinin etkili olduğu söylenebilir. Katılımcıların gelir durumuna göre bu soruya verdiği cevaba bakıldığında ise en düşük gelir grubuna kıyasla diğer gelir gruplarında bu oranın oldukça yüksek çıktığı görülecektir. Katılımcıların konut tiplerine göre verdikleri cevaplara bakıldığında ise müstakil bir evde yaşayan kişilerin, apartman dairesinde yaşayan kişilere oranla daha çok bilgi sahibi olduğu anlaşılmaktadır. Burada şu açıklamayı yapmak yerinde olacaktır; müstakil bir evde yaşayan kişilerin her zaman alt gelir grubu diye nitelendirebileceğimiz 0-1000 TL gelire sahip düşük eğitilmiş kişilerden oluşmadığı, bu evlerde ikamet eden 29 kişiden 11'inin 1000 TL ve üzeri gelir sahibi olan gruplara ait olduğu anlaşılmaktadır. Yine bu soruyu

cevaplayan babaların oranının, annelerden daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

Teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetlerin nereye yapılacağını bildiğini belirten 18 hasta yakını arasından, şikâyet başvurusunda bulunan 2 kişinin de başvuru sonucundan memnun kalması, hasta yakınlarının ihtiyaç halinde bu hakkını tekrar kullanabileceğini ve haklarını tekrar kullanmalarını engelleyebilecek bir sonuçla karşılaşmadıklarını göstermektedir. Bütün katılımcılar arasından sadece % 22,5'inin hastane içinde istek ve şikâyetlerin yapılabilceğı bir birimin farkında olduğı, birçoğunun ise ihtiyaç halinde şikâyetlerini farklı mercilere yapabileceğı anlaşılmaktadır. Yukarıda verdiğimiz bilgilerden de anlaşılacağı üzere katılımcılar arasında gelir düzeyi yüksek olan kişilerin ve babaların diğcr demografik özellikleri gösteren kişilere göre daha net bir şekilde bu soruya evet cevabını verdiği anlaşılmaktadır.

İstek veya şikâyet başvurusunun nereye yapılacağını bilenler arasından daha önce istek veya şikâyet başvurusunda bulunduğunu belirten sadece 2 hasta yakını varken, daha önce bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 hasta yakını arasından sadece 3 tanesinin yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğı anlaşılmaktadır. Burada şu açıklamayı yapmak önemli olacaktır. Görüşme sırasında edinilen bilgilerden, birçok kişinin yasal şikâyetlerin yapılabilceğı hasta hakları biriminden haberdar olmadığı, bu kişilerin herhangi bir tartışma yaşaması durumunda ise şikâyetlerini doktor, hemşire, başhekim, müdür vb. gibi kişilere yapabileceğı anlaşılmıştır.

Daha önce bir sağlık personeliyle tartışma yaşadığını belirten 7 kişiden sadece 3'ünün yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğı;

bunlardan 1'sinin sonuçtan “biraz”, 2'sinin de “oldukça” memnun kaldığı, “oldukça” memnun kalan 2 kişinin ise ihtiyaç olması halinde tekrar müracaatta bulunabileceğı anlaşılmıştır. Müracaatta bulunan 3 kişiden sadece 2'sinin ihtiyaç olması halinde tekrar müracaatta bulunacağını belirtmesi, müracaat sonucunun hasta yakını üzerinde bıraktığı memnuniyet düzeyiyle ilgili olup, memnuniyet düzeyiyle ilgili böyle bir bu durumun ortaya çıkması ise onların haklarını kullanma düzeyini etkilediğini göstermektedir. Bu sebeple hastaneler içerisinde yer alan hasta hakları birimlerinin, başvuruların alınması esnasında daha objektif kriterlere göre hareket etmesi, hasta hakları kurullarında yer alan üyeler arasında ise sivil toplum kuruluşundan temsilcilere daha çok ağırlık verilmesi ve bu kişilerin kurul toplantılarına düzenli katılımı hususunda daha hassas davranılması hasta ve hasta yakınları lehine olacaktır. Yine sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan, başta doktor ve hemşireler olmak üzere bütün sağlık personellerinin hizmet içi eğitimden geçirilerek, hasta ve hasta yakınlarıyla olan ilişkilerini söz konusu haklar çerçevesinde şekillendirmesi her iki tarafında yararına olacaktır.

Bu araştırma da araştırmanın “amaç” kısmında da belirtildiği gibi hasta ve hasta yakınlarının; haklarını kullanma düzeylerini etkileyebileceğı dūřünülen onların eğitim düzeyleri, sağlık personeli hakkındaki ön yargıları, ikamet ettikleri yer, haklarına ilişkin yapılan başvurulardan bir sonuç alıp alamayacağı dūřüncesi içerisinde olmaları, sağlık personelleriyle geçmişte yaşamış oldukları olumsuz deneyimleri ve haklarına dair bilgi düzeyleri ile birtakım faktörler arasında ki ilişki düzeyine bakılmıştır.

Buna göre anket bulgularına bakıldığında, hasta yakınlarının eğitim düzeyleri arttıkça “hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olan kişi sayısının da doğru orantılı olarak arttığı görülecektir. Ancak katılımcıların “hasta

hakları” hakkında ki bilgi düzeylerine bakıldığında, çoğunluğun söz konusu haklar hakkında ki bilgi seviyesinin oldukça düşük olduğu, eğitim düzeylerine göre bilgi düzeylerinde belirgin farklılıkların görülmediği anlaşılmaktadır. Katılımcıların “hasta hakları” hakkında ki bilgi edinme kaynaklarına, eğitim seviyelerine göre bakıldığında ise; eğitim düzeylerine göre bilgi edinme kaynakları arasında belirgin farklılıkların görülmediği anlaşılmaktadır. Katılımcıların eğitim seviyelerine göre istek ve şikâyetlerin nereye yapılacağını bilenler arasında ise üniversite mezunlarının daha ön plana çıktığı görülmektedir. Ancak lise mezunları arasında ki bu oran, şaşırtıcı bir şekilde ilköğretim mezunlarından daha düşük çıkmıştır. Yukarıda verilen değerlendirmelerden de anlaşılabacağı üzere katılımcılara ait eğitim seviyelerinin, bazı faktörlerde belirleyici rol oynadığı, bazılarında ise herhangi bir belirleyici rolünün olmadığı anlaşılmaktadır.

Katılımcıların sağlık personeli hakkındaki ön yargıları ve geçmişte yaşamış oldukları olumsuz deneyimlerinin, onların haklarını kullanma düzeylerini etkileyip etkilemediğine baktığımızda ise; daha önce herhangi bir sağlık personeliyle tartışma yaşayan 7 kişiden sadece 3’ünün yaşadığı tartışmayla ilgili bir müracaatta bulunduğu, bunlardan ise sadece 2’sinin ikinci bir tartışma yaşamaması durumunda tekrar müracaatta bulunabileceği anlaşılmıştır. Tartışma yaşayan bu 7 kişiden 4’ünün herhangi bir müracaat başvurusunda bulunmamasının çeşitli nedenleri olabilir. Bunlar arasında, kişide müracaatıyla ilgili herhangi bir olumlu sonuç alamayacağı düşüncesinin hakim olması, hatalı olduğunu düşünmesi, hastasının tedavi sürecinde ihmal edilebileceği korkusu vb. gibi sebepler sayılabilir. Yine müracaatta bulunan 3 kişiden sadece 2’sinin ikinci bir tartışma yaşamaması durumunda tekrar müracaatta bulunabileceğini belirtmesi, diğer 1 kişinin yaşadığı müracaatın sonucundan memnun kalmadığı ve ileride bu hakkını tekrara kullanmayacağını göstermektedir.

Hasta yakınlarının haklarına ilişkin yapılan başvurulardan bir sonuç alıp alamayacağı düşüncesi içerisinde olmalarının, onların haklarını kullanma düzeylerini etkileyip etkilemediğine baktığımızda ise; daha önce herhangi bir konuda şikâyet başvurusunda bulunan 2 kişinin de başvuru sonucundan memnun kalması, hasta yakınlarının ihtiyaç halinde bu hakkını tekrar kullanabileceğini göstermektedir. Yine hastalık süreci hakkında bilgi edinen hasta yakınlarından % 86,2'sinin edindiği bilgiden çok memnun kaldığı ve % 96,2'sinin ise ihtiyaç olması durumunda tekrar görüşme yapabileceği anlaşılmaktadır. Bu sonuçlardan, katılımcıların bilgi edinme süreci ve şikâyet başvurusuna dair olumsuz bir ön yargı geliştirmedikleri ve ileride böyle bir ihtiyaç olması halinde bu haklarını tekrar kullanabilecekleri anlaşılmaktadır.

Katılımcıların haklarına dair bilgi düzeylerinin, onların haklarını kullanma düzeylerini olumsuz etkileyeceği muhakkaktır. Nitekim 80 katılımcı arasından, sadece 18 kişinin istek ve şikâyetlerin nereye yapılacağını bildiği anket bulgularından anlaşılmaktadır. Yine 80 katılımcı arasından, sadece 14 hasta yakınının “hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olduğu; ancak bu 14 kişinin de söz konusu haklar hakkında sahip olduğu bilgi düzeyinin oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır. Hasta yakınlarının, haklarına dair sayılarının ve hakları hakkında ki bilgi düzeylerinin ne kadar düşük olduğu, yukarıda verdiğimiz bilgilerden anlaşılmaktadır. Hasta yakınlarının, haklarına dair düşük düzeyde bilgi sahibi olmasının ise onların haklarını kullanma düzeylerini olumsuz etkileyeceği muhakkaktır. Ancak anket bulgularından, sadece 14 hasta yakınının “hasta hakları” hakkında bilgi sahibi olduğu anlaşılrsa da daha önce 69 hasta yakınının bir hasta hakkı olan bilgi edinme sürecinden faydalandığı anlaşılmaktadır. Buradan bazı hakların kullanımı ve katılımcıların bilgi düzeyi arasında herhangi bir ilişki olmadığı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Hasta yakınlarının yaşadıkları yere göre “hasta hakları” hakkında ki bilgi düzeylerine bakıldığında, yerleşim yerlerine göre belirgin farklılıkların görülmediği anlaşılmaktadır. Katılımcıların yaşadıkları yere göre “hasta hakları” hakkında ki bilgi edinme kaynaklarına bakıldığında ise il merkezinde yaşayanlar arasında bilgilendirme broşürleri ve kulaktan dolma bilgiler ön plana çıkarken, diğer yerleşim yerlerinde 1’er kişiyle farklı cevapların verildiği görülmektedir. Her ne kadar bilgi edinme sürecinde söz konusu iki kaynaktan daha fazla yararlanılmış olsa da tüm katılımcılar arasında ki payı düşünüldüğünde, bu iki kaynaktan yararlanan kişi sayısının oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim bilgi edinme kaynakları arasında, bilgilendirme broşürleriyle birlikte birinciliği paylaşan kulaktan dolma bilgiler cevabı ise oldukça düşündürücüdür. Buradan insanların söz konusu haklara ilişkin bilgilerini sağlıklı kaynaklardan edinmediği anlaşılmaktadır. İstek ve şikâyetlerin nereye yapılacağı hakkında bilgi sahibi olan 18 hasta yakınının yaşadıkları yere göre dağılımlarına bakıldığında ise bu sayının il ve ilçe gibi büyük yerleşim merkezlerinde beklenildiği gibi ön plana çıkmadığı görülmektedir.

KAYNAKÇA

Adak, Nurşen Özçelik (2002). Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme (1. Baskı). İstanbul: Birey Yayıncılık.

Akyıldız, Suna; Özkan, Hasan (2012). Hasta-Hekim Hakları Ve Davaları (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Aşkar, Abdullah (2006). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.

Aydemir, İshak; Işıkhan, Vedat (2012). Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2012; 13:2, s.67-86.

Aydemir, İshak (2010). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Aydın, Nizamettin (2008). Hasta Haklarının Hukuki Boyutu Ve Korunma Yolları, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:22, s.1-33.

Başaran, İsmail (2008). Kent ve Yerel Yönetim (1. Baskı). İstanbul: Okutan Yayıncılık.

Bostan, Sedat (2007). Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 10, Sayı:1, s.1-18.

Cirhinlioğlu, Zafer (2010). Sağlık Sosyolojisi (2. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Dinçer, Edip (2012). Sürdürülebilir Gelişmede Sağlık: Sağlık Göstergelerinin Kentsel Planlamada Kullanılabilirliği Üzerine Antalya Büyükşehir Örneği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.

Erdoğan, Mustafa (2007). İnsan Hakları Teorisi Ve Hukuku (1. Baskı). Ankara: Orion Yayınevi.

Erol, Gültezer Hatırnaz (2009). Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Günler, Oya Eryiğit (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

Güven, Seda (2014). Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları, Sosyoloji Dergisi, 3.Dizi, 29. Sayı, 2014/2, s.127-153.

Güvercin, Cemal Hüseyin (2007). Türkiye’deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Hasta Hakları Yönetmeliği (1998).

Karasar, Niyazi (2000). Bilimsel Araştırma Yöntemi (10. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık.

Kasapoğlu, M.Aytül (1999). Sağlık Sosyolojisi Türkiye’den Araştırmalar (1. Baskı). Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.

Nazlı, Aylin (2007). Hastalığın Sosyal İnşası ve Hastalık Anlatıları: Meme Kanseri Örneği, Sosyoloji Dergisi, 18. Sayı, 2007, s.148-224.

Özer, Ali (2003). Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum Ve Davranışları. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Özer, Nadiye; Özlü, Zeynep Karaman; Sarıtaş, Serdar (2009). Cerrahi Kliniklerde Tedavi Gören Hastalar Haklarını Biliyorlar Mı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12:4, s.19-28.

Süttaş, Mustafa (2000). Hasta Ve Hasta Yakını Hakları (1. Baskı). İstanbul: Çiviyazıları Yayınevi.

Taşçı, Kerime Derya (2007). Doğum Yapan Hastaların Aldıkları Bakımı Hasta Hakları Açısından Değerlendirmeleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10:3, s.26-33.

Tekin, Ayşe (2007). Sağlık-Hastalık Olgusu Ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Zengin, Ayfer; Erbaycu, Ahmet Emin; Mertoğlu, Aydan; Yazıcı, Ergün; Çetinalp, Hüseyin (2013). Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin Beş Yıllık Deneyimi, İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, Cilt: 27, Sayı: 2, s.105-117.



EKLER

EK-1: Anket örneği

Erciyes Üniversitesi Mustafa Eraslan-Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve

Kliniğinden Hizmet Alan Hastaların Yakınlarıyla, Haklarına Dair Yapılan

Görüşme Anketi

...../...../2015

Değerli Hasta Yakınları,

Yüksek lisans araştırma konum olan haklarınıza dair bilinç düzeylerinizin ve haklarınızı kullanma düzeylerinizi etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla hazırlanan anket sorularının sizler tarafından dikkatlice yanıtlanması araştırmanın güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim. Ankette isim ve soy isim belirtilmesine gerek olmayıp, vereceğiniz cevaplar sadece bu araştırmanın sonuçları için kullanılacaktır.

Araştırmacı Yunus GÜMÜŞ

Aşağıdaki sorulardan size uygun olan kutucukları işaretleyin, lütfen!

1) Hastaya yakınlığınız nedir?

Annesi ☐ Babası ☐ Diğer ☐

2) Cinsiyetiniz nedir?

Kadın ☐ Erkek ☐

3) Yaşınız kaç?

18-35 Arası ☐ 35-45 Arası ☐ 45-65 Arası ☐ 65+ ☐

4) Eğitim durumunuz nedir?

Okur-Yazar Değil ☐ Okur-Yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

5) Nereden geldiniz?

İl İçi ☐

İl Dışı ☐

6) İl içinde veya il dışında yaşadığınız yer neresidir?

İl Merkezi ☐ İlçe Merkezi ☐ Kasaba ☐ Köy ☐

7) Aylık geliriniz ne kadar?

0-1000 TL ☐ 1000-2000 TL ☐ 2000-3000 TL ☐ 3000+ TL ☐

8) İkamet ettiğiniz konut tipi nedir?

Müstakil Ev ☐ Gecekondu ☐ Apartman Dairesi ☐ Site İçi Daire ☐ Villa ☐

9) Hastanın cinsiyeti nedir?

Kadın ☐

Erkek ☐

10) Hastanın yaşı kaç?

0-5 Arası ☐

5-10 Arası ☐

10-15 Arası ☐

15-18 Arası ☐

11) Hastaya konulan teşhis nedir?

.....

12) Hasta ne kadar süredir bu hastanede tedavi görmektedir?

0-6 Ay ☐

6-12 Ay ☐

1-2 Yıl ☐

2-3 Yıl ☐

3+ Yıl ☐

13) Hasta haklarına dair bir bilginiz var mı? Cevabınız evet ise bir sonraki soruyu cevaplayın, değilse 16. soruya geçin.

Evet ☐

Hayır ☐

14) Hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyiniz ne kadar?

Az ☐

Biraz ☐

Yeteri Kadar ☐

İyi ☐

Çok İyi ☐

15) Hasta haklarıyla ilgili sahip olduğunuz bilgiyi nereden edindiniz?

.....

16) Hastalık süreciyle ilgili herhangi bir sağlık personelinden daha önce bilgi almak istediniz mi? Cevabınız evet ise bir sonraki soruları cevaplayın, değilse 19. soruya geçin.

Evet ☐

Hayır ☐

17) Aldığınız cevap sizi tatmin etti mi?

Cevap alamadım ☐

Az ☐

Biraz ☐

Oldukça ☐

Çok ☐

18) Hastalık süreciyle ilgili bir bilgi almanız gerektiğinde herhangi bir sağlık personeliyle tekrar görüşmek ister misiniz?

Evet ☐

Hayır ☐

19) Teşhis ve tedavi süreciyle ilgili istek ve şikâyetleriniz de nereye başvuracağınızı biliyor musunuz? Cevabınız evet ise bir sonraki soruları cevaplayın, değilse 23. soruya geçin.

Evet ☐

Hayır ☐

20) Daha önce aldığınız hizmetlerle ilgili herhangi bir istek veya şikâyetle bulundunuz mu? Cevabınız evet ise bir sonraki soruyu cevaplayın, değilse 23. soruya geçin.

Evet ☐

Hayır ☐

21) Daha önceki başvurularınızdan sizi memnun eden bir sonuç alabildiniz mi? Cevabınız hayır ise bir sonraki soruyu cevaplayın, değilse 23. soruya geçin.

Evet

☐

Hayır

☐

22) İhtiyacınız olduğunda ilgili birime tekrar başvurmayı düşünür müsünüz?

Evet

☐

Hayır

☐

23) Daha önce herhangi bir sağlık personeliyle haklı olduğunuzu düşündüğünüz bir tartışma yaşadınız mı? Cevabınız evet ise diğer soruları cevaplayın, değilse anketi burada sonlandırın.

Evet

☐

Hayır

☐

24) Yaşadığınız bu tartışma sonucunda herhangi bir müracaatta bulundunuz mu? Cevabınız evet ise diğer soruları cevaplayın, değilse anketi burada sonlandırın.

Evet

☐

Hayır

☐

25) Yaşadığınız tartışmayla ilgili bulunduğunuz müracaatın sonucundan memnun kaldınız mı?

Hiç Kalmadım

☐

Az

☐

Biraz

☐

Oldukça

☐

Çok

☐

26) Herhangi bir sağlık personeliyle haklı olduğunuzu düşündüğünüz tekrar bir tartışma yaşarsanız müracaatta bulunmayı düşünür müsünüz?

Evet

☐

Hayır

☐

ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK-3: Anket için onay yazısı örneği

Evrak Tarih ve Sayısı: 30.11.2015-E.88311

BELM314KA



T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Müdürlüğü



Sayı: 44008645-010.99/

Konu: Anket Çalışması Talebiniz.

Sayın Yunus GÜMÜŞ
Sosyal Çalışmacı

İlgi : 19.11.2015 tarih ve 3845 sayılı dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçeniz tetkik edilmiş olup, Mustafa ERASLAN-Fevzi MERCAN Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Poliklinik ve Kliniğinden hizmet alan hastaların yakınlarıyla anket yapma talebiniz uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Kudret DOĞRU
Başhekim
Merkez Müdürü

Evrakı Doğrulamak İçin: http://ebys.erciyes.edu.tr/enVision-Sorgula/validate_doc.aspx?V=BELM314KA Pin:48191

Erciyes Üniversitesi Talas Yolu Melikgazi 38039

Telefon +90 352 437 49 01

E-Posta: thf@erciyes.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Sema Taş

Faks: +90 352 437 52 73

Elektronik Ağ: <http://www.erciyes.edu.tr>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

