

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

**TÜRKİYE’ DE HASTA HAKLARININ KAPSAMLI BİR
ARAŞTIRMASI**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Seyhan KALYONCU

İstanbul, 2018

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

**TÜRKİYE' DE HASTA HAKLARININ KAPSAMLI BİR
ARAŞTIRMASI**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Seyhan KALYONCU

Öğrenci No:

165546076

Danışman:

Dr. Öğr. Üyesi Canan URHAN

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Türkiye’de Hasta Haklarının Kapsamlı Bir Araştırması**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 06.10.2018

Seyhan KALYONCU

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

06 No. 1 2018

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 165546076 numaralı *Seyhan Kalyoncu*'nun "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Türkiye'de Hasta Haklarının Kapsamlı Bir Araştırması*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 29.05.2018 tarih ve 2018/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (39) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

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

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Canan URHAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Tülin ÇAĞDAŞ
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Doç. Dr. Selda UCA
(Kocaeli Üniversitesi)



Adı ve Soyadı : Seyhan KALYONCU
Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Canan URHAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2018
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık Kurumları, Sağlık Çalışanları, Hasta Hakları, Hasta Sorumlulukları, Hasta Güvenliği.

ÖZ

TÜRKİYE’ DE HASTA HAKLARININ KAPSAMLI BİR ARAŞTIRMASI

Hasta Hakları kavramı, son yıllarda insan hakları, bireysel hak ve özgürlükler ve tüketici hakları kavramları ışığında gelişen ve sağlık hizmet sunumunda bu kavramların karşılığı olarak somutlaşan, yükselen bir değerdir. Bu çalışmada Türkiye’ de hasta haklarının kapsamlı bir araştırması yapılması amaçlanmıştır. Çalışmada, hasta haklarının hekimler ve hastalar tarafından genel olarak algılanışını incelemek ve yakın zamanda Türkiye’ de ‘‘Hasta Sorumlulukları’’ adıyla ortaya çıkan kavram bağlamında katılımcıların hasta sorumlulukları konusunda bilgi düzeylerini yansıtmak hedeflenmiştir. Araştırma için farklı branşlarda hizmet veren hekimler ve farklı hastalıklarla mücadele eden hastalar seçilmiş ve hasta hak ve sorumluluklarına dair yarı yapılandırılmış mülakatlar gerçekleştirilmiştir. Yapılan mülakatların içerik analizi gerçekleştirildikten sonra elde edilen konu başlıkları hasta ve hekimlerin genel olarak hasta hakları ve hasta sorumlulukları üzerine bilgi ve algılayışlarını yansıtmayı hedeflemektedir.

Name and Surname : Seyhan KALYONCU
Supervisor : Dr. Academician Canan URHAN
Degree and Date : Master Thesis, 2018
Major : Hospital and Health Institutions Management
Key Words : Health Institutions, Healthcare Staff, Patient Rights, Patient Responsibilities, Patient Safety.

ABSTRACT

A COMPREHENSIVE RESEARCH OF PATIENT RIGHTS IN TURKEY

The concept of patient rights; developing in recent years illuminated by the concepts of human rights, individual rights, freedom and consumer rights, is a rising value in health care presentation as a concrete result of the mentioned concepts. The purpose of this study is to conduct a comprehensive research on awareness, perception and implementation of patient rights and responsibilities in Turkey. The study aims to assess the doctors' and patients' general perceptions of patient rights, and to reflect the participants' level of awareness of patient rights within the context of a concept which has emerged in the name of "Patient Responsibilities" in Turkey recently. The study sample consisted of doctors serving in varied specialties and patients struggling with different diseases, and within the scope of the research semi-structured interviews regarding patient rights and responsibilities were conducted with the participants. Themes obtained after content analysis of interviews aim to reflect the knowledge and perceptions of patients and doctors regarding patient rights and responsibilities.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1. HİZMETİN TANIMI	3
1.2. SAĞLIK ve HASTALIK KAVRAMLARI.....	4
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ ve ÖZELLİKLERİ	5
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	5
1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	6
1.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Amacı	7
1.3.4. Sağlık İşletmesinin Tanımı	7
1.3.5. Sağlık İşletmelerinin Amaçları	8

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI KAVRAMI

2.1. HAK KAVRAMI	9
2.2. İNSAN HAKLARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ.....	10
2.2.1. İnsan Haklarının Önemi	13
2.2.2. Hakların Kuşaklara Göre Ayrımı	14
2.2.2.1. Birinci Kuşak Haklar	14
2.2.2.2. İkinci Kuşak Haklar	14
2.2.2.3. Üçüncü Kuşak Haklar	15
2.2.2.3.1. Sağlık Hakkı	15
2.2.2.4. Dördüncü Kuşak Haklar	15
2.3. HASTA HAKLARI KAVRAMI.....	16
2.3.1. Hasta Haklarının Amacı	17

2.3.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	19
2.3.3. Uluslararası Belgelerde Hasta Hakları	21
2.3.3.1. Lizbon Bildirgesi	21
2.3.3.2. Amsterdam Bildirgesi	22
2.3.3.3. Bali Bildirgesi	23
2.3.3.4. Hasta Hakları Avrupa Statüsü Temel Dokümanı	24
2.3.4. Hasta Hakları İhlalleri ve Nedenleri	25
2.3.4.1. Hastaya Bağlı Nedenler	25
2.3.4.2. Sağlık Kurumu ve Personelinden Kaynaklanan Nedenler	25
2.4. HASTA GÜVENLİĞİ VE MALPRAKTİS KAVRAMLARI	26
2.4.1. Hasta Güvenliği Kavramı	26
2.4.2. Malpraktis Kavramı	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARI İLE İLGİLİ MEVZUAT VE HASTA HAKLARININ MEVCUT DURUMU

3.1. TÜRKİYE’DEKİ HASTA HAKLARI GELİŞİMİ İLE İLGİLİ MEVZUAT ..	29
3.1.1. Anayasa	29
3.1.2. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	30
3.1.3. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	30
3.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	31
3.1.5. Hasta Hakları Yönetmeliği	32
3.2. TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARI KONUSUNDA YAŞANAN GELİŞMELER	34
3.2.1. Tıp Meslek Etiği Kuralları	38
3.2.2. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi	39
3.2.3. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi	40
3.2.4. Hekim Seçme Yönergesi	41
3.3. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE HASTALARA TANINAN HAKLAR	41
3.3.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	41
3.3.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı	42
3.3.3. Hasta Haklarının Korunması	42

3.3.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	43
3.3.5. Tıbbi Araştırmalar	44
3.3.6. Diğer Haklar	45
3.4. HASTALARIN SORUMLULUKLARI	45
3.4.1. Genel Sorumluluklar	46
3.4.2. Sosyal Güvenlik Durumu	46
3.4.3. Sağlık Çalışanlarını Bilgilendirme	46
3.4.4. Hastane Kurallarına Uyma	46
3.4.5. Tedavisi İle İlgili Önerilere Uyma	47

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’ DE HASTA HAKLARININ KAPSAMLI BİR ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı	48
4.2. Araştırmanın Yöntemi	48
4.3. Araştırmanın Kısıtları	50
4.4. Araştırmanın Örneklemi	51
4.5. Araştırmanın Bulguları	52
4.5.1. Hasta Hakları	53
4.5.2. Bilgilendirme	54
4.5.3. Bilgi Gizliliği	58
4.5.4. Hekim Sorumluluğu	59
4.5.5. Tıbbi Hata (Malpraktis)	61
4.5.6. Şikâyet	63
4.5.7. Hasta sorumluluğu	66
4.5.8. Şiddet	68
4.5.9. Hasta hakları eğitimi	70
4.5.10. Hastane kuralları	72
SONUÇ	73
KAYNAKLAR	76
EKLER	85
Ek-1: Hekimlere Yöneltilen Mülakat Soruları:	85
Ek-2: Hastalara Yöneltilen Mülakat Soruları:	87
ÖZGEÇMİŞ	89

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Hizmetin Tarihsel Tanımları.....	4
Tablo 2. Hasta Hakları Konusunda Türk Sağlık Sisteminde Gerçekleştirilen Yasal Düzenlemeler.....	36
Tablo 3. Katılımcılara ait bilgiler.....	52
Tablo 4 Hasta Hakları	54
Tablo 5. Bilgilendirme	57
Tablo 6. Bilgi gizliliği.....	59
Tablo 7. Hekim sorumluluğu.	60
Tablo 8. Tıbbi Hata (Malpraktis)	62
Tablo 9. Şikayet	65
Tablo 10. Hasta sorumluluğu	68
Tablo 11. Şiddet.....	70
Tablo 12. Hasta hakları eğitimi.....	71
Tablo 13. Hastane kuralları	72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Hastane Hasta Hakları Kurulu İş Akış Şeması..... 37



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇSAM	: Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması
AİHM	: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
AİHS	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTB	: Dünya Tabipler Birliği
HHY	: Hasta Hakları Yönergesi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu

GİRİŞ

Sağlık hakkı ikinci kuşak haklardan olup, hasta hakları ise üçüncü kuşak haklarının alt başlığı olarak son yıllarda üzerinde en çok konuşulan konulardan biridir. Hasta hakları, tıbbi yardıma ihtiyaç duyan bireyin, sağlık çalışanı, sağlık kurumu ve kuruluşlarına karşı sahip olduğu haklardan oluşmaktadır (Akdemir, 2015, 18). Hasta haklarının amacı tarafların hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını belirleyerek muhtemel hak ihlallerinin önüne geçmektir (Hatun,1999,19-20). Hasta hakları bir bireyin sırf insan olmasından dolayı sahip olduğu ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve devletlerarası antlaşmalarla, kanunlarla ve diğer mevzuatlarla güvenceye alınmış haklardır (Özmen ve Tanrıverdi, 2011, 86).

Ülkemizin hasta hakları konusunda attığı en önemli adımlardan biri, Türkiye'nin de mensup olduğu insan hakları sözleşmeleri ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildiriler çerçevesinde düzenlenmiş ve 1 Ağustos 1998 yılında yürürlüğe konulan “Hasta Hakları Yönetmeliği”dir (Aydemir, 2010, 17). Bu yönetmelik sayesinde Sağlık Bakanlığı mevzuatında karışık halde yer alan hasta hakları tek bir çatı altında toplatılmıştır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). 2014 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe sokulan “Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” kapsamında, sağlık personeli tarafından hasta ve hasta yakınlarına yapılması gerekli bilgilendirmenin temel öğeleri, hasta hakları ve hastanın uymakla yükümlü olduğu kurallar yeniden şekillenmiştir. (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014). Yakın zamanda Türkiye’de hasta hakları dışında “Hasta Sorumluluğu” adıyla yeni bir kavram ortaya çıkmıştır. Bu kavram hastanın herhangi bir sağlık kurumundan hizmet talep etmeden önce ve talep ettikten sonra yerine getirmesi gerekli ödev ve sorumluluklardır (Akdemir, 2015, 91).

Bu çalışmada hekimlerin ve hastaların hasta hakları ve hasta sorumluluklara konularındaki bilgi düzeyleri, algıları, düşünceleri ve ülkemizdeki mevcut durumun yansıtılması amaçlanmıştır. Hasta hak ve sorumluluklarına ilişkin literatür sunumunu takiben konu hakkında çeşitli branşlardaki hekim ve farklı hastalıkları olan hastalarla yapılan yarı yapılandırılmış mülakatların bulgularına yer verilmiştir.

Hasta hakları kavramı hakkındaki farklı görüş ve algılar geçmişten günümüze önemli boyutlarda yaşanan bir sorun teşkil etmektedir. Hastanın tedavisinde hasta ve hekim arasında doğru iletişim ve tedavinin yanında verilecek psikolojik desteğin son derece önemli olduğu görülmektedir. Öncelikle, hasta ile doğrudan iletişime geçen sağlık çalışanlarından olan hekimlerin hasta haklarını önemseyerek hareket etmeleri hastalara büyük ölçüde psikolojik destek sağlamaktadır. Hekim ve hastaların hasta hakları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları bu konuda fayda sağlamaktadır. Bu çalışmada sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta hakları bağlamında bilgilendirmenin önemi sağlık çalışanları ve hastalarla yapılan mülakatların bulguları ışığında ortaya konmaktadır.

Bu kapsamda çalışma giriş ve sonuç bölümleri hariç dört ana bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık hizmetleri kavramı incelenmektedir. Çalışmanın ikinci bölümünde hasta hakları kavramı ve Türkiye’de hasta hakları konusunda yaşanan gelişmelere yer verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde Türkiye’de hasta hakları konusunda yaşanan gelişmeler, Türkiye’de hasta hakları ile ilgili mevzuat, hasta haklarının mevcut durumu ve hasta sorumlulukları ortaya konmuştur. Çalışmanın dördüncü bölümünde ise hasta haklarının ve hasta sorumluluklarının ülkemizdeki mevcut algılanış biçiminin belirlenmesine yönelik katılımcılarla gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış mülakatların bulgu ve sonuçlarına yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

1.1. HİZMETİN TANIMI

Hizmet; “insan ve makineler tarafından insan gayretiyle imal edilen ve tüketicilere direkt fayda sunan ayrıca fiziksel olmayan ürünlerdir”. Bu sebeple hizmetler soyut olmalarından dolayı tüketiciler açısından kâr ya da doyum olarak görülmektedir. İşletmeler, günümüzde birer hizmet işletmesine dönüştükleri için işletmeleri hizmetten ayrı düşünmek veya eylemlerindeki benzer hizmetten ötürü hizmet kavramının tanımının yapılmasında zorluklarla karşılaşmaktadır. (Karahan, 2000, 21).

İhtiyaçlarımızı tatmin eden fakat gayri maddi oldukları için mal denilmeyecek şeylere hizmet denilmektedir. Mesela, avukat, doktor ve hostes gibi meslek erbaplarının gördüğü işler ihtiyaçları tatmin eder ve somut olmayan şeylerdir (Oğuz, 1964,6).Hizmet; soyut olma özelliğine sahip ve alındığında herhangi bir soyut mala sahip olmakla sonuçlanmayan, satış için gösterilen faaliyetler ve faydalardan meydana gelen ürün çeşididir. Otel odası kiralama, bankaya para yatırmak, uçakla seyahat etmek, doktora muayene olmak gibi faaliyetler hizmet alanının içine girmektedir (Kotler, 2001:291; Akt: Tınmaz, 2008, 3).

Bir diğer hizmet tanımı ise insanlar tarafından üretilen ya da düzenlenen, gözle görülmesi, elle tutulması, saklanması imkân dâhilinde olmayan; ortaya konulduğu anda tüketilmesi gereken, haberleşme, ulaştırma ve turizm gibi temel insan ihtiyaçlarının giderilmesini ve yaşamın daha rahat sürdürülmesini kapsamaktadır. Bunun dışında müşterinin bakım, onarım ve montaj ihtiyaçları da yine bu kavram içerisinde kabul edilmektedir. (Tosun, 2015, 6). Aşağıda yer alan Tablo 1’de de görüldüğü üzere hizmet kavramının tarihi süreç içerisinde nasıl tanımlandığı/algılandığı bariz şekilde görülmektedir.

Tablo 1. Hizmetin Tarihsel Tanımları

Yazar	Tanım
Fizyokratlar (-1750)	Tarım üretimi dışında kalan bütün faaliyetler.
Adam Smith (1723–1790)	Somut bir ürün alınamayan bütün faaliyetler.
J.B. Say (1767–1832)	Ürünlere fayda sağlayan, bütün imalat dışında kalan faaliyetler.
Alfred Marshall (1842–1924)	Yaratıldığı zamanda varlık oluşturan mallar(hizmetler).
Batı Ülkeleri (1925–1960)	Bir malın şeklinde değişikliğe sebebiyet vermeyen hizmetler.
Çağdaş	Bir malın biçiminde değişikliğe sebep olmayan faaliyetler.

Kaynak: A. S. Öztürk, “Hizmet Pazarlaması”, İstanbul, 2013, s. 3

Bir bireyin diğer bir bireye sunduğu temel olarak dokunulur olmayan ve herhangi bir şeyin mülkiyeti ile neticelenmeyen bir eylem veya faydadır. Ayrıca imal edilmesi fiziksel bir ürüne bağlı olabileceği gibi bağlı da olmayabilmektedir. (Öztürk, 2013, 4).

1.2. SAĞLIK ve HASTALIK KAVRAMLARI

Topluluğu oluşturan bireylerin yaşama gayeleri hayatta kalmak üzere inşa edilmiştir. İnsanoğlunun tüm eylemlerinin yegâne amacı budur. Hayatta kalan bireylerin bir diğer amacı da sağlıklı bir şekilde hayatlarına devam edebilmektir.

Çeşitli bölümlerden bilim insanları sıhhatin ana anlamının belirtilmesi üzerine çalışmalar yapmaya devam etmektedir. Bunun gayesi, toplumların yegâne ihtiyacı olan sağlığın ve sağlık hizmetlerinin çağdaş standartlara ulaşabilmesini başarmak ve bu alanda her daim pozisyon alabilmeyi mümkün kılmaktır. Sağlık kavramı her dönemin şartlarına ve tanımını yapan toplumların kültürüne göre değişiklik gösterdiği için tanımı oldukça zor ve karmaşıktır (Gürer, 2017, 7).

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) tarafından yapılmış olan sağlık tanımı: “Sağlık sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir” denilmektedir. Amerika Birleşik

Devletleri’nde (ABD) son yıllarda kabul edilen bir başka tanım da şu şekildedir: “insanların hayatlarını sürdürüyor olmaları, yaşamsal aktivitelerini yerine getirebiliyor olma kapasiteleri, mutluluğa ve hazzı ulaşmaları ve zihinsel-bedensel iyi olma halinin elde edilmesi sağlık kavramının en açık ve basit tanımıdır (Erişim Tarihi:29.08.18 <https://sbu.saglik.gov.tr>).

Prof.Dr. Nusret FİŞEK hastalık sözcüğünün manasını şöyle belirtmiştir: “Doku ve hücrelerde normal dışı yapısal ve işlevsel (fonksiyonel) değişikliklerin doğurduğu haldir” (Erişim Tarihi: 29.08.18 www.ttb.org.tr).

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİ ve ÖZELLİKLERİ

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlere sağlık hizmetleri denir (Erişim Tarihi: 28.07.18,www.ttb.org.tr).

Sağlık hizmetleri, birey ve toplumun sağlıklı uzun ömürlü ve randımanlı çalışmasına imkân tanımaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Sağlık hizmetleri şu şekilde sıralanmaktadır. (Kavuncubaşı, 2010, 36-45):

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Çevreye ve bireylere özgü servisler olarak ikiye ayrılabilir. Çevre korunması amaçlı sağlık hizmetlerinin gayesi çevreyi sağlık açısından olumsuz etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörleri ortadan kaldırmak veya kişilerin sağlığı açısından çevreyi daha iyi hale getirmektir. Bu çalışmaya çevre sağlığı hizmeti denilmektedir. Bu sağlık hizmeti eğitim görmüş ve bu konuda uzman kişilerce; mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni vb. yürütülmektedir. Bireye has koruyucu sağlık hizmetleri ise sağlık meslek grupları doktor, hemşire hekim tarafından yürütülmektedir.
2. Tedavi edici sağlık hizmetleri: Sağlığı bozulmuş bireylerin eski sağlık düzeylerine ulaşmaları amacıyla sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler

hekim sorumluluğunda diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla verilmektedir (Erdem,2007,65).

3. Rehabilitasyon hizmetleri: Rehabilitasyon; doğuştan ya da sonradan hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle bir kısım yeteneklerini yitiren bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırarak kendine, ailesine, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen bir çalışma sürecidir (Akkuş, Akdemir,2006,85).

1.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetinin salt kendinden kaynaklı özelliğinin yanı sıra kendine has özellikleri mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin özellikleri dikkate alınmadan tasarlanan, uygulanan sağlık pazarlaması eylem planlamasının başarı elde etmesi kolay değildir. Sağlık hizmetinin özellikleri şu şekilde açıklanmaktadır. (Kurtuluş, 2005, 16):

- Sağlık hizmetinin ifade ettiği mana sağlık hizmetini alan kişi için diğerlerine nazaran farklıdır. Hayati konularla alakalı hizmetler olduğundan dolayı müşteri için belirli olmayan bir tehlikeden söz edilmektedir. Ayrıca tüketici konumundaki birey verilen hizmeti değerlendirebilecek teknik bilgiye sahip değildir.
- Hastanın şuuru sağlık hizmetinin alımında etkili olabilmektedir. Örneğin, acil hastalar ve akli dengesi yerinde olmayan hastaların hizmet alım kararını kendileri veremezler.
- Sağlık hizmetinde pazarlama uygulamasından çok mesleğin kendisine ait kuralları geçerli ve hâkimdir. Bu kurallar genellikle meslek odaları ve yasalar tarafından konulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde iki seçenek mevzu bahis olabilmektedir. Bu seçeneklerden biri hastane diğeri de hekimdir. Hekim tercihinde alınmış hizmetin değerlendirilememesi söz konusudur. Bu sebeple hizmet alanı arkadaş, tanıdık, akran gibi sosyal çevresinden gelebilecek öneriler yönlendirilebilmektedir.

- Sağlık hizmeti sunulurken kontrol dışı olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler hizmetin kalitesini ve tüketicinin algısını direkt etkilemektedir. Örneğin, komplikasyonlar veya bulaşıcı hastalıklar.

Sağlık hizmetleri toplum için olan hizmetlerdir ve en etkili şekilde sunulmaları topluma değer katmaktadır (Kavuncubaşı, 2010, 64).

1.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Amacı

Günümüzde tüm dünyada hizmet endüstrisi içerisinde sağlık hizmetlerinin payı ve önemi oldukça büyüktür. Birçok ülkede sağlık hizmetlerine ayrılan fonlar giderek artmaktadır. Gerek sahip olduğu bütçe gerekse de istihdam yaratmadaki etkin rolü sebebiyle sağlık sektörünün değeri her geçen gün artmaktadır. Yüksek harcamalar yapılması ve neticesinin hem bireyi hem de toplumu etkilemesi sebebiyle sağlık hizmetleri toplumun en hassas olduğu hizmetlerin en başında gelmektedir (Tengilimoğlu, 2012, 55).

Sağlık hizmetleri toplumlarda hem ekonomik hem de sosyal gelişmeyi etkilemektedir. Çünkü sağlık hizmetleri bireysel yararın dışından toplumsal fayda da sağlamaktadır. Böylece sağlık hizmetleri makro seviyede devlet politikaları içinde yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin üç ana amacı vardır, Bunlar; herkese gerekli ve uygun hizmet sunmak, israfı elimine etmek, kaliteyi iyileştirmek ve klinik uygulamalardaki farkları azaltmaktır (Kaptanoğlu, 2011, 91).

1.3.4. Sağlık İşletmesinin Tanımı

Sağlık işletmesi sağlık hizmeti üretmek ve pazarlamak adına bireylerin sağlık gereksinimlerini karşılamak için üretim faktörlerini bilinçli ve birbiriyle uyumlu bir şekilde bir araya getirmektedir. (Tınmaz, 2008, 22).

Hizmet kuruluşlarına paralel olarak hastanelerin de en önemli özelliği hizmet alan hastalara tedavi hizmetlerinin türünü, kalitesini, niceliğini belirleme ve yorumlama durumu bırakmamasıdır. Bu durumdan ötürü hastaneler diğer birçok kurumdan farklı olmaktadır. Hastaneler diğer kurumlardan farklı olsa da gene de

temel kurallardan ayrı tutulamamaktadır. Hastaneleri diğer işletmelerden farklı kılan şey ise hastanelerin devlete bağlı olarak işletiliyor olması ve hizmetin devlet tarafından veriliyor olmasıdır. Diğer işletmelerde ise işletme ve hizmet üretimi şahıslar tarafından yapılmaktadır (Tosun, 2015, 32).

1.3.5. Sağlık İşletmelerinin Amaçları

Sağlık hizmetlerinin genel amacı; toplumun sağlık düzeyini yükseltmek ve sürekliliğini sağlamaktır. Bu genel amaca bağlı sağlık hizmetlerinin amacı, hizmetin kapsayıcılığını, erişilebilirliğini, hakkaniyetini, etkinliğini yükseltmek ve ihtiyacı olana kaliteli sağlık hizmeti sunabilmektir (Marşap, Akalp, Yeniman, 2010).

Tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de amaçlar özel ve geneldir. Genel amaçların birincisi kârlılıktır. Kâr, işletme faaliyetleri sonunda gelirle gider arasındaki farka denir. Kârlılık, müşteri memnuniyeti, verimlilik, büyüme, sorumlulukların yerine getirilmesi açılarından önemlidir. Kâr elde edemeyen bir işletmenin piyasa şartlarında rekabet edebilmesi imkânsızdır. Kâr, bu kadar önemli olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde öncelikli bir amaç değildir. Çünkü sağlıklı olmak, her insanın arzu edeceği temel bir haktır. İnsan haklarına bağlı her ülkede de sağlık hizmetleri devletin birincil görevidir. Sağlık ihtiyacı diğer ihtiyaçlardan farklı bir özellik taşımaktadır, insanın ne zaman hasta olacağı, hastalığın çeşidi, şiddeti ve gidişatı önceden bilinmemektedir. Sağlık, ticari bir hizmet gibi parayla satın alınamaz, üzerine pazarlık yapılamaz, tehir edilememektedir. Bu sebepten dolayı sağlık işletmelerinde kârlılık önemli ancak asla birinci öncelik olamamalıdır (Fişek, 1993, s.124; Akt:Yıldız,2008,11).

İKİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI KAVRAMI

2.1. HAK KAVRAMI

‘’Hak:

- isim: adalet
- adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç
- dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk
- verilmiş emekten doğan manevi yetki
- Pay
- emek karşılığı ücret
- sıfat: doğru gerçek’’ TDK’ da olarak tanımlanmaktadır. (Erişim Tarihi:10.07.2018,www.tdk.gov.tr).

Toplum düzeninde kullanılan ve belirli kurallar koyularak tanımı yapılan adalet kavramı tarih boyunca insanın tanımını yapmaya çalıştığı bir kavram olmuştur. Kaynaklarda “hak” kavramına ilişkin birçok tanım bulunmaktadır. Bu tanımların birçoğu hak kavramını hukuk alanıyla ilişkilendirmiş ve hukuk düzeni içerisinde açıklamıştır. Tanımlardan birisi de şudur: hukuk düzlemi içerisinde yer alan yetki, menfaat ya da sahip olduğu çıkarı korumak adına tanınan irade gücü olarak tanımlanmıştır (Emini, 2004, 203).

Bireyin doğuştan sahip olduğu hak kavramı toplumdaki diğer kişilerin yaşam sınırlarına müdahale etmeden kendi yaşam çizgisine yön tayin etme serbestisidir. Bireylerin hayatları boyunca ihtiyaçlarından kaynaklanan çıkarları ve menfaatleridir. Bir başka tanımlamayla koruma altına alınmış çıkarlar olarak da açıklanabilmektedir (Kibar, 2010, 5).

Genel itibari ile bireylerin sahip olduğu özgürlükler ve menfaatler olarak açıklanan hak kavramı hukuksal bir kavramdır ve hukuk düzeni içerisinde tanımlanmaktadır. Özkorkut hak terimini şöyle ifade etmiştir: “Hak kavramı, hukuk tarafından bireylere tanınan yetkiler ve yüklenen yükümlölükler olarak da tanımlamak mümkündür.” (Özkorkut, 2013, 107). Hak kavramına dair bir başka açıklama ise şu şekilde ifade edilmiştir: hakkın kullanılması kişinin istemine bırakılmış ve bu hakların korunması konusunda sadece bireyin yetkili olduğu menfaatlerdir (Hatemi, 2016, 112).

Yazılı ve yazısız hukuk kurallarının hepsi daima bir hukuk kuralına dayanmaktadır. Bu sebeple hukuk kuralları çerçevesinde sınırı ve içeriğı belirtilmemiş bir eylemin bir menfaat olarak sınıflandırılması mümkün değildir ve bireyler bu hukuk kuralının tanımadığı bu hakları talep etmeleri imkân dâhilinde değildir (Özkorkut, 2013, 107).

2.2. İNSAN HAKLARI VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Bireylerin sırf insan olmaları nedeniyle edindikleri, insan onuruna yakışır ve insanın ana rahmine düşmesinden itibaren hak elde ettiğı ve insanlığın benzer değerleri konumundaki dili, dini, ırkı, cinsiyeti, ekonomik durumu, siyasal ve sosyal değerlerin göz önünde bulundurulmadığı hiçbir şekilde dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez olan haklar öğretide insan hakları kavramı olarak doğal hukuk çerçevesinde ele alınmaktadır (Saraçoğlu, 2007, 133).

21.yy’da insan hakları, ülkelerin gelişmişlik düzeyi için ekonomik ve teknolojik indeksler kadar önemlidir. Öyle ki içerisinde yaşadığımız yüzyılda insan hakları kavramı “insan hakları çağı” olarak nitelendirilmesini sağlamıştır (Kapani, 2011, 12-15).

İnsanlık tarihi var olduğundan beri insan hakları kavramı da varlığını devam ettirmektedir. Tarihsel şartların gelişmesi ve değişmesi neticesiyle yaşam için gerekli birçok sorun değişmişse de ilkel topluluklardan günümüz çağdaş demokrasilere kadar geçmiş her dönemde insan hakları kavramı her dönemin toplumsal sorunları merkezinde yer almıştır. İnsan hakları kavramı her dönemde farklı bir bakış açısıyla

ele alınmıştır. Mezopotamya’da kurulmuş Sümer Uygarlığının yazılı hukuk kurallarında her yurttaşa eşit ve adil bir düzen yaratmaya çalışmasıyla başladığı düşünülmektedir (Öz, 2007, 5).

İnsan hakları çerçevesinde yaşanan değişimler yakın çağa kadar İngiltere haricindeki diğer Avrupa ülkeleri için referans olarak alınmıştır. Bu birikimler zamanla, Fransız aydın ve düşünürlerini etkileyerek “Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannamesi’nin 1789 tarihinde yayımlanmasını sağlamıştır. Bu beyannameye göre kişiler hak ve özgürlüklerini devredemez. İnsan hakları zaman aşımına uğrayamaz ve aynı zamanda doğal ve kutsal temel haklardır (Uzak ve Altuntaş, 2007, 18).

Bu bildirge bazı noktalarda İngiltere’deki diğer bildirgelerden farklıdır. Öncelikle bu bildirmede insan haklarına evrensel bir nitelik kazandırılmış ve bildirmeden sonra bireyselliği odak noktasına taşımıştır. Bu bildirmeden sonra dünyanın birçok ülkesinde insan haklarını (temel hak ve hürriyetleri) anayasalara dâhil ederek onları güvence altına almıştır (Gökburun, 2007, 30).

İnsanlığa kıtlık sefalet, ölüm ve hastalık getiren birinci ve ikinci dünya savaşlarının bu olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ve yaşanan savaşlardan kurtulmak ayrıca sürekli bir barışı tesis etmek gayesiyle San Francisco’da 26 Haziran 1945’te Birleşmiş Milletler Antlaşması yapılmıştır. Bu antlaşmanın yürürlüğe girmesi 24 Ekim 1945’te olmuştur (Kapani, 2013, 21).

Bu zamana kadar insan hakları konusunda geline en iyi düzey 51 ülke tarafından imzalanmış olan Birleşmiş Milletler Antlaşmasıdır. Birleşmiş Milletler Antlaşmasına göre; dünya barışı ve huzuru için insan haklarının tüm dünyada sağlanması gerekmektedir. Bu antlaşma sayesinde temel hak ve özgürlükler konusu ilk kez resmi ve küresel değer olarak tanınmıştır. Günümüzde hâlâ aktif olan Birleşmiş Milletler Kurulunun mensubu 193’e yükselmiştir. Türkiye bu antlaşmayı 15 Ağustos 1945’te Milletler Adalet Divanı statüsü ile birlikte imzalanmıştır. 4801 sayılı Onay Kanunu 24 Ağustos 1945 gün ve 6902 Sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak kurucu devletlerin arasındaki konumunu almış ve böylece “insan haklarına” vermiş olduğu değeri de göstermiştir (Öztürk ve Erdem, 2006, 148).

İnsan hakları konusunda ihlallerin önüne geçilmesi amacıyla Birleşmiş Milletler Antlaşmasında insan haklarına değinilmesine rağmen İnsan Hakları Komisyonu kurulmuştur (Uzak ve Altuntaş 2007, 19). Bu komisyon İnsan Hakları Evrensel Bildirge 'sini hazırlamıştır. Bu beyannamede tüm bireylerin eşit olduğu, yaşama ve güvenlik hakkının olduğu, köleliğin yasaklanması gerektiği, özel hayatın gizliliği, her çeşit ayrımcılığın yasaklanması gerektiği, düşünce ve vicdan özgürlüğü gibi konulara değinen 30 maddeden oluşan devletlerarası kabul görmüş resmi bir belgedir (Kapani, 2013, 22).

Avrupa Konseyi gibi Avrupa'nın birinci siyasi kuruluş hükmündeki bir kuruma mensup ülkelerin desteğiyle "İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Koruma Avrupa Sözleşmesi" 1950 Kasım ayında Roma'da imzalandı. Avrupa Konseyi üyeleriyle kısıtlı bu anlaşma 1953 tarihi itibariyle yürürlüğe girmiştir. Avrupa Konseyi üyesi 187 devlet AİHS'yi onaylamıştır. Bu sözleşmeyle beraber imza atan devletler yeni yükümlülükler altına girmiş ayrıca hakları ihlal edilmiş kişilerin hususi müracaat yapabilmeleri sağlanmıştır. Bu toplumlar arası anlaşma bireyleri hak elde etme konumuna getirmiştir. Ayrıca bu sözleşmeye paralel olarak hususi hak ve özgürlüğün denetimi adına sonsuz vazife görecektir "Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi" de kurulmasına vesile olmuştur. Ülkemiz bu sözleşmeye 18 Mayıs 1954 tarihinde taraf olmuştur. Ayrıca AİHM'nin zorunlu yargı yetkisini de 28 Ocak 1990'da onaylamıştır (Sert, 2004, 61).

18 Ekim 1961 tarihinde "Avrupa İnsan Hakları'nın sosyal açıdan da desteklenmesi amacıyla "Avrupa Sosyal Şartı' Avrupa Konseyi tarafından kabul edilmiştir. Avrupa Sosyal Şartı 26 Şubat 1965'te yürürlüğe konulmuştur. Avrupa Sosyal şartı ile ulaşılmak istenen düzey tüm üye ülkelerde çalışma hakkı, çalışan kadın ve çocukların korunması, sendika kurma ve örgütlenme, sağlık yardımı, emekçilerin eğitimi ve göçmenlerin korunması eğitimi gibi konularda belli bir standardı yakalamaktır. Ülkemiz ise Sosyal Şart'a 16 Haziran 1989 da taraf olmuş ve 14 Ekim 1989'da yürürlüğe sokmuştur (Çetin, 2008, 30).

2.2.1. İnsan Haklarının Önemi

İnsan haklarını korumayı amaçlayan etik bir davranış olan insan hakları kavramı insanın doğal ve kültürel yeteneklerini serbestçe ifade etmesine imkân sağlamaktadır. Temel hak ve hürriyetlerin temelini oluşturan yaşama hakkı, mülk edinme, çalışma-seyahat hakkı ve eğitim arzusu gibi insanlığın sahip olduğu davranış biçimleri korunup gerçekleştirildiği takdirde mutlu ve huzurlu olabilmektedir. Bu tür haklardan mahrum bırakılmış ve huzursuz insanlardan oluşan bir toplumun insanlığa bir şey katması beklenmemektedir. Çünkü uyumsuz ve huzursuz bireyler ne kendi ülkesine ne de dünya insanlığına olumlu bir katkı sağlamaları beklenmemektedir (Kuçuradi,2000, 9).

Belli bir azınlığın tekelinde bulunan başarının geniş kitlelerle buluşması ancak insan hakları sayesinde olabilmektedir. Bireyler ancak insan haklarının kendilerine tanıdığı eşitlik ve fırsat eşitliği sayesinde kendilerini ifade edebilmektedirler. Bugün geniş halk kitlelerinin de çocukları eğitim hakkından yararlanabiliyorsa bu tamamen eğitimde fırsat eşitliği ilkesi sayesinde mümkün olabilmektedir (Funda, 2012, 48).

İnsan ve insanlık onuru insanı diğer canlılardan ayıran temel özelliklerden birisidir. Kaldı ki insan hakları insanlık onuruyla ilişkili bir kavramdır. Temel hak ve değerlerine sahip çıkan insan var olma amacının temelini oluşturan bu yeteneğe de sahip çıkmış olmaktadır. Diğer bir ifadeyle insan hakları insana yakışır onurlu bir yaşama isteğinin mücadelesini icra etmektedir. Tarihi süreç içerisinde haklarından mahrum bırakılmış insanların onuruyla beraber birçok değerinden de mahrum kaldıkları görülmektedir. Ayrıca bu insanlar ürettiklerini de kaybederek üretim konusunda egemen olan ülkelerin boyunduruğu altına girmektedirler. İnsan hakları kavramının temelinde insanların hür ve bağımsız yaşama arzusu yatmaktadır. Bu haklarını gerektiği gibi koruyamayan insanların bağımsız bir şahsiyet ve özgür bir toplum oluşturmalarının mümkün atı yoktur (Uygun, 2000, 39).

2.2.2. Hakların Kuşaklara Göre Ayrımı

İnsan hakları kavramı insanlığın ve toplumsal yapının sürekli olarak gelişmesi değişmesi ve çeşitlenmesine bağlı olarak hak ve talepler konusunda çeşitlenip zenginleşmektedir. İnsan hakları geçmişten günümüze doğru üç kuşak şeklinde hatta günümüzde yaşanan gelişmelerle beraber dört kuşağa da ayrılabilir (Turhan,2013,357,378). Bu kuşakları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

2.2.2.1. Birinci Kuşak Haklar

Birinci kuşak insan hakları kategorisine bakıldığında; en klasik hak ve özgürlüklerin ortaya çıktığı kuşak olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireysel ve siyasal haklar bu kuşak haklar arasında yer almaktadır. Devleti bu kuşak haklara karşı sınırlandırmak ve bazı temel hakları hukuki güvence altına alarak kişilerin maddi manevi varlığının korunması bu kuşak hakların belirgin özelliği olarak göze çarpmaktadır (Akdur, 1997, 43).

Düşünce, ifade ve iletişim serbestisi, seçme ve seçilme hakkı, kişi dokunulmazlığı ve yaşama hakkı, dernek kurma ve üye olma, dilekçe hakkı, adil yargılanma hakkı, özel mülkiyete sahip olma hakkı, vatandaşlık ve vergi yükümlülüğü bu haklardan bazılarıdır. Birinci kuşak insan haklarıyla ilgili temel bildirgeler 1215 Magna Carta ve Amerikan İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi ve Fransız Vatandaş Hakları Bildirgesidir (Akıntürk, 2007, 94).

2.2.2.2. İkinci Kuşak Haklar

İkinci kuşak insan hakları birinci ve ikinci dünya savaşları sebebiyle oluşan sonuçlar karşısında bir tepki olarak gelişmekte olan hak ve kavramların olduğu bir dönemdir (Akdur, 1997, 48). Bu dönemdeki haklar genel itibariyle ekonomik, kültürel ve sosyal haklar olarak isimlendirilmektedir. Aynı tarihlerde kurulmuş olan Birleşmiş Milletlerle beraber insan hakları ve özgürlükleri dünya çapında bir boyuta oturtulmuştur. Aynı kuşağın başlıca göze çarpan özelliği sosyal eşitlik veya sosyal adalet kavramlarının ön plana çıkmasıdır. Bu hakların başlıkları şunlardır: Ücretsiz eğitim öğretim hakkı meslek seçme özgürlüğü, çalışma ve sosyal güvenlik hakkı,

sağlık hakkı sosyal yardım hakkı, kültür, sanat, bilim, vicdan ve din özgürlüğü, görüşlerini açıklama, evlenme, aile kurma vb. (Cılga, 2004, 22).

2.2.2.3. Üçüncü Kuşak Haklar

Üçüncü kuşak hakların oluşmasına zemin hazırlayan etkenler genel olarak şunlardır: İkinci Dünya Savaşı sonrasında meydana gelen çevre kirliliği, nükleer silahların sebep olduğu negatif dışsal sebepler, anarşi ile uluslararası gelişim farklılıklarının muazzam boyuta ulaşmış olması, teknolojik ve ilmî yükselme sebebiyle olan problem ve kargaşalardır (Öz, 2007, 3-4). Bu haklar çevre, gelişme, tüketiciyi koruma, toplumun kaderini belirleme, paydaş mal varlıklarından faydalanma, barış ve hasta hakları gibi birey ve toplum birlikteliği ve dayanışmasını içerdiğinden dolayı bu haklara dayanışma ve katılım hakları da denilmektedir (Aydiner, 2006, 14).

2.2.2.3.1. Sağlık Hakkı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 1948 de kabul edilmiş 25. Maddesi şunu belirtmektedir: “Herkesin kendisinin, ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir” (TBMM, 07.04.2018). Bu ifade de görüldüğü üzere sağlık hakkı temel bir hak olarak İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde geçmesinden dolayı sağlık hakkı temel ve evrensel bir hak olarak görünmesini sağlamıştır. Böylece beyannameye imza atmış üye ülkeler sağlık hakkının her bireyin hakkı olduğunu da kabul etmiş olurlar. Sağlık hakkının başka bir ifade edilişi de şöyledir: kişi gerek toplumdan gerekse de devletten sağlığını korumayı, yeri geldiğinde tedavi edilmeyi ve toplumun sağladığı imkânlardan yararlanabilmeyi isteme hakkıdır (Karaer, 2016, 5).

2.2.2.4. Dördüncü Kuşak Haklar

Teknoloji ve bilimsel ilerlemenin kötüye kullanılmasına karşı oluşmuş bir diğer haklar ise Dördüncü Kuşak Haklarıdır. İnsanı insan yapan onurun kötüye kullanılmasına dair hakların bu alana girdiği ileri sürülmektedir. Genetik şifrelerin

yapısıyla ilgili oynamalardan tutun teknolojik imkânlar dâhilinde bu genlerle oynamaya başlanmasına kadar oluşabilecek gelişmeleri yasaklayan Avrupa Konseyi hukuki belgeleri ve “insanların belli kıstaslara göre ayıklanmasını amaçlayan nesil ıslahı ve diğer uzuvların maddi kazanç haline getirilmesini” ve “insanların klonlanmak suretiyle eşeysiz bir şekilde çoğaltılmasını yasaklayan Avrupa Birliği Anayasa antlaşması örnek olarak verilmektedir. (Tezcan ve Erdem vd. 2011, 78).

2.3. HASTA HAKLARI KAVRAMI

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, insan haklarının başlangıcı olarak 20.yy’a damga vurmuştur. Hasta hakları bu mücadele içerisinde 3. kuşak insan haklarında yer almaktadır. Bu beyannameye göre herkesin, sağlıklı yaşayabilmesi için kâfi derecede yaşam standartlarını edinme hakkı vardır (Erişim Tarihi: 25.09.2018,www.ihd.org.tr).

Önceleri sağlık hizmeti sunulurken hastaların haklarının korunması ve gözetilmesi sağlık personelinin ahlaki yükümlülükleri üzerinden dile getirilmiştir. Sağlık personeli hastalara karşı öncelikle kendi vicdanlarına ve hastanın çıkarına göre hareket etmişlerdir. Önal’a göre ahlaki kavramı şöyle tanımlanabilir: sağlık hizmeti veren ile sağlık hizmeti alan kişiler arasında beklentilerden kaynaklanan çelişkileri çözüme kavuşturan bir disiplindir (Önal, 2012, 9). Bu ifadeden yola çıkarak etik kavramının karşılıklı ilişkilerde dayanak noktası kabul edildiği söylenebilir.

Hasta hakları denildiğinde evvela hekim-hasta ilişkisi akla gelmektedir. Günümüzde hasta haklarına karşılık “Hekim Hakları” da sunulmuştur. Sağlık hizmetin talep edenler hekimden tutun da sağlık çalışanlarına oradan da diğer sağlık elemanlarına kadar birçok personelle muhatap olmaktadır. Bundan anlaşılacağı üzere sağlık hizmeti tek bir elden çıkmamakta hatta tam aksine tüm bu ilişkilerin toplamı olarak da düşünülebilir (Sütlaş, 2000, 101). Hasta hakları kavramı sağlık hizmeti sunulurken tüm tarafları kapsamaktadır.

Ahlaki bir faaliyet olarak kabul gören sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hekim ve hemşireler gerek hastaları için gerekse de kendileri için aldıkları kararlar

için sağlam bir temellendirmeye ihtiyaç duymaktadırlar (Savaşkan, 2006, 23). Hasta hakları uygulamalarında hasta ve personel açısından hak ihlallerini egale edecek elle tutulur sağlam bir dayanak olması oldukça önemlidir.

İşin hukuki tarafından bakıldığı vakit sağlık çalışanları için işin bir de bu boyutu vardır. Hasta ve hasta yakınlarından gelen türlü istek gerek sağlık personeli gerekse de kurum ve yöneticileri için birer rehber hükmündedir. Diğer bir yandan yürürlüğe yeni sokulmuş olan Türk Ceza Kanunu (TCK) ve tartışma konusu olan malpraktis yasa tasarısının getirmiş olduğu yükümlülükler karşısında, sağlık personelinin yegâne güvencesi yine gündelik mesleki pratiklerinin hasta haklarına uygun bir şekilde uyarlanmasından başka bir şey değildir (Özlü, 2007, 45). Bu açıdan konuya bakıldığı vakit hasta hakları, sağlık çalışanın karşısında olmaktan çok onların da hakkını koruyan bir uygulama olduğu görülecektir.

Sağlık çalışanları yazılı ve görsel medyada öne çıkan haksız sağlık haberleri karşısında hasta haklarını savunmalıdırlar. Böylece haksız ve yanıltıcı algının oluşması da engellenebilir (Oğuz, 1997, 55).

2.3.1. Hasta Haklarının Amacı

Hasta hakları başlıca insan haklarının sağlık hizmetleri alanındaki yansımasıdır. Öncelikle Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve diğer mevzuat ve uluslararası hukuki dokümanlarda kabul gören "hasta hakları" somut olarak gösterilmesi ve sağlık hizmeti sunulan tüm kurum ve kuruluşlarda ve sağlık hizmeti verilen kurum ve kuruluşlar dışında sağlık hizmeti verilen durumlarda, insana uygun bir şekilde herkesin "hasta hakları" nı dan yararlanabilmesine, hak ihlallerinden kendilerini koruyabilmesine ve gerek duyulması halinde hukuki savunma yollarına fiilen kullanabilmesine ilişkin usul ve esasları düzenleme amaçlı hazırlanmıştır. (Erişim Tarihi: 25.09.2018, <http://getatportal.saglik.gov.tr>).

Hasta ve sağlık çalışanlarını karşı karşıya getirmek hasta haklarının amaç değildir, tam aksine tarafların hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını belirleyerek muhtemel hak ihlallerinin önüne geçmektir. Hatun (1999,19-20) bu amaçları şöyle belirtmektedir:

- Hastanın kişilik ve bütünlüğünün korunarak sağlık hizmetlerinde insanın temel haklarının tekrardan onaylanması,
- Hastaların sağlık hizmetleri konusunda yeterli şekilde yararlanmasının sağlamak ve sistemle ilgili aksaklıkları minimuma indirmek,
- Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi desteklemek ve geliştirmek, ayrıca sağlık hizmeti konusunda hastanın aktif katılımını sağlamak,
- Hasta kuruluşlarından, sağlık çalışanları ve sağlık yönetimine kadar her yerde diyalogu tesis etmek ve var olan diyalogu güçlendirmek,
- Sağlık çalışanın mesleki uygulama kaynaklı hatalarını azaltmak,
- Sağlık hizmeti ile ilgili kaliteyi arttırmak amacıyla hastaların yerel ve ulusal programlara katılımını sağlamak,
- Özel grup konumunda bulunan çocuklar, yaşlılar, mahkûmlar ve psikiyatri hastaları için düzenlemeler yapmak,
- Hekim-hasta etkileşiminde edilgen modelden sıyrılıp sağlık hizmetinde insanlaştırma modelini sağlamak,
- Sağlık hizmeti etkinliğini artırmak amacıyla hasta eğitimini genel uygulama haline getirmek,
- Otokontrol oluşturabilmek amacıyla hasta haklarının düzenli olarak yapılabileceği bir mekanizma oluşturmak,
- Hastaları “maddi kazanç” olarak gören piyasanın mevcut uygulamalarını ve anlayışını değiştirmek,

Hasta haklarının amacını Tanrıverdi (2012,104) şu şekilde ifade etmektedir: hasta hakları hastalar için karşılanması gerekli ve hastanın çıkarının koruma altına alınmasını gerektiren haklardır. Çünkü sağlık, her zaman herkes için gereklidir. Sağlıklı olmak da yaşam hakkı gibi bireylerin doğuştan sahip olduğu vazgeçilemez,

devredilemez haklardandır. Sağlık olmadan diğer temel hak ve özgürlüklerin kullanılması çok zordur. Bu sebeple sağlık hakkı kişilerin maddiyatları veya güçleri doğrultusunda kullanabilecekleri, sahip olabilecekleri bir hak olmamalıdır. Gerekse sosyal gerekse de hukuki açıdan toplum sağlıklı yaşama hakkını koruma altına alınmalıdır.

2.3.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta hakları bir bireyin sırf insan olmasından dolayı sahip olduğu ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'yla, Uluslararası antlaşmalarla, kanunlarla ve diğer mevzuatlarla güvence altına alınmış haklardır (Özmen ve Tanrıverdi, 2011, 86).

Geçmişten günümüze kadar hekim sorumluluğuna dair birtakım kurallar ve kanunlar olduğu bilinmektedir. Hammurabi Kanunları gibi dünyanın bilinen ilk yazılı kurallarında da kötü veya hatalı uygulamalarda hekim sorumluluğundan söz edilmekte ve ilk kez Roma Hukuku'nda hekim bilgisizliği ağır kusur olarak kabul edilmiştir (Aydemir, 2010, 9).

Hasta haklarının ilk ne zaman ve nasıl çıktığına dair kesin bir kanıt olmamasına rağmen hastalık ve diğer sıkıntılar sebebiyle ve belli bir süreç sonunda bugünkü durumuna ulaştığı düşünülmektedir. Hipokrat Yemini hasta haklarını düzenlediği gibi birçok toplumun hasta hakları konusunun oluşumunda da rol oynamıştır. Hekimin hastalarına bakarken ırk, din, dil ve cins gibi kriterlere bakıp ayırım yapmaması gerektiği Hipokrat Yemini'nin içeriğini oluşturmaktadır. Bunun yanında ilkel de olsa diğer haklara atıfta bulunulmuştur. Hipokrat M.Ö 460 -370 yılları arasında yaşadığı düşünüldüğünde o dönem için hasta haklarına ne kadar değer verildiği anlaşılmaktadır. Ülkemizde de dünyada olduğu gibi tıp fakültesini bitirip görevine başlayacak her hekim Hipokrat yemini etmektedir. Hipokrat yemini hasta haklarının kabaca yazılı hale getirilmiş bir pratiği olarak kabul edilmektedir (Sütlaş, 2000, 51).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllarda hasta hakları konusunda çalışmaların başlaması ile tıbbi uygulama hatalarına karşın maddi tazminat cezalarının gündeme gelmesi birbiriyle ilişkili olaylardır. Hastaneye yatmış olan

hastaların tedavileri süresince bazı ahlaki ve yasal hakları olduğu Amerikan Hastaneleri Birliği tarafından ilk kez öne sürülmüştür. Bu amaçla Amerikan Hastaneler Birliği tarafından 1972 yılında Hasta Hakları Bildirisi yayınlanmıştır (Polat, 2005, 115).

Hekim, hasta hekim ilişkisinin mutlak otoritesidir. Klasik sağlık sisteminde bu durum yapılanmada etki göstermiştir. Bu modelde hekim mutlak otorite olup merkezde yer aldığı için hasta hekim ilişkisinde edilgenlik mevcuttur. Hekim, tanıyı koyar ve hastanın izlemesi gereken yolu göstermektedir. Bu bildirinin taşıdığı değer bakımından günümüzde bile önemli bir belge niteliği taşımaktadır. Bu bildiriyle beraber hastanın daha kaliteli bir sağlık hizmeti alması ve hasta memnuniyeti sağlamak amaçlanmıştır. Hastanelerin hasta haklarını desteklemesi tedavi sürecinin bir parçası olarak görülmektedir. Bildiriye göre hekim-hasta ilişki gerekli olmakla beraber hastanın tedavi süresinin profesyonelce örgütlenmiş bir kurum olan hastaneler tarafından yapılması durumunda bu hasta-hekim ilişkisinin farklı bir boyut kazanacağı düşünülmüştür (Elçioğlu ve Demirhan, 2003, 88).

Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamble 'si ise 1975 yılında Hasta Hakları ile alakalı öneri taslağını hazırlamıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, 462). Lizbon Bildirgesi çeşitli konulardan dolayı eleştirilmektedir. Bu konular: madde metinlerinin yeterince açık olmaması, hasta haklarının sadece hekim sorumluluğuna bırakmış olması ve sağlık sorunları ile alakalı birçok detaya yer vermemesidir. Lizbon Bildirgesi'nin eksikliklerini önemli ölçüde kapatmak için Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu hasta haklarını geliştirmek amacıyla Amsterdam'da bir toplantı gerçekleştirmiş ve 1995 yılında da yayınlanan Bali Bildirgesi ile beraber nitelikli tıbbi hizmet almak, seçme özgürlüğü (hekim, sağlık kurumu vs.) kendi kararını kendisi verme, bilinci yerinde olmayan hasta, hukuki açıdan karar vermeye haiz olmayan hastaların istekleri dışındaki prosedürlerin uygulanması, bilgilendirme, sağlık hakkı ve son olarak dini destek alma hakkı konusunda önemli eksiklikleri gidermiştir (Aydemir, 2010, 13).

'Hastaya yüklenen anlam' Amsterdam ve Bali Bildirgeleri arasındaki temel farkı oluşturmuştur. Roma'da Hasta Hakları Ana Sözleşmesi 2002 yılında benimsenmiştir. Danimarka, İsrail, Arjantin gibi ülkelerde hasta hakları ile ilgili

yasalar mevcutken diğer ülkelerde bununla ilgili yasalar olmamakla beraber hasta hakları diğer yasal düzenlemeler içerisine dâhil edilmiştir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, 463).

2.3.3. Uluslararası Belgelerde Hasta Hakları

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile insan hakları kavramı uluslararası sistemde hak ettiği yere gelmiştir. Böylece insanın doğuştan sahip olduğu hakları yazılı hale gelmiştir. Ayrıca “Yaşam Hakkı”, “Sağlık Hakkı” ve “Hasta Hakkı” gibi konular birçok ülkede konuşulmaya başlanmış ve gerekli adımlar atılmaya başlanmıştır. Bu gelişmeler sonrasında hasta hakları konusunda yazılı metinler oluşturulup yayınlamıştır. Bu yazılı uluslararası metinlerden bazıları şunlardır (Akdemir, 2015, 29):

- Lizbon Bildirgesi (1981)
- Amsterdam Bildirgesi (1994)
- Bali Bildirgesi (1995)
- Roma Sözleşmesi (2002)
- Santiago Bildirgesi (2005)

2.3.3.1. Lizbon Bildirgesi

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, uluslararası arenada hasta hakları ile alakalı ilk düzenlemedir. Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi Dünya Tabipler Birliği’nce 1981’de yayınlanmıştır. Lizbon Bildirgesi ilk yayınlanan bildirge olduğu için sonraki gelişmelere göre oldukça ilkel sayılmaktadır. Bu bildirgede tartışılan en önemli nokta hasta hakları ile ilgili iş ve görevlerin hekimlerin inisiyatifine bırakılmış olmasıdır. Ancak Lizbon Bildirgesi, üyeleri hekimlerden oluşan Dünya Tabipler Birliği tarafından oluşturulduğu düşünülürse kendi üyelerini koruyucu maddeler oluşturması gayet doğaldır (Sütlaş, 2000, 68).

Lizbon Bildirgesi, Hasta Hakları açısından bir genel çerçeve olsa da uluslararası sistemde bu konuda hazırlanmış ilk çalışmadır ve Lizbon Bildirgesi hasta hakları açısından çok önemli bir adımdır. Teknoloji ve tıbbın günümüz koşullarında hızlı bir şekilde gelişmesinden dolayı bu bildirgenin bazı noktalarda geliştirilmesi gereğini zorunlu hale getirmiştir. Bu amaçla Lizbon Bildirgesi, Eylül 1995’te Bali toplantısında güncellenerek daha kapsayıcı hale getirilmiştir (Oğuz, 1997, 51).

2.3.3.2. Amsterdam Bildirgesi

Dünya Sağlık Örgütü’nün 28-30 Mart 1994 tarihlerinde Amsterdam’da gerçekleştirmiş olduğu toplantıda kabul görmüş ve açılımı “Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” olan bildirgedir (Sert, 2004, 71).

Lizbon Bildirgesi’nin daha detaylı ve geliştirilmiş şekli olan Amsterdam Bildirgesi 6 başlık altında toplanmaktadır (Hatun, 1999, 84-88):

- Bilgilendirme
- Onay
- Sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerler
- Mahremiyet ve Özel Hayat
- Bakım ve Tedavi
- Başvuru hakları

Sadece Avrupa kıtasını kapsayan Amsterdam Bildirgesi’nin bu bölgeyle sınırlı olması eleştirilebilir bir durum olsa da uygulamada tüm sağlık politikalarına yön vereceği gerçeği göz önünde bulundurulmalıdır. Bildirgedeki kuralların zorluğu apaçık ortadadır. Ayrıca bildirgenin sadece Avrupa ile sınırlı olması yüzünden Avrupa dışındaki diğer ülkelerin bu konuda çaba göstermelerini zorlaştırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Amsterdam Bildirgesi’nden sonraki hasta haklarını ilgilendiren konulardaki çalışmalarında diğer ülkeleri de ilgilendirecek şekilde çalışmalar yapmıştır (Kibar, 2010, 32).

2.3.3.3. Bali Bildirgesi

Hasta haklarını ilgilendiren gerek tıbbi gelişmeler gerekse de teknolojik gelişmeler tıp meslek ahlakındaki tartışma ve araştırma konularına yenilerini eklemiştir. Öyle ki Dünya Tabipler Birliği'nin 1981'de kabul ettiği Lizbon Bildirgesi-I' in güncel gelişmeler sebebiyle yenilenmesi zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Endonezya'da DTB (Dünya Tabipler Birliği)'nin 1995 yılında hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi konusundaki gelişmelere referans oluşturmak ve hekimlerin hasta hakları konusundaki yükümlülüklerini saptamak amacıyla hem daha detaylı hem de değişmiş şartlara uygun bir düzenleme getirmek için Lizbon Bildirgesi-II' yi (Bali bildirgesi) onaylamıştır. Böylece hasta hakları aşağıdaki gibi onbir başlık altında toplanmıştır (İşeri, 2014, 24);

- Nitelikli Sağlık Bakımı Hakkı,
- Seçim Özgürlüğü Hakkı,
- Kendi Adına Karar Verme Hakkı,
- Bilinci Kapalı Hasta,
- Yasal Olarak Karar Verme Yetkisi Olmayan Hasta,
- Hastanın İsteği Dışındaki Prosedürler,
- Bilgilenme Hakkı,
- Gizlilik Hakkı,
- Sağlık Eğitimi Hakkı,
- Onur Hakkı,
- Dini Yardım Alma Hakkı.

Tüm hastalar eşitlik ve hakkaniyet çerçevesinde, genel kabul görmüş tedavi ilkelerine uygun ve kaliteli bir tıbbi tedavi alma hakkına sahip olduğu ayrıca bu tıbbi bakımın niteliğinin geliştirilmesinden hekimlerin sorumlu olduğu Bali Bildirgesi'nde belirtilmiştir. Hastalar istedikleri kurum ve hekimi seçme özgürlüğüne sahiptir. Ayrıca hasta kişinin kendisini ilgilendiren her türlü tıbbi bakım ve tedavi konusunda ki onaylarında bilgilendirilmiş rızanın gerekliliği konusunda durulmuştur. Bunun yanı sıra hastayı ilgilendiren her türlü müdahalede mahremiyete karşı hassas olunmalı ve hastanın her türlü bilgisi gizli kalmalıdır. Bali Bildirgesi'nin üzerinde

durduğu bir diğer konu da hastanın kendisini ilgilendiren bilgilere kolaylıkla ulaşabilmesi ayrıca bilinci kapalı veya yasal ehliyet konusunda yeterli yetkinliğe sahip olmayan hastalara uygulanacak tıbbi müdahalelerde hastanın yasal temsilcisiinden onay alınması zorunluluğudur. Hastanın tıbbi müdahale istememesi gibi durumlarda yasaların izin verdiği çerçevede gerekli ve ahlaki açıdan sorun taşımayan müdahalelerin yapılması öngörülmüştür. Bir diğer konu da hastanın dini konulardan kaynaklanan ihtiyaçlarının giderilmesi ve bunun için gerekli destek ve ortamın sağlanmasıdır. Bali Bildirgesi'ne göre her insana sağlık eğitimi verilmeli ve hekimler bu uygulamaya açıkça katılmalıdır (Pazarcı, 2007, 118-121).

2.3.3.4. Hasta Hakları Avrupa Statüsü Temel Dokümanı

Avrupa kesiminin tümünde geçerliliği olan ve hasta hakları mevzusunda oldukça belirgin uygulanması kolay başlıklar içeren Hasta Haklarına Dair Avrupa Statüsü Kasım 2002 Roma'da kabul edilmiş ve temel doküman olarak da kararlaştırılmıştır. Bu statü 4 başlıktan oluşmakta ve başlıklardan birincisinde temel haklara ilişkin AB statüsü açıklanmış, ikinci bölümde hasta haklarına yer verilmiş, üçüncü bölümde aktif vatandaşlık haklarına yer verilirken dördüncü ve son bölümde sözleşmenin uygulama prensiplerine yer vermiştir. İkinci bölümde hasta hakları 14 maddeyle belirtilmiştir (İşeri, 2014, 25-26);

- Koruyucu önlemlerin alınması hakkı
- Tıbbi hizmetten faydalanma hakkı
- Onam (rıza) hakkı
- Bilgi alma hakkı
- Özgürce seçim yapabilme hakkı
- Hastaların zamanına saygı
- Mahremiyet ve gizlilik hakkı
- Kaliteli son standartlarda hizmet alma hakkı

- Lüzumsuz ağrı/acı ve sıkıntıdan korunma hakkı
- Güvenliğin sağlanması hakkı
- Yeniliklerden faydalanma hakkı
- Kişisel tedavi hakkı
- Şikâyet hakkı
- Tazminat hakkı (<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm>).

2.3.4. Hasta Hakları İhlalleri ve Nedenleri

Hasta hakları ihlallerine dair nedenleri birçok farklı şekilde gruplandırmak mümkündür. Fakat hasta hakları ihlallerinin sebeplerini sağlık hizmeti alma esnasında etkileri bulunan taraflara göre gruplandırmak daha kolay ve genel olacağı için hastaya bağlı sebepler, sağlık kurumu ve sağlık çalışanına bağlı sebepler olarak 2'ye ayrılmaktadır (Akıncı, 2009, 95).

2.3.4.1. Hastaya Bağlı Nedenler

Hastaların haklarını yeterli düzeyde bilmemeleri hastaya bağlı hak ihlallerinin ilk sırasını oluşturmaktadır. Hasta haklarının dünyada genel düzeyde ortaya çıkması, gelişip yayılması 1980'li yıllara dayanmaktadır. Türkiye'de deontoloji tüzükleri hariç hasta haklarına dair yönetmelikler 1998'li yıllarda gerçekleşmiştir. Hastalar bilgi yetersizliğinden dolayı sağlık kurumu ve çalışanından neler talep edebileceklerini bilmemektedir. Tedavi uygulamaları sürecinde karşılaştıkları problemleri nasıl bir yol izleyerek hangi makama ne şekilde iletebilecekleri konusunda bilgi sahibi değiller. Hatta öyle ki çoğu zaman hak ihlaline uğradıklarını fark edememektedirler (Bostan, 2005, 65-72).

2.3.4.2. Sağlık Kurumu ve Personelinden Kaynaklanan Nedenler

Sağlık kurumunun yeterli kapasiteye sahip olmaması, hasta yoğunluğunun fazla olması ve nöbet sistemi uygulamalarına ilişkin personel yetersizliği sebebiyle hastaların ihtiyaçlarının karşılanamaması sağlık kurumu ve sağlık personelinden

kaynaklı sorunları oluşturmaktadır. Sağlık personelinin yaptığı yanlış uygulamalar, olumsuz tutum ve davranışlar ile çalışanın bireysel kusurlarından kaynaklı hasta hakları ihlalleri sağlık hizmeti alım sürecindeki en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarında yetersiz yönetim ve kötü örgütlenme sonucu hastaların iyi sağlık hizmeti almalarını ve haklarını düzgün şekilde kullanmalarını etkilemektedir(Erişim Tarihi:25.09.18, <https://sbu.saglik.gov.tr>).

Genel olarak tıbbi uygulamada hataları; yetersiz dikkatsizlik, tedbirsizlik, mesleki acemilik-yetersizlik, evrensel tıp değerlerine uymama(özen gösterilmemesi) ve emir ve yönetmeliklere uymamak sebeplerinden kaynaklanmaktadır (Ertem.Öksel ve Akbıyık, 2009,1-10).

Bir diğer yandan hasta merkezli sağlık hizmeti kültürünün uygulamada uygulanmaması da etkili bir faktördür. Hasta odaklı tedavi anlayışının terkedilip hastaların pasif bir duruma sokulması nedeniyle hastalar hakları hakkında özgürce karar vermeleri engellenmektedir. Bu noktada sağlık çalışanının yapması gereken şey; tedavi sürecinin her aşamasında hasta ve hasta yakınlarını her basamakta bilgilendirmek ve tedavinin her aşamasında hasta ve yakınlarından aydınlatılmış rıza almalarıdır (Özlü, 2003, 136-140).

2.4. HASTA GÜVENLİĞİ VE MALPRAKTİS KAVRAMLARI

2.4.1. Hasta Güvenliği Kavramı

Günümüzde sağlık hizmeti ağırlığı olan önemli bir sektör haline gelmiştir. İnsanların daha kaliteli yaşama arzuları, kaliteli sağlık hizmeti alma ihtiyaçları da artmıştır. Özel hastanelerin hızla artmasının yanında branş hastanelerinin de hızla artması sağlık hizmeti sunumunda rekabete imkân tanımış ve sağlık hizmetinde etkili ve hızlı sağlık hizmeti verilmesini sağlamıştır. Bu gelişmeler sağlık sektöründeki gelişmelere örnek verilmektedir. Sağlıklı yaşama arzusu her insanda bulunmaktadır. Bu konuda sağlık oluşumlarına önemli görev düşmektedir. Şehirleşme oranının artması, sanayileşme ve yüksek nüfus artışıyla beraber sosyal güvenlik kapsamı genişledikçe bireylerin bilinç seviyesi genişliyor ve bu sağlık organizasyonlarının da görev ve rolü buna paralel olarak artmaktadır (Can ve İbicioğlu, 2008, 256).

Hasta güvenliği hastanın her türlü etkiden zarar görmesinin engellenmesidir. Hasta güvenliği ayrıca hastanın ne şekilde olursa olsun hastayı bu etkiden korumak amacıyla alınan önlemlerin tamamını oluşturmaktadır. Sağlık görevlileri tedavi süresince gerekli önlemlerini almaları oldukça önemlidir, çünkü sağlık hizmeti sunulurken birçok problem yaşanabilmektedir. Hasta güvenliğinin temel amacı da hastaya güvenli bir ortam yaratarak onu her türlü tehlikeden uzak tutup iyileşme sürecini hızlandırmaktır (Uzun, 2009, 1).

Sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde sunulması hasta güvenliğinin sağlanmasından geçmektedir. Hastanın mustarip olduğu sorunu çözerken başka bir rahatsızlık yaşamamasına dikkat edilmesi son derece önem arz etmektedir. Hasta kişi sağlık hizmeti sunumunda sağlık hizmetleri ihmali sonucu yeni sağlık sorunları yaşıyorsa burada sağlık hizmetleri sunumunda kalite eksikliğinden söz edilebilir. Sağlıklı hizmetin ilk basamağı hasta güvenliğinin sağlanmasıdır. Hastanın sağlık hizmeti alırken her türlü zarar verici problemten uzak tutulması hasta güvenliğini oluşturmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanmasında sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanları önlem almakla sorumludur. Sağlık güvenliği için bir başka tanım da şudur: Sağlık hizmetine bağlı hataların engellenmesi ve sağlık hizmeti sebebiyle ortaya çıkan hataların hastalara zarar vermesinin engellenmesidir (Tunçel, 2013, 4).

Bakım süreci hasta güvenliği açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Hataların önlenmesi, önceden yaşanmış sorunlardan ders çıkartılması, sağlık hizmeti uygulayıcıları, yönetici sınıfı ve hastalar arasında bir “güvenlik kültürü” oluşturması gerekmektedir (Eroğlu, 2011, 13).

Hastaya fayda sağlamak için yapılan sağlık hizmeti gerekli önlemler alınmadığı takdirde faydadan çok zararlı hale gelebilmektedir. Tıp bilimi kendini yenileyen ve değişen bir bilim dalıdır. “Hasta Güvenliği; sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık hizmeti sunumundan kaynaklı hataların sebep olduğu zararların azaltılması veya kaldırılması olarak tanımlanmaktadır.” Her hastalık her hastada farklı bir şekilde ortaya çıkabilmektedir. Diğer bir yandan da sağlık personelinin tecrübe ve sezgileri hasta güvenliği bakımından önem arz etmekte ve bu tecrübe ve sezgi sağlık personelinin hasta güvenliği önlemleri ile desteklenirse hastanın alacağı fayda artacaktır (Gülkaya, 2009, 12).

2.4.2. Malpraktis Kavramı

Malpraktis yakın zamanda sağlık ve hukuk başta olmak üzere birçok alanda dikkat çeken konulardandır. Çeşitli kaynaklarda birçok açıdan detaylı olarak değerlendirildiği ve buna bağlı olarak da birçok farklı tanımının yapıldığı görülmektedir.

Türkçe karşılığı tıbbi uygulama hatası, hekimliğin kötü uygulanması gibi karşılıklarla açıklanan Malpraktis sözcüğü birçok yazar tarafında farklı şekilde açıklanmıştır. Bu sebeple de çoğu metinde hakiki manasıyla kullanılmamaktadır. Bu kelime hukuksal bir kavramdır. İngilizce yayınlarda tazminat davasına doğru ilerleyen kusurlu ya da kötü işlemi açıklamak amacıyla kullanılmıştır. Ülkemizde ise bu kavram daha çok tıbbi uygulama hatalarını tanımlama da kullanılmaktadır (Odabaşı ve Tümer, 2006, 55).

Sağlık personelinin, bilerek veya bilmeyerek ya da ihmal sonucunda normalinden sapan durumlar ortaya çıkması, beceri ve bilgi eksikliğinden kaynaklı sebepler ile yanlış tedavi ngrmesi ya da hiç tedavi vermemesi hastanın fizikken, ruhen ve mental açıdan sağlığını olumsuz etkileyecek uygulamalardır. (Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2010, 24). Bu kanunda da görüldüğü üzere hatalar sadece bilgisizlik veya deneyimsizlik sebebiyle ortaya çıkamamakta ayrıca kasıtlı olarak da hatalar yapılmaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARI İLE İLGİLİ MEVZUAT VE HASTA HAKLARININ MEVCUT DURUMU

3.1.TÜRKİYE’DEKİ HASTA HAKLARI GELİŞİMİ İLE İLGİLİ MEVZUAT

3.1.1. Anayasa

1921 ve 1924 Anayasalarında yalnızca kamu haklarını içeren hükümler yer almaktaydı. Sağlık ya da hasta hakkı kavramlarını karşılayacak herhangi bir hakla rastlamak mümkün değildi. Ancak çıkarılan kanunlar vasıtasıyla hekim ve diğer sağlık çalışanlarının sorumlulukları belirlenmiştir. İlk defa sağlıklı yaşama hakkı ve kaybettiği sağlığı geri kazanma hakkı 1961 Anayasası’nda bir hak ve kural olarak belirtilmiştir. Anayasa bu konularda tek yetkili ve sorumluyu devlet olarak belirtmiştir (Sütlaş, 2000, 129).

Anayasamızın 49.maddesine göre sağlık hizmetlerinden devlet sorumludur “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” Bireyin doğumundan ölümüne kadar sahip olduğu tüm haklar anayasa tarafından güvence altına alınmıştır. Bu durum anayasanın 17.maddesinde şöyle ifade edilmiştir: “Herkes yaşama maddi manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir”. Anayasamızın 56. Maddesi’ne göre ise şu şekilde ifade edilmektedir: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla yükümlüdür (T.C. Resmi Gazete, 10816).

Anayasada öngörülmüş bu haklar sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ile ancak koruma altına alınabilmektedir. Herkesin ayrımcılığa maruz kalmadan tıbbi bakım alma hakkı vardır şeklinde özetlenecek bu tıbbi bakım hakkı anayasa güvencesi altına alınmıştır (Hakeri, 2007, 78-79).

3.1.2. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Hasta hakları konusunda ilk defa 14 Nisan 1928 tarihinde yayınlanan 1219 Sayılı Tababbet ve Şuabatı Tarzı İcrasına dair Kanun'un 70. Maddesi'nde hekimlerin hastalardan onay alma zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca “tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvel emirde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lâzımdır. Hilâfında hareket edenlerden alâkadarın şikâyetine bağlı olmak şartı ile on liradan iki yüz liraya kadar hafif cezayı nakdi alınır (T.C. Resmî Gazete, 863).

Yukarıdaki maddeden de anlaşıldığı kadarıyla izin alma kavramı hasta haklarında kullanılan bilgilendirme ve aydınlatılmış onam olarak kabul edilen kavramlar aynı manada kullanılmıştır. Fakat bu rızanın öneminin açıklaması tam olarak yapılmamış olduğu görülmektedir.

3.1.3. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

“Hekimlik Görevi Tüzüğü” anlamına gelen ve hekimlerle diş hekim hekimlerinin yükümlü oldukları kuralları içeren Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 1960 yılında düzenlenmiş ve günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır. Söz konusu tüzükte bireysel hekimlik anlayışı baskın olmakla beraber her bir maddesi de yasal açıdan bağlayıcıdır. Tüzükte genel ilkeler dışında reklam konusu, araştırma ve deneylerle ilgili hükümler, özel muayene ücretleri, kürtaj, doğum, konsültasyon, hekim-hasta ilişkisi ve hekimlerin meslektaşlarıyla ilişkisi üzerinde durulmaktadır (Özcan, 2010, 30).

Bu tüzük günümüz doktor-hasta irtibatının legal sınırını oluşturmak konusunda örnek gösterilen çalışmadır. Örnek çalışma olmasını sağlayan genel kriterler şunlardır: sır saklama, hastanın hekimini seçmesi, hekim özgürlüğü, insanlar üzerinde yapılacak deneyler için sınırların belirlenmesi, hastanın hastalığının belirlenmesi ve bu konuda bilgilendirme yapılması, hekimin hastaya bakmayı reddetmesi ve tedaviden çekilmesi hakkının olmasıdır (Akıncı, 2009, 17).

3.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 224 sayıyla 12.01.1961 tarihinde Resmi Gazete’ de yayınlanmıştır. Ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi, sosyal devlet anlayışıyla uyumlu bir bütünün parçasıdır. Örneğin ilk kez 1961 Anayasası'nda sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğu olduğu belirtilmiştir. Kanun taslağı dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır. Nusret Fişek yasa taslağının yazımında İngiltere ve İsveç sağlık sistemlerinden önemli derecede etkilenmiştir (Sürekli Tıp Dergisi, 2001).

Kanunun amacı 1. Madde’ de şu şekilde verilmiştir: İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir (Resmi Gazete,10705).

Esasen bu yasa kabul edildiği yıl bağlamında kendisinden sonra yayınlanan belgelerdeki temel ilkeleri içermesi bu sağlık sisteminin doğruluğunun göstergesidir. Bu yasa (224 sayılı ve RG yayın tarihi 12.01.1961 ve sayı: 10705) 1961 Anayasası’nın sosyal devlet olma niteliği ve sağlık hizmetlerini sağlamanın devletin temel görevi olduğu yolundaki hükmüne dayanarak ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ne atıfta bulunarak hazırlanmıştır. Alma-Ata Bildirgesi’nden yıllar önce hazırlanmış, ancak o bildirgedeki temel ilkelerle örtüşen ve sağlık hakkını temel bir insan hakkı olarak kabul eden madde:1 bu yasanın öngördüğü model, kamusal finansmanı birinci basamak sağlık hizmeti ve hekimliği önceleyen, nüfus tabanlı hizmeti öngören, önemli sağlık sorunlarını hedef alan, sevk sisteminin esas olduğu, toplumun katılımına dayanan, sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlayan bir yapılanmadır. Uygulamada çoğu siyasal iktidarların karşı duruşlarına ve birtakım eksikliklerine rağmen halen sağlık sistemimizin çatısını oluşturmaktadır (Güvercin, 2007, 95-96).

Kanunun 2. Maddesi’nde eşitlikten bahsedilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme

sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak sureti ile eşit şekilde faydalanmalarıdır (Resmi Gazete, 10705).

Herkesin eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanması ve toplumdaki her kesimin sağlık hizmetine ulaşmasının en önemli koşullardan biri olan sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması konusunda düzenlemeler yapan bu yasa ile sosyal devlet ilkesine bir adım daha yaklaşılmıştır (Sert, 2004, 99).

3.1.5. Hasta Hakları Yönetmeliği

01.08.1998 tarihinde 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, 9 bölüm ve 51 maddeden oluşmaktadır. Bu yönetmelikle sağlık kuruluşlarından alınan hizmetlerin kapsamı ve bu kuruluşlarda yürütülen tıbbi araştırmalarda uyulmasını icap eden standartlar bulunmaktadır.

Bu yönetmeliğin amacı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda ve diğer mevzuatlarda ve de milletler arası hukuki olarak kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermektir. Bu doğrultuda sağlık hizmeti sunulan tüm kurum ve kuruluşların ve bu sağlık kurum ve kuruluşlar dışında sağlık hizmeti sunulan durumlarda, insana yakışır bir şekilde her bireyin hasta haklarından yararlanabilmesini, hak ihlallerinden korunmasını ve ihtiyaç halinde hukuki yollara başvurabilmesine dair usul ve esasları düzenlemektir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, 1).

1998 yılında yayınlanmış olan hasta hakları yönetmeliğine göre sağlık hizmeti sunumunda aşağıdaki ilkelere uyulması koşulu getirilmiştir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, 2):

- Beden, ruhsal ve müteşebbis açıdan tam olarak iyilik hali içerisinde yaşantı hakkının, birincil insan hakkı olduğu, verilen hizmetin her basamağında tamamıyla göz önünde bulundurulmalıdır.
- Her bireyin hayatta kalabilme, maddi ve manevi varlığını sağlayabilme ve gelişme hakkına haiz olduğu ve hiçbir mevki ya da kişinin bu hakkı ortadan

kaldırma yetkisinde olmadığına bilincinde olarak, hastaya insana yakışır şekilde davranılması gerekmektedir.

- Sağlık hizmeti sunumunda hastaların; ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanış ve ekonomik ve sosyal farklılıkları gözetmeden sağlık hizmetleri, her bireyin rahatlıkla ulaşabileceği şekilde planlanmalıdır.
- Tıbbi gereklilik ve kanunda yazılı haller dışında, onay olmaksızın kişinin beden bütünlüğü ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- Kişi, rızası ve bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- Kanun ile müsaade edilen haller ve tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

1998 yılında “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte hastalara tanınan yasal haklar şunlardır: Sağlık hizmetinden adil ve hakkaniyet çerçevesine uygun olarak yararlanma, hastaların sağlık hizmeti alırken sağlık kurumlarından bilgi isteyebilme, hastanın sağlık kuruluşunu seçebilmesi ve gerektiğinde değiştirebilmesi, hastanın sağlık personelinin tanıma, seçme ve değiştirebilmesi, hastanın kendi öncelik sırasının belirlenmesini istemesi, hastanın tıbbi gerekliliklere uygun teşhis, tedavi ve bakım istemesi, hastanın tıbbi gereklilikler dışındaki müdahaleyi reddedebilmesi, ötenazi yasağı, tıbbi hizmet sırasında özen gösterilmesi, hastanın yeterince bilgi alma hakkı, tıbbi dokümanların inceleme, tıbbi kayıtların düzeltilmesini talep etme, mahremiyete saygı gösterilmesini isteme, aydınlatılmış onam olmaksızın tıbbi işleme tabi tutulmama, kendi bilgilerinin saklı tutulmasını talep etme, tıbbi tedaviyi reddetme ve tıbbi tedaviyi durdurma, uzuv ve doku alınması ve tıbbi araştırmalarda aydınlatılmış onam alınması, aile planlaması ve hamileliğin sona erdirilmesi, tıbbi araştırmada araştırmaya katılan gönüllünün sağlığının korunması ve kişinin araştırma hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hastanın sağlık kuruluşlarında güvenli bir ortamda olma hakkı vardır. Hastanın sağlık hizmeti alırken dini zorunlulukları yerine getirebilmek ve dini hizmetlerden yararlanma hakkı vardır. Herkesin insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaretçi

kabul edebilmesi ve refakatçi bulundurabilme hakları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998,1-11).

3.2. TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARI KONUSUNDA YAŞANAN GELİŞMELER

Ülkemizde sağlık hakkı 1961 anayasasının 49.maddesinde ilk kez şu şekilde yer almıştır: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır”. 1982 anayasasında da sağlık hakkı yer almaktadır. 1982 Anayasa’sı “kişilerin ödev ve hakları” bölümü 14. maddesi tüm insanların yaşamaya, maddi olarak ve manevi olarak varlığını korumak ve geliştirmek hakkının olduğu (sağlık hakkı) ve olan tıbbi mecburiyet dışında kimsenin beden bütünlüğünün bozulmadığı, bireyin rızası alınmadan bilimsel ve tıbbi deneylere bağlı tutulmayacağı belirtmek, yurttaşlara sağlık hizmeti sunulmasının devletin görevi olduğu belirtilmiştir (T.C. Anayasası, 1982).

Ülkemizin hasta hakları konusunda attığı en önemli adımlardan biri, Türkiye’nin de mensup olduğu insan hakları sözleşmeleri ile hasta haklarının yer aldığı uluslararası bildiriler çerçevesinde düzenlenmiş ve 1 Ağustos 1998 yılında yürürlüğe konulan “Hasta Hakları Yönetmeliği”dir (Aydemir, 2010, 17). Bu yönetmelik sayesinde Sağlık Bakanlığı mevzuatında karışık halde yer alan hasta hakları tek bir çatı altında toplatılmıştır. Yönetmelik 9 bölüm ve 50 maddeden ibarettir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Hastane bünyesindeki hasta hakları birimlerinden gelen raporları değerlendiren, şikâyetleri sonuçlandıran, hasta hakları uygulamalarının daha iyi hizmet adına geliştirilmesine yönelik tavsiyelerde bulunan, söz konusu sağlık kurumlarında oluşturulan kurullar Hasta Hakları Kurullarını ifade etmektedir. (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005, 4).

2014 yılında T.C Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe sokulan “Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” kapsamında, sağlık personeli tarafından hasta ve hasta yakınlarına yapılması gerekli

bilgilendirmenin temel ögeleri, hasta hakları ve hastanın uymakla yükümlü olduğu kurallar yeniden şekillenmiştir. Yeni yönetmeliğin hedeflediği yenilikler arasında şunlar sayılabilir: Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl bir yöntem izleneceği, hastaya yapılması düşünülen sağlık hizmetinin kim tarafından, ne biçimde, nerede ve ne şekilde uygulanacağı, tıbbi müdahalenin süresi, diğer tedavi seçenekleri ve bunların olumlu olumsuz sonuçları, diğer sağlık seçeneklerinin hasta sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri ve muhtemel komplikasyonlar, hastanın tedaviyi reddetme hakkı ve reddetme sonucunda yaşayabileceği fayda ve zararlar konusunda bilgilendirme, tedavi esnasında kullanılacak ilaçların önemli özellikleri ve hastanın sağlığı açısından ciddi önem taşıyan yaşam şekli önerileri ve ihtiyaç duyulması halinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl erişilebileceği konusunda bilgi verilmesi amaçlanmaktadır. Bunlara ek olarak tıbbi müdahale alacak hastanın hekimler tarafından kendisine uygulanacak tıbbi müdahale hakkında sözlü olarak bilgilendirilmesi ve bu bilgilendirmenin hastanın mahremiyetini gözeterek yapılması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014).

Yönetmeliğin içeriğinden de anlaşılacağı üzere esas olan şey hastanın rızasıdır. Yönetmelikte hastanın rızasının nasıl alınması gerektiği konusunda detaylıca anlatılmıştır. Bu yönetmelik sadece sağlık çalışanlarının uyması gereken kurallar değil aynı zamanda hastanın da uyması gereken kuralları içermektedir. Buradan yola çıkarak şu denilebilir ki hasta başvuruda bulunduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun hareket ederek teşhis ve tedavi ekiplerinin birbirinin ayrılmaz parçası olduğu bilinciyle hareket etmeli ve hakkının ihlal edildiğini düşündüğü sırada hastane hasta hakları birimine başvurması gerekmektedir. Aynı yönetmeliğe ilave edilen geçici madde ile “Sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta hakları birimlerinin, en geç üç ay içerisinde “Hasta İletişim Birimi” ne dönüştürülmesi; yapısında hasta iletişim birimi bulunmayan sağlık kurum veya kuruluşlarının ise en geç altı ay içerisinde bu birimleri kurması öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014).

Bu yeni yönetmelikle beraber en geç 6 ay içerisinde İl Sağlık Müdürlükleri içerisinde hasta hakları birimlerinin oluşturulması amaçlanmaktadır. Yeni değişiklik

kâğıt üstünde ulaşılmak istenen arzuları karşılayacakmış gibi görünse de uygulamada bu konuda gerçekleştirilecek idari yaptırımların, hasta haklarına yönelik iş ve işlemlerin nasıl yürütüleceği hususunda daha açıklayıcı olacağı düşünülmektedir. Türk sağlık sistemindeki mevzuatlar ve yürürlüğe girdiği dönemler Tablo 2’de sunulmuştur (Tankoç, 2015, 1).

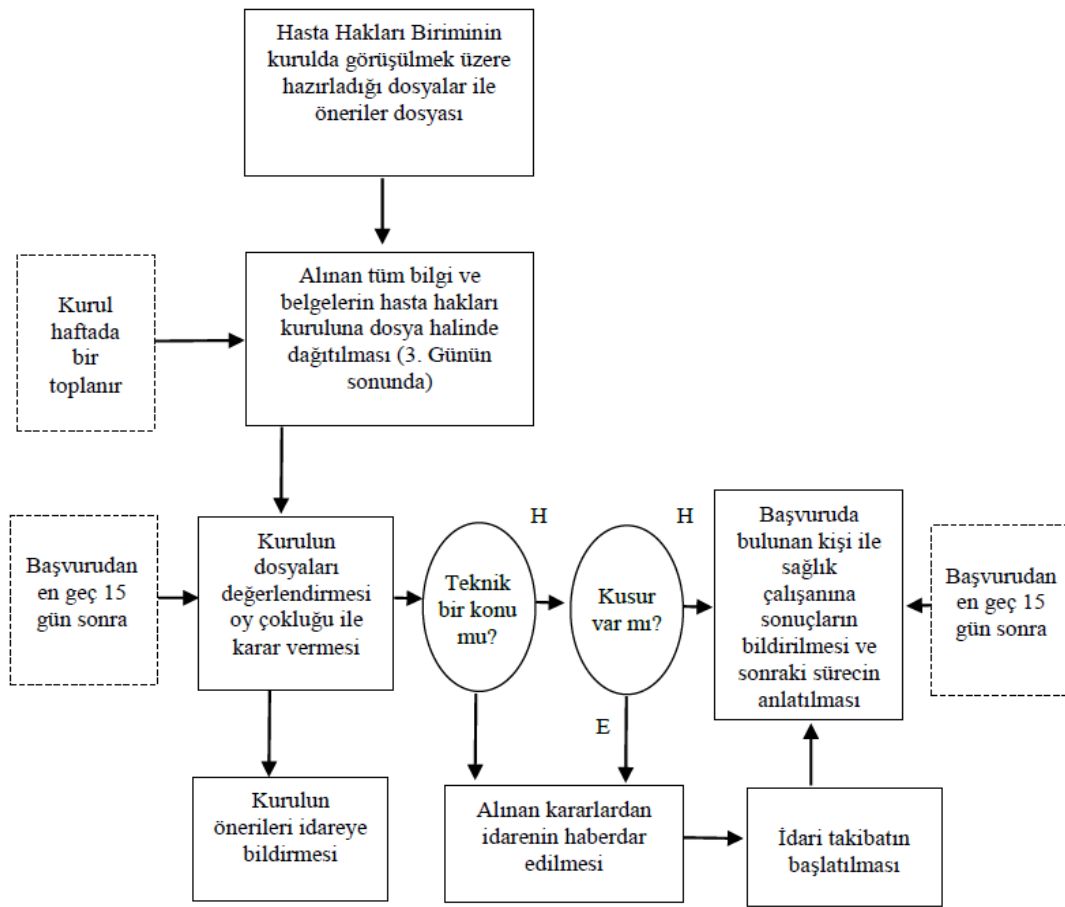
Tablo 2. Hasta Hakları Konusunda Türk Sağlık Sisteminde Gerçekleştirilen Yasal Düzenlemeler

S.NU	MEVZUAT ADI	TARİH-SAYI
1	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	13.01.1960 tarih ve 4/12578 Numaralı Kanun
2	Hasta Hakları Yönetmeliği	01.08.1998 tarih ve 23420 sayı
3	Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi	2004/117
4	Ceza Muhakemesi Kanunu	17.12.2004 tarih ve 25673 sayı
5	Hizmet Kusuru Genelgesi	18.01.2005 tarih ve 2005/06 sayı
6	Hasta Hakları Genelgesi	13.01.2005 tarih ve 2014-32
7	Hasta Hakları Uygulama Genelgesi	03.05.2005 tarih ve 2014/32
8	Hasta Hakları Uygulama Yönergesi	26.04.2005 tarih ve 3077 sayı (Mülga)
9	Hekim Seçme Yönergesi	19.10.2007 tarih ve 21745 sayı
10	Hasta Hakları Uygulama Genelgesi	23.03.2009 tarih ve 11706 sayı
11	İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi	20 Nisan 2004 tarih ve 25439 sayı
12	Öncelik Genelgesi	2010/ 73-80
13	Hasta Hakları Uygulama Genelgesi	2014/32

Kaynak: S. Tankoç, “Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısının Çalışan Algısı Üzerinden Ölçülmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi SBE, Ankara, 2015, s.47.

Hasta hakları birimlerinden toplanıp gelen raporları inceleyen, değerlendiren, sonuçlandıran ve hasta hakları hususunda pratiklerin geliştirilmesi konusunda tavsiyelerde bulunan kurullar Hasta Hakları Uygulama Yönergesi ile oluşturulmuş Hastane Hasta Hakları kurullarıdır. Bu yönerge sebebiyle hasta haklarına yönelik uygulamaları planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve tavsiyelerde bulunmak konusunda il merkezlerindeki tüm kamu hastaneleri ve ilçelerdeki 100 yatak kapasitesi üzerindeki hastaneler Hasta Hakları Kurulları’nı oluşturmak zorundadırlar. Bu kurullar 1 başkan ve 7 üyeden oluşmaktadır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005, 1).

Kurulun üyeleri arasında kamu hastanelerinin kalite hizmet sorumlusu başhekim yardımcısı, hasta hakları birim sorumlusu, hakkında başvuruda bulunulmuş sağlık çalışanının çalıştığı birim sorumlusu, hasta hakları alanında çalışma yürüten sivil toplum kuruluşu temsilcisi, hastanın avukatı, 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanunu’na göre kurumdan yetki almış bir sendika temsilcisi, vali ya da kaymakam tarafından belirlenecek bir vatandaş, İl Genel Meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilmiş bir üye (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005, 5). Hastane Hasta Hakları Kurulu İş Akış Şeması aşağıda görüldüğü gibidir.



Şekil 2. Hastane Hasta Hakları Kurulu İş Akış Şeması

Kaynak: S. Tankoç, “Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısının Çalışan Algısı Üzerinden Ölçülmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2015, s.48.

Hasta veya hasta yakınları sağlık hizmeti alırken yaşadıkları sorunların çözümü için Hasta Hakları Birimine başvurdıkları takdirde bu birim sorunun

yaşandığı söz konusu birimle kontak kurarak hastanın mağduriyetini çözmeye çalışır. Hasta veya hasta yakınına ait sorun çözüldüğünde “şikâyet başvuru formu” doldurulduktan sonra “sorun çözülmüştür” ibaresi yazdırılarak kaydedilir ve işleme konulur. Şayet sorun çözülemezse yazılı halde bulunan şikâyet, hasta ya da hasta yakınının şikâyeti olarak kabul edilir daha sonra tarih ve sıra verilerek kaydedilir. Söz konusu yazılı şikâyet Sağlık Bakanlığı resmi internet sitesinde işleme alınır ve dilekçe sahibi şikâyetini buradan takip edebilmektedir(Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005).

3.2.1. Tıp Meslek Etiği Kuralları

Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu tarafından hazırlanarak 10-11 Ekim 1998’de Türk Tabipler Birliği Olağanüstü Genel Kurul’unda kabul edilen “Tıp Meslek Etiği Kurallarının” amacı, hekimlerin mesleklerini uygularken uymaları zorunlu olan meslek etiği kurallarını belirlemektedir. Bu tüzük ’de uyulması gereken genel ilke ve kurallar, hekim-hekim ilişkisi, hasta ile hekim ilişkisi, hekim ve insan hakları, tıbbi araştırma ve bu araştırmaların yayın etiği konularında hükümler içermektedir. Aşağıdaki maddeler incelendiğinde hasta özerkliğine saygının gereği olarak özerklik, sadece hastanın tedaviye onamı ve katılımı olarak değil, aynı zamanda bilgilendirilmeme hakkının kullanılmasını ve bilgilendirilmenin kimlere yapılacağına saptanmasını da içermektedir(Funda, 2012, 139). Hekimin görev ve ödevleri 5. maddede tanımlanmaktadır. Bu maddeye göre, doktorun birinci görevi, hastalıkları önleme, bilim çerçevesinde gereklilikleri uygulamak, sağlığı bozulmuş kişileri iyileştirmek için çalışmak ve insanın yaşam ve sağlığını koruyabilmektir. Mesleki uygulama sırasında insanın saygınlığını onurunu koruması, doktorun birinci ödevidir. Hekim mesleğini en iyi şekilde icra etmek için, bu görev ve ödevlerini yerine getirmek için, bilimsel yenilikleri yakından takip eder. Tüzüğün 21.-32. maddeleri hasta-hekim ilişkisi ile ilgilidir. Bu bölümde hekimin, hastanın sağlığı ile ilgili kararlar alırken hasta haklarına saygı göstermesi zorunluluğu getirilmektedir. Bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliğine ve kurumun koşullarına göre hastanın hekimini seçme hakkı, hekimin saygı göstermesi gereken hasta hakları olarak sıralanmaktadır.

Aydınlatılmış onamın tanımı, kapsamı ve koşulları 26. maddede tanımlanmaktadır. Burada konumuz ile ilgili olarak üzerinde durulması gereken iki nokta vardır. Birincisi hastanın bilgilendirilmeme hakkıdır. Hastanın hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmesi durumunda hekimin bilgi vermesi gerekmemektedir (Madde 27). İkincisi; hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin, olanaklı ise hastayla görüş birliğine varılarak yapılması ve hasta dışında bilgilendirilecek kişileri hastanın kendisinin belirlemesi gerektiğidir (Madde 26–27).

3.2.2. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi

Hasta Hakları Yönergesi (HHY)’ nin yürürlüğe girmesinin ardından 5 sene sonra yönetmeliğe ve diğer ilgili yasalara dayanılarak yönetmeliği uygulamak adına 15.10.2003 tarihinde sağlık tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge yayınlanmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girdiği halde hasta haklarının henüz faaliyete geçmediği görülmektedir. 1998–2003 yılları arasını kapsayan dönemde hasta haklarıyla alakalı standart olmayan çalışmalar yapılmış daha realist bir yaklaşımla söylemek gerekirse hasta hakları konusu genelde hayata geçirilememiştir. AB uyum sürecine bağlı olarak 2003 yılında ‘Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge’ yayınlanmış ve bununla umulan hedeflere ulaşılması adına yapılması gereken şeyler ne şekilde nasıl ve kim tarafından yapılacağı konusunda bir program yapılmış böylece hasta hakları yönetmeliği bu yönerge ile uygulamaya konulmuştur. İhtiyaçlar doğrultusunda 2005 yılında bu yönerge güncellenmiştir (Tanrıverdi, 2012, 105).

Sağlık uygulamaları işleyişinden doğan hasta şikâyetleri hastaneler bünyesindeki hasta hakları birimine bildirilebileceği gibi Sağlık Bakanlığının şikâyetler için oluşturmuş olduğu web sitesinden ya da SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) 184 no'lu numaradan şikâyetlerini iletebilmektedirler (Toprak ve Şahin, 2012, 9).

3.2.3. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi

8 Eylül 2004 yılından yayınlanmış bu genelgenin hedefi sağlık hizmetlerinden verimliliği arttırırken, insan gücünün, tıbbi donanımın ve fiziksel mekânın daha aktif bir biçimde kullanılmasını sağlamaktır. Bunun dışında polikliniklerdeki yoğunluğu azaltmak ve hastaların bekleme süresini en asgariye indirmek hedeflenmektedir. Daha sonraki süreçlerde ise hastaların hekimlerini seçebileceği bir sistemin uygulanabilmesi açısından poliklinik hizmetlerinin tekrardan yapılandırılması gerekmektedir. Bu genelgeyle beraber hasta hakları ile ilgili şunlar hedeflenmektedir (Akdemir, 2015, 53):

- Poliklinikler hastaya hizmet sunarken hastanın hekimini seçebilmesi esastır. Bu sebeple hastaların hekimlerini seçebilmesine olanak tanıyan her türden tedbir alınacaktır.
- Poliklinik yapılmış yerde branş itibariyle hizmet sunan tüm hekimlerin adları herkesin rahatlıkla görebileceği bir yerde baştabipler tarafından ilan edilecektir.
- Tıbbi sekreter ve danışma görevlileri istihdam edilip poliklinik hizmetlerinin sunulduğu alanlarda hastaların bilgilendirilmesi yönlendirilmesi ve uzman hekimlerin sekreteryasının yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu konuda gerek görülmesi halinde bu alımlar gerçekleştirilecektir.
- Hekim seçebilme uygulamasından ne şekilde faydalanacakları konusunda hastaların bilgilendirilmesi ancak sekreteryaya ya da diğer çalışanlar tarafından herhangi bir hekime yönlendirilmesi yapılmayacaktır.
- Hastalar polikliniklerde beklerken oturmaları, dinlenmeleri için uygun ortamlar temin edilecektir.
- Hastaları yönlendirme, sıralarını takip etme ve gerekli duyuruların yapılmasını sağlayacak düzenlemeler yapılacaktır.

3.2.4. Hekim Seçme Yönergesi

Bu yönergeyle beraber hastaların en doğal hakkı olan hekim seçme hakkının kullanılması amacıyla çalışmalar ve önlemler alınarak faaliyete geçirilmiştir. 17.09.2007 tarihinde 9379 sayılı makam onamıyla sağlık hizmet verilirken poliklinik servisinin hastanın hekim seçebilmesine ve istemeleri halinde hekim değiştirebilmesine olanak sağlayacak biçimde düzenleme yapılmıştır. Bu yönerge hastaların hizmet alacakları ya da aldıkları hekimleri özgürce seçmesi, değiştirmesi, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti sunulması amaçlanmıştır ve bununla beraber alt yapının da buna uygun hale getirilmesi amaçlanmıştır. Bu Yönergenin amacı; hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine sağlamaktır. Sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti sunmasına yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemektir (Erişim Tarihi: 25.09.18,<https://sbu.saglik.gov.tr>).

3.3. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİNDE HASTALARA TANINAN HAKLAR

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı yasal bir hak olmakla beraber Hasta Hakları Yönetmeliğinin 2. bölümünde 9 alt başlıkla açıklanmıştır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı HHY de zikredilen hakların ilkidir. Diğer haklar da aşağıdaki gibidir (Erişim Tarihi 15.09.2018 <http://getatportal.saglik.gov.tr>):

1. Adalete ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı
2. Bilgi isteme hakkı
3. Sağlık kurulunu seçme ve değiştirme hakkı
4. Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı
5. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi hakkı ve bakım
6. Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı hakkı
7. Tıbbi özen gösterilmesi hakkı

8. Ötenazi yasağı
9. Personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı

3.3.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Hastanın Resmi Gazete’ de yayınlanmış bazı hakları şöyledir: Hasta, hastalığı hakkındaki sebepleri ve tedavinin nasıl gerçekleşeceğini, tedaviyi kimin yapacağı, öğrenmektir. Hizmetin nerede ve ne şekilde yapılacağı, tahmini tedavi süresini, tahmini komplikasyonları, diğer tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin sonuçları, riskleri ve tedavinin hastalık üzerindeki etkilerini bilmektir. Hastanın tedaviyi reddetmesi durumunda ortaya çıkabilecek olası fayda ve riskler, ilaç içeriği ve ilacın önemli özelliği, sağlıklı kalabilmek amaçlı yaşam önermeleri, tıbbi yardıma ihtiyaç duymaları halinde sağlık hizmetine ulaşma yollarını öğrenme hakkı bulunmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 28994).

Hastanın sağlık hizmeti alırken bu süreç hakkında bilgi sahibi olması hasta için hem fizikken hem de ruhen oldukça önemlidir. Bu sebeple hasta veya yasal vasilerinin tanı ve tedavi öncesi sürecin başından sonuna kadar ki tıbbi uygulamalar ve bunların doğuracağı olumlu olumsuz neticeler, teşhis ve tedavinin değişik yolları, tedaviyi reddetme ve akabinde oluşabilecek her türlü sonuç hakkında bilgi sahibi olabilmelidir. Hasta tedavisiyle ilgili kayıt ve diğer dosyaları isteme hakkına sahiptir. Çünkü hasta hakları için çok mühim olan bu hak aynı zamanda insani bir haktır. Kişinin veya bir başkasının sağlık durumunu etkilememek şartıyla her hasta birey bu haklarını kullanma şansına sahiptir (Aksoy, 2013, 41).

3.3.3. Hasta Haklarının Korunması

Hakkın var olması ile hakkın aktif olması ayı şeyler değildir. Hakkın uygulanması ve korunması o hakkın amacına uygun kullanıldığının göstergesidir. Bu sebeple hakkın korunuyor olması hakkın var olması kadar önemlidir. Hakkı korumak sadece kişilere bırakılmış bir görev değildir ayrıca devletin yapısında bulunan mercilere de aittir. Hak kavramı oluşumu sırasında hakkın korunmasıyla ilgili bir sorun yaşanırsa hak kendiliğinden kaybolur. O yüzden bu konuda her birey için

hassasiyet gösterilmesi çok önemlidir. Hasta hakları şöyle sıralamak mümkündür (Karaer, 2016, 46-47)

- **Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu isteme hakkı:** hastanın kişisel bilgilerine ve mahremiyetine saygı gösterilerek gizlilik esasına riayet etmek HHY'nin 21.maddesinin gereğidir. Tıbbi süreç süresince hastanın sağlık durumu gizlilik esasına göre takip edilir. Hastanın durumunun elvermesi halinde bir yakınının yanında bulunmasına izin verilebilir. Gizlilik prensibi gereği zorunlu olmadıkça hastanın ve ailesinin özel hayatına girilmemesi ve sağlık harcama kaynaklarının gizli tutulması gerekmektedir.
- **Hastanın onayı alınmadan tıbbi girişime tabi tutulmama hakkı:** hasta hakları hakkında oluşturulmuş yönetmeliğin 22. maddesindeki istisnai durumlar haricinde kişinin rızası alınmadan hiçbir tıbbi tedavi uygulanamaz ve tedavi süreci sürdürülemez. Herhangi bir suç ögesiyle ilişkili olduğu düşünülen kanıtların suçlu veya kurbanın bedeninde olduğu kanısına varıldığı durumlarda tıbbi müdahale etmek ancak hâkim onayıyla mümkün olabilmektedir. Gecikmesi durumunda ortaya istenmeyecek durumlar çıkacağı düşünülen durumlarda ise cumhuriyet savcısı karar verme yetkisine sahiptir.
- **Bilgilerin gizli tutulması hakkı:** Hasta hakları 20.maddesi hastanın hastalığı hakkındaki bilgilenmesi ve sağlığı konusundaki gelişmelerin diğer kişilere aktarılması konusunda hakkı olduğu ve istediği zaman bunu değiştirebileceği yazılır. Bu yazılı bildirme ilerde çıkabilecek hak ihlallerini önleyecektir(Erişim Tarihi: 25.09.2018,www.saglik.gov.tr).

3.3.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Rıza kavramı hasta ve hekim arasındaki ilişkinin çok önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Hekim bilgi birikimi sayesinde hastasını iyileştirebilme kudretine sahip iken, hasta da vücudu üzerinde hekimin her türlü tıbbi müdahaleye izin verip vermeme konusunda hakka sahiptir. Hekime güvenip hekimin kendi vücudu üzerinde

her türlü müdahaleye onay verirken, hekim de hastayı sağlıklı koşullar altında yeterli ve açıklayıcı şekilde aydınlatması gerekmektedir.

Tıbbi müdahale esnasında hastanın sahip olduğu haklar ve aşamalar ise şu şekildedir (Oral, 2011, 195):

- Hastanın rıza ve izni
- Tedaviyi reddetme veya durdurma
- Alışılmışın dışında tedavi usullerinin uygulanması
- Rızanın biçimi ve geçerliliği
- Organ ve doku alınmasına rıza
- Aile planlanması hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesi
- Rıza formu
- Rızanın kapsamı ve aranmayacağı haller

3.3.5. Tıbbi Araştırmalar

“Hasta, tıbbi araştırmalara ya da eğitim çalışmalarına katılmayı reddetme hakkına sahiptir”(Oğuz,1997,52).

Tıbbi araştırma kişisel tedaviye değil herkesi kapsayacak şekilde genel bir araştırma amacına hizmet etmektedir. Genel itibariyle tanı koyucu, tedavi edici amaçlara öncelik vermekle beraber söz konusu süreçte kullanılan yol daha önce denenmemiş özgün olması gerekmektedir. TCK 90’ıncı maddesinde “İnsan Üzerinde Deney” başlığıyla tıbbi araştırmalarda insan üzerinde deneyin şartları belirtilmiştir (Erişim Tarihi:26.09.18, <http://www.turkhukuksitesi.com>). İnsan üzerinde yapılacak deney için cezai sorumluluğu ortadan kaldıran bu madde ile hem deneyi yapanı hem de deneye tabi olacak kişiyi korumayı amaçlamaktadır. Öncelikle deney için gerekli izinlerin yetkili kurumlardan alınmış olması yapılması gereken ilk adımdır. Deneyin insan üzerinde uygulaması yapılmadan önce belli şartları taşıması gerekmektedir. Bunlar: öncesinde hayvanlar üzerinde denenmiş ve eldeki verinin güvenilir olması, insan üzerinde uygulanmaya uygun olması, denek üzerinde kalıcı bir zarar bırakmaması, acı verici yöntemleri barındırmıyor olması, deneyin temel amacı kişinin sağlığına olumlu katkı yapması ve deneye tabi tutulacak kişinin kazanımı

yüklendiği külfetten fazla olması gibi şartlar olmalıdır. Bu şartlardan en önemlisi de denek konumundaki kişinin deneyin önemi ve sonuçları hakkında yeterince bilgilendirilmiş olması gerekmekte ve herhangi bir maddi kazanç elde etmeksizin yazılı rızanın verilmiş olmasıdır (Hakeri, 2007, 190-191-405).

Rıza alınmasının usulü ve şekli, ilaç ve terkiplerin araştırma amacıyla kullanım şekli, küçüklerin ve akli dengesi yerinde olmayan bireylerin üzerinde tıbbi araştırma uygulanması halinde velilerine ya da vasilerinin onayı alınmalıdır (Erişim Tarihi: 15.08.18,<http://getatportal.saglik.gov.tr/>).

3.3.6. Diğer Haklar

Kişiler kurumlardan sadece tıbbi girişimler değil bunların dışında insani kaygı ve beklentilerle çeşitli haklar talep etmektedirler ve bu kurumlar bunu yerine getirmek zorundadırlar. Bu haklar şöyle sıralanmaktadır (Erişim Tarihi: 25.09.2018, <http://getatportal.saglik.gov.tr/>):

- Emniyet için gerekli şartları hazırlamak
- Hastanın müracaat, şikâyetle bulunma ve dava açabilme hakkı
- Hastaların dini vazifelerini yapabilme ve dini hizmetten yararlanabilmek
- İnsana yakışır bir turum gösterilmesi ve ziyaretçinin kabul edilmesi.
- Refakatçinin kabulü
- Sağlık hizmetin sağlık kurumu ve kuruluşu dışında verilmesi

3.4. HASTALARIN SORUMLULUKLARI

Yakın zamanda Türkiye’de hasta hakları dışında “Hasta Sorumluluğu” adıyla yeni bir kavram ortaya çıkmıştır. Bu kavram hastanın herhangi bir sağlık kurumundan hizmet talep etmeden önce ve talep ettikten sonra yerine getirmesi gerekli ödev ve sorumluluklardır (Fırat, 2017,168).

3.4.1. Genel Sorumluluklar

Hasta ve yakınlarına Sağlık Bakanlığı uygulamalarıyla genel sorumluluklar verilmiştir. Bireyler sağlıklı bir yaşam adına kendilerine verilmiş olan tavsiyelere uyarak sağlıklarına dikkat etmek durumundadırlar. Kişinin sağlığı uygunsa kan veya organ bağışında bulunabilir. Karmaşık olmayan durumlarda kendi bakımlarını kendileri yapabilirler (Akdemir, 2015, 91)

3.4.2. Sosyal Güvenlik Durumu

Mensup oldukları SGK' da ki değişiklikler ile kişinin şahsi durumundaki değişiklikleri (soyadı değiştirmek ve kurum değiştirmek) ilgili kuruma bildirmekle yükümlüdür. Sağlık, sosyal güvenlik ve diğer kişisel bilgilerdeki değişikliklerin kuruma zamanında bildirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca sağlık karnelerinin vizesinin yaptırılması da zorunlu bir uygulamadır (Erişim tarihi:26.09.2018, <https://sbu.saglik.gov.tr>).

3.4.3. Sağlık Çalışanlarını Bilgilendirme

Hasta Sağlık hizmeti aldığı kuruma yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, aldığı tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca tam ve doğru bir şekilde vermekle yükümlüdür (Erişim Tarihi:25.09.2018, <http://getatportal.saglik.gov.tr>).

3.4.4. Hastane Kurallarına Uyma

Randevuya zamanında gelmek, acil durumlar ve mevzuatta bulunan durumlar hariç öncelik talep etmemek gibi kurallar sağlık kurumlarında sağlık hizmeti alırken uyulması gereken ve hem sağlık hizmeti alanın hem de sağlık hizmeti verenin işini kolaylaştıran ve hak ihlallerinin önüne geçen kurallardır (Sütlaş, 2000, 117).

Gerek hasta gerekse de hasta yakınları sağlık kurumunun kurallarına uymadıklarında birçok sorunla karşılaşmaları kuvvetle muhtemeldir. Bu sorunların başında hizmet sunumunun aksaması, diğer bireylerin hasta haklarının ihlal edilmesi gibi durumlarda ne tür bir önlem alınacağı konusunda fikir birliği yoktur. Bu fikir

ayrılıklarından birisi de kurallara uymayan hasta veya hasta yakınının kurumdan çıkarılıp çıkarılmayacağı konusudur. Söz konusu kişi hasta yakını ise ve hastanın tedavisine bir etkisi olmayacaksa kurumdan çıkarılabilir ancak bahsi geçen kişi hasta ise tedavisi yapılmadan hiçbir surette kurumdan çıkarılamaz. Bu kuralların bir istisnası özel kurumlarda gerçekleşmektedir. Hastanın durumu acil değil ise hasta ya da yakını kurumdan çıkarılabilmektedir (Hakeri, 2007, 487).

3.4.5. Tedavisi İle İlgili Önerilere Uyma

Hastanın tedavi süreci tek başına hekimin üstüne yıkılamaz. Bu süreçte hekim kadar hasta da sorumludur ve tedavi süresince hekim-hasta iş birliği sağlanmak zorundadır. Hastalar hekimlerinin vermiş oldukları tedavi planına ve tavsiyelerine uymalıdır aksi takdirde yaşanabilecek muhtemel sorunlardan hasta sorumlu tutulacaktır. Hastalar sadece yaptıklarından değil yapmadıklarından da sorumlu tutulabilirler (Sütlaş, 2000, 120). Hasta tedaviye katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket etmelidir (Erişim Tarihi:25.09.2018, <http://getatportal.saglik.gov.tr>).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’ DE HASTA HAKLARININ KAPSAMLI BİR ARAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı

Hasta hakları kavramı gelişen hukuk sistemi içerisinde gün geçtikçe artan bir önem arz etmektedir. Bu bağlamda bu tez çalışmasında Türkiye’ de hasta haklarının sağlık çalışanları ve hastalar tarafından algılanış biçimine dair kapsamlı bir araştırması yapılması amaçlanmıştır. Bu çalışma, hekimlerin ve hastaların sağlık hizmeti sunum sürecinde hasta hakları ve hasta sorumlulukları konularında algılarını ortaya koyarak, hasta hak ve sorumluluklarına ait hukuki düzenlemelerin pratikteki yansımalarını göstermeyi ve eksiklikleri tespit ederek daha verimli bir işlevsellik adına öneriler getirmeyi amaçlamaktadır.

4.2. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada, sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta haklarının hekimler ve hastalar tarafından algılanışı ve bilgi düzeylerini daha derinlikli olarak yansıtmak amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden yarı yapılandırılmış mülakatlar kullanılmış; mülakatlarda elde edilen veri içerik analizine tabi tutularak konu hakkında anlamlı bulgular elde edilmesi hedeflenmiştir.

Nitel araştırma, psikoloji, sosyoloji, antropoloji gibi sosyal bilimlerde ve sağlık bilimlerinde, insan faktörüne bağlı nedenleri araştırmak için kullanılır. Bu tür yöntemler, nicel veri toplama yöntemlerinin aksine sahadaki aktörlerin davranış, tutum ve algılarıyla ilgili derinlemesine bilgi edinebilmek amacıyla ‘niçin’ ve ‘nasıl’ sorularına cevap aramayı hedefleyen yöntemlerdendir. Sağlık alanında olaylar ve olgular derinlemesine incelenmek istendiğinde nitel araştırma yöntemlerinden yararlanılabilmektedir (Kaptanoğlu,2010,509). Nicel araştırma yöntemlerinde ise, olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, ölçülebilir ve sayısal olarak ifade edilebilir bir şekilde ortaya konması amaçlanmaktadır. Bu tür araştırmalarda amaç, bireylerin toplumsal davranışlarını gözlem, deney ve test yoluyla nesnel bir şekilde ölçmek ve sayısal veri ile açıklamaktır. Nicel araştırmalarda ‘ne kadar’, ‘ne

miktarda', 'ne kadar sık' ve 'ne kadar yaygın' sorularına cevap aranmaktadır (Gurbetoğlu , 2014).

Nitel araştırmalarda, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi veri toplama yöntemleri kullanılmaktadır. Bu araştırmalarda toplanan veri sayılara indirgenemez. Bu tip araştırmaların temel amacı, araştırılan konu ile ilgili okuyucuya betimsel ve gerçekçi bir resim sunabilmektir. Bu nedenle toplanan verinin ayrıntılı ve derinlemesine olması ve araştırmaya konu olan bireylerin görüş ve deneyimlerinin mümkün olduğunca doğru yansıtılması önem arz etmektedir (Yıldırım,Şimşek,2016,41-86). Gurbetoğlu (2014), bu tip araştırmaları algıların ve olayların doğal ortamında gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konmasına yönelik bir araştırma çeşidi olarak tanımlamaktadır. Bu tür araştırmalarda amaç, insanların kendi toplumsal dünyalarını nasıl kurmakta, oluşturmakta olduğunu anlamak ve içinde yaşadıkları toplumsal dünyayı nasıl algıladıklarını yorumlamaya çalışmaktır.

Bu bağlamda bu çalışmada nicel araştırma yöntemleri uygun görülmediğinden nitel yöntemlerden yarı yapılandırılmış mülakatlar tercih edilerek katılımcılarla derinlemesine görüşme imkânı elde edilmiştir. Ayrıca bu yöntem kullanılarak katılımcıları doğal ortamda izleme şansı bulunmuştur. Olası alternatif bir ankette karşılaşılabilecek olan katılımcıların araştırma konusuna ilgisizliğı, katılımcıların kendi düşünceleri hakkında bilgi vermek istememeleri, katılımcıların anket sorularını okumadan cevap verme, bazı soruların boş bırakılma olasılığı ya da kullanılamaz nitelikteki yanıtların olma olasılığı (Kaptanoğlu,2010,528-531) bertaraf edilmiştir.

Nitel araştırmada mülakat türleri genel hatlarıyla yapılandırılmış mülakat, yarı yapılandırılmış mülakat ve yapılandırılmamış mülakat olmak üzere üçe ayrılır (Yıldırım,Şimşek,2016,48-86).Yapılandırılmış mülakatlar, soruların nasıl sorulacağı, hangi verinin toplanacağı ayrıntılı bir şekilde tasarlanmış standart görüşme özelliğı göstermektedir (Vural,Yıkmış,2008,143). ‘’Araştırmacı, araştırmaya katılan her bir kişiye aynı biçimde ve aynı sözcüklerle sormaktadır. Kişinin vermiş olduğu yanıtlar kapalı uçludur. Kişi kendisine sunulan olası seçeneklerden birisini seçerek yanıtını verir. Yapılandırılmış mülakat bu görünümüyle anket çalışmalarına benzer tarzda

nicel veri sunmaktadır’’(Türnüklü,2000,543). Yarı yapılandırılmış mülakatlarda, görüşmede kullanılmak üzere genel bir çerçeve soru listesi oluşturularak, görüşmenin akışına göre katılımcılara yeni sorular yöneltilmektedir (Candaş-Karababa,2009,265-278). Yapılandırılmamış mülakatlarda ise görüşme katılımcı ile iletişimin doğal akışı içerisinde herhangi bir görüşme protokolü hazırlanmaksızın yapılan bir görüşme çeşididir (Türnüklü,2000,543).

Yarı yapılandırılmış mülakatın yapılandırılmış mülakata göre daha esnek olması sebebiyle, bu çalışmada yarı yapılandırılmış mülakat tercih edilmiştir. Ayrıca yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi tercih edilmesi ile katılımcılar ile detaylı görüşme yapma şansı bulunmuştur. Araştırmacı, bu çalışma için önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme protokolünü hazırlamıştır. Görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorular sorularak görüşmenin akışını etkileyebilmek ve katılımcıların yanıtlarını açmasını sağlayabilmek düşünülmüştür. Eğer katılımcı görüşme esnasında belli soruların yanıtlarını başka soruların içerisinde yanıtlamış ise araştırmacı bu sorular sorulmamıştır (Türnüklü,2000,547). Bu düşünceyle katılımcılara açık uçlu sorular yöneltilerek, açıklama yapmaya ve ayrıntılı konuşmaya teşvik edilmiştir (Yıldırım,Şimşek,2016,139). Katılımcılarla daha önceden görüşülerek randevu planlanmıştır. Görüşmeler Nisan 2018’ de yapılmıştır. Çalışmanın gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konması amacıyla katılımcıların doğal ortamlarında görüşme yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür. Bütün mülakatların ses kaydı alınmıştır. Görüşmeler sırasında herhangi bir sorun yaşanmamıştır.

4.3.Araştırmanın Kısıtları

Bu çalışmada araştırmacı, çalışmanın önemli bölümünü görüşülecek bireyleri saptamak ve birebir iletişim kurmak, randevu ayarlamak, görüşme mahalline seyahat etmek, görüşmeyi gerçekleştirmek, görüşmeyi kayıt etmek ve görüşme kayıtlarını yazıya geçirmek için kullanmıştır. Çalışmanın daha fazla katılımcı ile yapılması halinde daha farklı konulara değinilebileceği düşünülmektedir. Araştırmacı katılımcıları mülakat sırasında gözlemlene imkânı bulmuştur; ancak katılımcıları sağlık hizmeti sunum sürecinde gözlem yapma imkânı bulamamıştır. Konuyla ilgili

gelecek çalışmalarda, katılımcıların sağlık hizmeti sunum sürecinde gözlem yapılmasına imkân tanıyan daha uzun süre saha çalışmalarının yapılabilmesi halinde katılımcıların davranışları gerçekçi bir biçimde incelenebilecektir. Katılımcı gözlemi içeren etnografik çalışmalar yapılması halinde araştırılan kişilerin yaptıkları ve söyledikleri arasındaki farklılıkların tespit edilebileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, ilgili araştırmacılara gelecekte yapılabilecek çalışmalar için katılımcıları doğal ortamlarında sağlık hizmeti sürecinde gözlemlmeleri önerilebilir.

4.4. Araştırmanın Örneklemi

Amaçlı örneklem yöntemi olan maksimum çeşitlilik örneklem yöntemi ‘‘Maksimum çeşitlilik örnekleme; evrende incelenen problemle ilgili olarak kendi içinde benzeşik farklı durumların belirlenerek çalışmanın bu durumlar üzerinde yapılmasıdır. Burada araştırmacı, araştırdığı sorunların türleri ve yoğunluğunda değişme olabileceğine inandığı farklı durumları örnekleme alabilecektir. Bu tür bir örnekleme genelleme kaygısı olmamakla birlikte, problemle ilgili farklı durumların örnekleme alınması nedeniyle, evren değerleri hakkında önemli ipuçları verebileceği söylenebilir’’ (Uysal, 2010,31; Akt. Doğan, 2017,68) .

Bu bağlamda bu çalışmada hekimlerin ve hastaların hasta hakları konusundaki algıları yansıtılmaya çalışılmıştır. Bu amaçla İstanbul ilinde çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen maksimum çeşitlilik örneklem yöntemine göre 4 hekim ve 4 hasta seçilmiştir. Bu sebeple bu çalışmada farklı demografik özelliklerde ve farklı alanlarda hizmet veren hekim ve farklı hastalıklarla mücadele eden hastalar seçilmiştir. Katılımcılardan dördünün kadın dördünün erkek seçilmesi ile kadınların ve erkeklerin hasta hakları algı farklılıklarının yansıtılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmadaki katılımcılara ilişkin bilgiler Tablo 3’ de sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcılara ait bilgiler

Kod	Meslek	Tedavi Görülen Hastalık	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı		48	Kadın	Evli
H2	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	...	49	Erkek	Evli
H3	Kardiyoloji Uzmanı	...	47	Kadın	Bekâr
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	...	45	Erkek	Evli
H5	Devlet Memuru	Mide Rahatsızlığı	41	Kadın	Evli
H6	Devlet Memuru	Akciğer Enfeksiyonu	29	Erkek	Bekâr
H7	Makine Mühendisi	Pankreas Kanseri	62	Erkek	Evli
H8	Matematik Öğretmeni	Hemoroid Hastası	25	Kadın	Evli

4.5. Araştırmanın Bulguları

Veri analizi, nitel araştırmalarda en güçlük çekilen aşamalardan biridir. Çalışmadan elde edilen veri, analiz edilerek yazılı hale getirilir. Bu, araştırmacılar için kolay bir süreç değildir. Nitel veri, analizi betimsel analiz ve içerik analizi olarak ikiye ayrılmaktadır. Betimsel analizde elde edilen veri, daha önceden belirlenmiş temalara göre düzenlenir. Bu analiz türünde, katılımcıların görüşlerini öne çıkarmak amacıyla doğrudan alıntılara yer verilir. Bu analiz de, derinlemesine analiz gerektirmeyen verinin işlenmesinde kullanılmaktadır (Yıldırım,Şimşek,2016,48-86,239). İçerik analizinde ise elde edilen veri derinlemesine analiz gerektirir. Bu analiz türünde önceden belirlenmeyen temaların ortaya çıkarılması sağlanır. Bu analizde tümevarım ilkesi hâkimdir. Bu yöntemde temelde yapılan, benzeşik verinin belirli tema ve kavramlar çerçevesinde bir araya getirilerek, bunları okuyucuya anlamlı bir biçimde düzenleme yaparak yorumlamaktır (Sözbilir,2009). “Nitel araştırma geleneği içerisinde ayrıcalıklı bir yere sahip olan nitel veri analizine ait kavram, teknik ve yöntemleri sosyal bilimlerin kendi dilini yaratma girişimi olarak tanımlamak olasıdır. Bu çaba sosyal bilimlerin kendi özgün duruşunu sergileyebilmesi bakımından büyük önem taşımaktadır”(Özdemir, 2010, 340).

Bu bağlamda mülakatlardan elde edilen veri yazılı hale getirilmiştir. Yazılı hale getirilen veri daha yakından incelenmesi amacıyla içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi ile elde edilen veri tanımlanmaya, elde edilen veri içerisinde saklı olabilecek anlamlar ise aydınlatılmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda, benzeşik veri kodlayarak belirli kavram ve tema çerçevesinde bir araya getirilmesi ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir düzende yorumlanması düşünülmüştür (Yıldırım,Şimşek,2016,242-246).

Bu bağlamda bu çalışmada belirlenen kategoriler (temalar) çerçevesinde yapılan içerik analiz sonuçları aşağıda sunulmuştur.

4.5.1. Hasta Hakları

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında hasta haklarının önemi vurgulanmıştır. Örneğin, H5 katılımcısı: “ **Hasta olarak hakkım tedaviye ulaşmak, sağlık hizmetlerine ulaşmak, hastalandığım zaman hastaneye gitmek bunu yaparken randevu almadan yapabilmek ve hastaneye ulaşabilmek olmalı**” şeklinde ifade etmiştir. H6 katılımcısı ise “ **Öncelikle tedavi olma hakkı, aydınlanma, hastalık hakkında bilgilendirme ve mahremiyet hakkım olmalı**” şeklinde ifade etmiştir. H3 katılımcısı ise: “ **Bir kişinin hasta olsun ya da olmasın sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle başvurduğu andan sağlık kuruluşundan ayrıldığı ana kadar olan bilgilendirme, tanı, tedavi, destek vb. bütün hizmetlerden yararlanırken uluslararası rehberlere bağlı kalmak. Kişinin mahremiyeti, fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne saygı duyulması onun sosyal aile ortamına değerlerine saygı duyulması bir bütün oluşturan kavramdır hasta hakları**” şeklinde ifade etmiştir. H4 katılımcısı ise hasta haklarını şu şekilde ifade etmiştir “ **Hastaların hastaneye yatış sürecinden önce ve yatış sırasında özlükle ilgili bütün bilgilere hasta hakları denilebilir**”.

Katılımcıların hasta hakları temasına ait kodları Tablo 4 de sunulmuştur.

Tablo 4 Hasta Hakları

Katılımcı Meslek	Kod
H1 Çocuk Hastalıkları Uzmanı	kaliteli hizmet Hasta gizliliği İyi hizmet Güvenilir laboratuvar koşulları Hijyen Oda hizmetleri İlgi
H2 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	En iyi tedaviyi almak Kişisel bilgilerin korunması Doktor-hasta üst ilişkisinin korunması Mahremiyet
H3 Kardiyoloji Uzmanı	Bilgilendirme Sağlık kuruluşuna başvurma Tanı Tedavi Destek hizmetleri Bilgilendirme Uluslararası rehberler uygunluk Mahremiyet Fiziki/ruhsal bütünlüğe saygı Sosyal/aile ortamına saygı
H4 Göğüs Cerrahi Uzmanı	Yatış Suresi Yatış öncesi Yatış sırasında Özlük hakları
H5 Devlet Memuru	Tedaviye ulaşma Sağlık hizmetine ulaşma Hastaneye ulaşma
H6 Devlet Memuru	Tedavi alma Aydınlanma Hastalık hakkında bilgilendirilme Mahremiyet
H7 Makine Mühendisi	hasta hakları büroları Bilgi alma Problem Müracaat
H8 Matematik Öğretmeni	İfade edebilme Yardım Bilgilendirme

4.5.2. Bilgilendirme

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmeti sunumu öncesinde, sağlık hizmeti sunum sırasında ve sağlık hizmeti sunumu sonrasında hastaların bilgilendirilmesinin önemine değinilmiştir. Hastaların sağlık kurumunu sağlık öz geçmişleri açısından sağlık kurumları için önemine değinilmiştir. Örneğin, H1 kodlu

katılımcı: **“Hastanın ilk başvurduğu sırada hastanın tanısının ne olduğunu hastaya bilgi vermek zorundayız. Tanı için yapılması gereken tetkiklerin yapılışı nedenini hastaya ayrıntılı olarak anlatıyor, Fiziki muayenede ne gördüğümü, klinik laboratuvar sonuçlarının bende ne düşündürdüğünü, hastayı yatarak tedavi etmem gerekiyor ise yatış sebebini, yatış sırasında nasıl tedavi alacağı hususunda, ön görülen yatış süresini hastaya ayrıntılı olarak anlatıyorum”** olarak ifade etmiştir. H3 katılımcısı ise **“ Tanı ve tedavi rehberlerine bağlı kalmak kaydıyla gereken tanısal test ve tetkiklerin neden yapılması gerektiği konusunda hastaları bilgilendiriyorum”** demiştir. Göğüs Cerrahisi H4 katılımcısı ise ameliyat öncesi hastaların bilgilendirilmesinin ve ameliyat öncesi onam formlarının alınması konusunda şunları iletmiştir **“ Ben ameliyat yapan hekimim ameliyattan önce hastanın tedavi seçeneklerini tek tek anlatıyorum. Ameliyat tek seçenekse onun tek seçenekse onun tek seçenek olduğunu tek değilse seçebileceği diğer tedaviler olduğunu da söylüyorum ve ilgili hekimlere yönlendiriyorum. Yapacağım ameliyatla ilgili onam formunu hastaya veriyorum. Ameliyattan önce onam formunu okumasını en azından ameliyattan bir gece önce bu formu imzalayıp, ameliyat gününde getirmesini talep ediyorum”**.

Araştırmaya katılma hastalara yöneltilen **“ Sağlık hizmeti aldığınız kurumlara sağlık öz geçmişiniz/hikâyeniz ile ilgili nasıl bilgilendirme yapıyorsunuz?”** sorusuna hasta H5 katılımcısı **“ Sağlık hizmeti aldığım kurumları sağlık özgeçmişimle ilgili doğru bilgilendirme yapmaya çalışıyorum. Sağlık öz geçmişimle ilgili unuttuğum bir şey olmamasına gayret ediyorum”** şekline ifade etmiştir. H6 katılımcısı ise **“ Hekimin sorduğu sorulara cevap veriyorum. O anki hastalığımı açıklayan ya da neler hissettiğime dair açıklama yapıyorum”** şeklinde sağlık kurumlarını bilgilendirdiğini ifade etmiştir. Kanseri tedavisi gören H7 katılımcısı ise **“Yaşadığımız hastalığa bağlı olarak ailemizde daha evvel aynı hastalığı geçirmiş biri var mı? Şeklinde yöneltilen soruyu yanıtlıyoruz”** şeklinde ifade etmiştir. Hemoroid tedavisi gören H8 katılımcısı ise **“Sağlık hizmeti aldığım kurumlara öncelikle geçirdiğim rahatsızlıklar hakkında kendilerini bilgilendiriyorum”** şeklinde ifade etmiştir.

Hastalara yöneltilen **“Sağlık hizmeti aldığınız kurumlar sizin tedaviniz hakkında sizi nasıl bilgilendiriyor?”** sorusuna H5 katılımcısı şöyle ifade etmiştir **“ Beni bilgilendirmiyorlar, neyin var? Soruyorlar, o anki durumumu anlatıyorum, hemen laboratuvar isteniyor, sonuçlara göre sistemden matbu reçeteleri giriyorlar”**. H6 katılımcısı ise **“ Tedavi hakkında yeterli bilgilendirmiyor, tetkik sonuçlarına göre kullanacağım ilaçları belirtiyor ya da bir şeyin yok deyip gönderiyor”** şeklinde ifade etmiştir. H7 katılımcısı ise **“ Özel hastanelerde bilgilendirme sıkıntısı yok. Ufak tefek aksaklıklar olmasına rağmen istediğiniz bilgiyi istediğiniz zaman alma şansına sahipsiniz”** şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmeti sunum sürecinde bilgilendirmenin sağlık kurumları için ve hastalar için önemini belirten bilgilendirme temasının kodlar Tablo 5 de sunulmuştur.

Tablo 5. Bilgilendirme

Katılımcı Meslek	Kod
H1 Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Hastayı bilgilendirme Tetkik sebeplerinin anlatılması Fiziki muayene Klinik laboratuvar sonuçlarının Değerlendirilmesi Ayrıntılı bilgilendirme Yatış sebebi Tedavi hakkında bilgilendirme Öngörülen yatış sebebi
H2 Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	Yönlendirme
H3 Kardiyoloji Uzmanı	Konuşma hakkı tanıma Şikâyet Öz geçmiş(bireysel-ailesel) Tanısal tedavi ve tetkik sebepleri Tanının nasıl konulduğu Testlerin önemi Bilgilendirme Yol haritası Kararı hastaya bırakma Hastayı özgür bırakma Hastaya eşlik etme Yardım Zaman ayırma
H4 Göğüs Cerrahi Uzmanı	Tedavi seçenekleri Anlatma Seçenekleri sunmak İlgili hekimlere yönlendirmek Onam alma
H5 Devlet Memuru	Doğru bilgilendirme Kişisel sağlık istatistiği Başvurulan sağlık kuruluşları
H6 Devlet Memuru	Hekimin yönettiği soruları yanıtlama Hissiyat
H7 Makine Mühendisi	Aile hikâyesi Yöneltilen soruları yanıtlama
H8 Matematik Öğretmeni	Bilgilendirme Doktorun yaklaşımı

4.5.3. Bilgi Gizliliği

Yapılan görüşmelerde hekimlerden bilgi gizliliği adına sağlık kurumlarındaki uygulamalar hakkında bilgi alınmaya çalışılmıştır. Hastalardan ise bilgi gizliliği hakkında bilgi düzeyleri yansıtılmaya çalışılmıştır. Örneğin H1 katılımcısı “**Hastanın hastaneye kabulü sırasında sekreterler tarafından hastalara bu konuda bilgilendirme yapıyor**” şeklinde uygulamanın yapıldığını belirtmiştir. H2 katılımcısı ise “**Hastanın Kişisel bilgilerini kendisinden başka kendisinin izni olmadan hiç kimse ulaşamaz. Kendi bilgisinin iletilmesi için bir kişi tayin etmesi gerekiyor. Bununla ilgili bilgilendirilmiş onam formunda belirttiği izin verdiği kişi haricinde hiç kimseye kendisiyle ilgili bilgi verilmez. Telefonla veya herhangi bir iletişim araçları vasıtasıyla ilgili kişisel bilgiler kimseye aktarılmaz. Sadece yüz yüze görüşmede kendisine veya izin verdiği kişiyle paylaşılır**” şeklinde ifade bulunmuştur. H4 katılımcısı ise “**Hastaların dosyaları günün her saatinde kapaklı dolapların içinde saklanıyor. Hasta geldiği zaman ilgili görevli hastanın dosyasını alıp bize veriyor ve dosya ile işimiz bitirdikten sonra hasta dosyası tekrar yerine kaldırılıyor. Hastaya ait belgeler hiçbir zaman ortalıkta bulundurulmuyor. Hastanın raporları kendisine ya da yetkilendirdiği kişiye teslim ediliyor**” şeklinde ifade etmiştir.

H5 katılımcısı ise “**bilgi gizliliği korunması konusunda bir bilinç oluştuğunu düşünüyorum. Sağlık kurumlarında hastaların bir başka kişi/kişilerle paylaşılmıyor**”. H6 katılımcısı ise “**Mahremiyet sağlanıyor ve bilgi gizliliğine önem veriliyor**” şeklinde ifade etmiştir. H7 katılımcısı ve H8 katılımcısı ise **bilgi gizliliği bağlamında sağlık kuruluşlarında neler yapıldığını bilmediğini ifade etmiştir. Sağlık hizmeti sunum sırasında bilgi gizliliğinin uygulaması ve önemine değinilmiştir.**

Sağlık hizmeti sunum sürecinde bilgi gizliliği teması kodları Tablo 6 da sunulmuştur.

Tablo 6. Bilgi gizliliği

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Bilgilendirme Bilgi paylaşımı Bilgi paylaşılacak kişiler Soru Hasta kabul Cep telefonu numarası
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	İzin Yetkilendirme Onam formu
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Prosedür Deontoloji kanunları Güvence Mahremiyet Bilgilendirme Yazılı sözlü onam Etik kurallara riayet etmek Yardımcı sağlık personeli
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Yetkili kişi Yetkilendirme Arşivleme
H5	Devlet Memuru	Paylaşmamama
H6	Devlet Memuru	Bilgi gizliliğine önem Önem
H7	Makine Mühendisi	Mahremiyet Gizleme

4.5.4. Hekim Sorumluluğu

Yapılan görüşmelerde hasta hakları bağlamında hastanın tedavi sürecinde hekim sorumluluğunun önemine değinilmiştir. Örneğin H1 katılımcısı “ **Bizim sorumluluklarımız çok önemli. Çünkü yaptığımız tedavinin etkinliği, güvenilirliği, yan etkisinden hekim sorumludur. Bu sebeple hastadan çok iyi anamnezi almak zorundadır. Hastanın iyi bir öz geçmişi alınmalı. Alerjisi sorgulanmalı. Ailede risk faktörü sorgulanmalı, hastaya tedavi öncesinde komplikasyonları bildirmesi gerekir. Bu riskler aileye ayrıntılı anlatılmalı**” şeklinde ifade etmiştir. H2 katılımcısı ise “ **Hastaya en doğru en modern kendisi için en uygun olduğunu düşündüğüm birlikte olumlu ve olumsuz yanlarını değerlendirerek ortak karar verdiğimiz tedaviyi almaktır**” şeklinde ifade

etmiştir. H4 katılımcısı ise ‘‘ Hasta düz beyaz bir kâğıt değil dolayısıyla kendi si bugüne kadar yaşadığı yanlışları ve hastalıklarıyla geliyor. Benimde onları seçme şansım yok. Dolayısıyla var olan riskleri rakamlara dökmeden kabaca olasılıklar dâhilinde hastadan gelen riskleri ve hastalığının getirdiği riskleri tek tek anlatıyorum. Gerekirse başka merkezlere hastayı yönlendiriyorum’’ şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmet sunum sürecinde hekimin sorumluluğu Tablo 7 de sunulmuştur.

Tablo 7. Hekim sorumluluğu.

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Tedavinin etkinliği Tedavinin güvenilirliği Tedavinin yan etkisi Çok iyi anamnez almak Hastanın hikâyesi/özgeçmişi Alerji Tedavinin doğruluğu Yan etki İlaç alerjisi Ailede risk faktörü Hastanın bütünlüğü Komplikasyon Aileye bilgi verilmeli Ayrıntılı bilgilendirme Hastaya ayrılan süre Net anlatım
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	En doğru En modern En uygun Ortak karar
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Bilgilendirme Yazılı ve sözlü onam Tedavi seçenekleri Profesyonel iletişim Tedaviyi üstlenme En düşük dozda ilaç En az sayıda ilaç Farklı uzmanlıklara yönlendirme
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Riskler Anlatma Farklı merkezlere yönlendirme

4.5.5. Tıbbi Hata (Malpraktis)

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında Tıbbi Hata (Malpraktis)' in önemi vurgulanmıştır. Örneğin, H1 katılımcısı: “ **Malpraktis hekimin yetersiz bilgisi**, Katılımcılara sağlık hizmeti sürecinde tıbbi hata (Malpraktis) ile **hastayla yeterli ilgilenmemesi, tedavi sürecindeki aksaklıklar nedeni ile hastanın başına gelen talihsiz olaylara diyebiliriz**” şeklinde belirtirken hekimin hastanın tedavisinden doğan sorumluluğunun aşamalarını netleştirmiştir. H2 katılımcısı “ **En iyi standartta en doğru tanı ve tedavi hizmeti verilmesindeki aksaklıklar**” şeklinde ifade etmiştir. H3 katılımcısı ise “ **Malpraktis sizin pratik olarak yapmış olduğunuz hasta ile tanışma anından sizden ayrıldığı ana kadar olan bütün süreçlerde sizin pratiğinizden kaynaklanan hatalar. Bunda sizin hastayı bilgilendirmemiş olmanız, yanlış bilgilendirmiş olmanız, hastaya tedavi vermemeniz veya yanlış tedavi vermeniz ya da tanıya giden aşamada algoritmada bazı basamakları eksik bırakmanız yapmamanız, yapmayı ihmal etmeniz bütüncül olarak ele alınması gereken bir durum**” şeklinde ifade etmiştir. H4 katılımcısı ise “ **Hasta bugüne kadar yaşadığı yanlışları ve hastalıklarıyla geldiğinden var olan riskleri rakamlara dökmeden kabaca olasılıklar dâhilinde hastadan gelen riskleri hastaya tek tek anlatıyorum. Kendimle ilgili boyumu aşan veya çok zor olan bir ameliyatsa bu ameliyatı daha yoğun yapan merkezlerde olmasını öneriyorum**” şeklinde ifade etmiştir. “ Geçirdiğiniz en önemli hastalık nedir? Bu hastalığınızla ilgili sağlık çalışanlarından kaynaklanan hata oluştu mu? Sorusuna H5 katılımcısı “ **Mide rahatsızlığı geçirdim. Endoskopi yapılırken beni bilgilendirmediler, uyutmadılar, hayatımın en travmatik anıydı, hatta tecavüze uğramış gibi hissettim. Sağlık çalışanlarından kaynaklanan psikolojik travma oluştu. Hala midemle ilgili sorunlar devam ediyor. Test sonucunu almaya gitmediğim için ne çıktığını hala bilmiyorum dolayısıyla tedavim tamamlanmadı**” şeklinde ifade ederek tıbbi hata (Malpraktis)' da bilgilendirmenin önemine değinmiştir.

Kanser H7 katılımcısı pankreas tanısı konulduktan sonra Pankreas operasyonu olan hasta ” **Hata mıdır değil midir bilmiyorum, ama pankreasın yanında Safra kesesi, dalak, midenin bir kısmı alındı. Bunları**

bana taksit söylediler. Bence bir şey olduğunda toptan söylemeleri daha uygun” şeklinde ifade etmiştir. H7 katılımcısının Pankreas operasyonu sırasında diğer organların alınmasına tıbbi hata şüphesiyle baktığı gözlenmiştir.

Sağlık hizmet sunum sürecinde tıbbi hata (Malpraktis) temasının kodlaması Tablo 8 da sunulmuştur.

Tablo 8. Malpraktis

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Hekim tedavisi Hasta izlemi Komplikasyon öngörme Takip Anamnez Alerji Öz geçmiş Mevcut Kronik hastalıklar Geçirilmiş operasyon, Kullandığı ilaç Sorgulama Yenilikçi
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	Aksaklıklar
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Pratikten kaynaklanan hata Hastayı bilgilendirmeme Hastayı yanlış bilgilendirme Tedavi verilmemesi Yanlış tedavi İhmal
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Suçlanma Minör majör komplikasyon Dikkat dağınıklığı İlgi alaka gösterilmemesi Hastanın gördüğü zarar Ölüm
H5	Devlet Memuru	Psikolojik çöküntü
H6	Devlet Memuru	Yetersiz tedavi
H7	Makine Mühendisi	Arge Bilgilendirme eksikliği
H8	Matematik Öğretmeni	Bilgilendirme

4.5.6. Şikâyet

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında hasta şikâyetlerinin sebepleri belirlenmeye çalışılmıştır. Örneğin, H1 katılımcısı: **“Hastalar çok bekledikleri zaman, randevularında karışıklık olması, çağrı merkezinin yanlış yönlendirmesi, doktor isimlerinin karıştırılması, yatan hastalar servis hizmetinden şikâyet ediyorlar, çarşaflarının değiştirilmemesi, banyonun kirli olması, hemşirenin hasta çağrısına gitmemesi hemşire ile gerginlik yaşanması, empati kuramadığını hastalardan şikâyet olarak alıyorum. Bu durumda hastalara hastanede bulunan anketleri doldurmalarını, hasta haklarına başvurmaları konusunda yönlendirme yapıyorum”** şeklinde ifade etmiştir. H3 katılımcısı ise **“ Hastalar az ya da çok beklemekten şikâyet ediyorlar, Muayene sıralarına uymuyorlar, hekimlerle aralarındaki sorunlardan şikâyet ediyorlar. Gerekli tetkiklerin yapıp yapılmadı konusunda şikâyetler de bulunuyorlar. Bu konuda ki eleştiriler sübjektif oluyor. Kendisi gibi olan olmayan arkadaşı ile karşılaştırma yapıyor. Kendisi gibi olan olmayan bir başka hastayla karşılaştırma yapıyor. Şartları eşit olmayan hastaneleri sağlık kuruluşlarını birbirleriyle karşılaştırma yapmaya çalışıyor. Genelde politik bürokratik birimlere kolay kolay ulaştıkları için bu tarz kurumları suiistimal ediyorlar. Genelde sübjektif sorunlar yaşandığını düşünüyorum”** şeklinde ifade etmiştir. H4 katılımcısı ise **“ Cerrahi branşlarda vizite saatlerinin yeterli olmadığını düşünüyorlar. Günün her saatinde doktora ulaşamadığı konusunda şikâyet ediyorlar. Ameliyatların uzamasından şikâyet ediyorlar. Hastane fatura miktarı arttıkça şikâyetlerin sayısının da arttığını düşünüyorum”** şeklinde ifade etmiştir. Devlet hastaneleri için daha çok ne tür şikâyetler var? Sorusuna H4 katılımcısı **“Doktorun vizite sırasında hasta yakınlarına bağırması, acil serviste karşılıklı yüksek sesle konuşma gibi birtakım sıkıntılar var. Herkes kendinin acil olduğunu düşünüp tıbbi olarak acil olmadığında gidip bunu yöneticilere şikâyet ediyorlar. Şikâyetler genelde boş çıkıyor”** şeklinde ifade ederek hastaların kendilerini acil gördüklerini belirtmiştir. H5 katılımcısı ise şikâyet ettiği konular şu ifadelerle belirtmiştir **“ Hastalık halinde randevu alnamıyor. Randevular 3–4 dakikada bir veriliyor. Randevuya gittiğimde sorunumu adımlı söyledüğimde sürem doluyor. Dış**

randevusu 7 dakikada bir veriliyor, diş tedavisi için süre çok kısıtlı. Bu kısıtlı sürede beni dinlemiyorlar, beni iyi tedavi etmediklerini düşünüyorum’’. H6 katılımcısı ise’’ randevu alamıyorsunuz, enfeksiyon gibi bir durum söz konusu ise enfeksiyon ilerlemiş oluyor’’ randevu alamamaktan şikâyet etmiştir. Hasta haklarıyla ilgili çevrenizden ne tür şikâyetler alıyorsunuz sorusuna ise ‘’ H5 katılımcısı tedaviyi alamadığını doktorun onu dinlemediğini, zamanında hizmet alamamaktan, bazı tetkikler için 6–9 ay sonraya randevu veriliyor. Örneğın kanser teşhisi konulacak hasta için patoloji randevusunun 9 ay sonra çok geç olabilir. Her evrenin kanserde hayati önemi var’’ şeklinde ifade etmiştir.

H7 katılımcısı ise ‘’ özellikle devlet hastanelerinde hekime referans kişilerle gittiğiniz zaman daha iyi muayene imkânına sahip oluyorsunuz. Özel hastaneler ticari kuruluşlar olduğu için bu durumu fazla göremiyorsunuz’’ şeklinde ifade etmiştir. H8 katılımcısı ise ‘’ Devlette alışanlar yorgunluğun ya da rahatlığın verdiği kaba davranışlar sergileyebiliyorlar. Hastaları sakinleştirmek adına biraz daha iyi davranabilirler’’ şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmeti sunum sürecinde şikâyet teması Tablo 9 da sunulmuştur.

Tablo 9. Şikâyet

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Hasta hakları birimi Memnuniyet Memnuniyetsizlik Bekleme Karışıklık Yanlış yönlendirme Hizmet Hijyen Hemşire çağırısı Gerginlik Empati Anket Dinleme Anlama Yönlendirme
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	şikâyet yok
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Bekleme Hak ihlal etmek Hekim ile gerginlik Eleştiri Sübjektif Karşılaştırma Politik/bürokratik birimler Suiistimal Hasta hakları birimi
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Yetersiz vizite süresi Hekime ulaşabilme fiyatlandırma Acil serviste karışıklık Yüksek sesle konuşma Gereksiz şikâyetler
H5	Devlet Memuru	Randevu Randevu süresi Güven Tedavi Dinleme Etkili tedavi Sağlık hizmetine ulaşma Performans sistemi Zaman ayırmamak Çözüme ulaşılmaması
H6	Devlet Memuru	Randevu Dinlenilmemesi Zamanında hizmet alınmaması Zaman
H7	Makine Mühendisi	Bilgilendirme Ücret Katkı payı
H8	Matematik Öğretmen	Trioya Sıra Geri bildirim Sakinleştirme Sinir

4.5.7. Hasta sorumluluğu

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında sorumluluklarının önemi vurgulanmıştır. Örneğin, H1 katılımcısı: ‘**Hasta sorumluluğu hastanın doktoruna, doktorunun teşhis ve tanısına güvenmesidir. Doktorun uyguladığı ilaçları ya da doktorun önerilerini harfiyen uygulaması, kendi kişisel bakımını yapması, hastanenin kurallarına uymasısı**’ şeklinde ifade etmiştir. H2 katılımcısı ise ‘**Hastaların sorumlulukları doğru yerden yardım istemek konusunda bilinçli davranmak, kendilerine verilen bilgileri değerlendirmek kendi içlerinde sorgulamak, ezbere kararlar vermemek. Doktorla beraber ki ortak karar sürecine aktif olarak katılmak önerilen tedavilere uymak uyulmayacak ise uyulmayacağını karşı tarafa ve sağlık kuruluşuna bildirmek iyi bir şekilde çözüm aramaktır**’ şeklinde ifade etmiştir.

Hasta sorumluluklarını H3 katılımcısı ise ‘

- **Hastanın kısaca vücudunu tanıması.**
- **Kabaca genel bir sağlık bilgisini bilmesi**
- **Kendi vücudunu organlarını tanıması**
- **Genel üniversal koruma yollarını bilmesi**
- **Genel sağlık ve hijyen kurallarını bilmesi**
- **Kişisel ruhsal bakımını bilmesi**
- **Sağlıklı alışkanlıklara sahip olması**
- **Sağlığa uygun olmayan alışkanlıklarının kendisini hastalık oluşturabileceğini bilmesi**
- **Sağlığın sadece fiziksel değil sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyi hal olduğunu anlayabilmesi**

Türkiye’deki durumu açıklayacak olursak hasta sorumlulukları sıfır çok bilgisizlik var. İnternet bilgisi var. Ortada çok büyük bir bilgi kirliliği var. Televizyonlarda medyatik olmuş doktorlar var ve gündem yaratan, sansasyon yaratan, reyting yapan başlıklar var. Bu sebeple de zaten bilgisiz olan ya da yanlış bilgilenmiş olan toplumun manipüle edilmesi, birtakım trendlere direnç geliştirilmesi, lobi yapması, yanlış ya da ticari akımlarının

peşinden gitmeleri söz konusu olabiliyor ‘’ şeklinde ifade ederek Türkiye’deki bu durumu açıklamıştır.

H4 katılımcısı ise ‘’ **Hasta sorumlulukları bize öz geçmişlerini tam olarak anlatmaları gerekiyor. Kullandıkları ilaçları yanlarında getirmeleri veya en azından doğru bir şekilde aksettirmeleri gerekir. Eğer madde bağımlılıkları varsa bunu bize söylemeleri gerekir. Çünkü ben onu anlayamayabilirim. Sigara alkol kullanıyorlarsa bunu net bir şekilde düzeylerini söylemeleri gerekiyor. Bizden gizli ilaç içmemeleri gerekiyor. Özellikle hastanede yatarken evden getirdiği ilaçları almamaları gerekiyor. Bizim onlara verdiğimiz birtakım görevler var solunum egzersizi yapma, koridorda gezme gibi, hastanın sadece şuuru açık hastanın kendi kendine yaparak kazanım sağlayabileceği onlara uymaları gerekiyor’’** şeklinde ifade etmiştir. H5 katılımcısı ise ‘’ **Öncelikle hastalığımı doktora doğru açık ve net ifade etmek ve yönlendirme yapmamam gerekiyor’’** şeklinde ifade etmiştir. H7 katılımcısı ise ‘’ **Doktorun bilinçlendirdiği şekilde ilaçlarımı kullanmak, gerekenleri doğru şekilde yapmak’’** şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmeti sunum sürecinde hasta sorumlulukları teması Tablo 10 da sunulmuştur.

Tablo 10. Hasta sorumluluğu

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Güven Tedaviyi uygulama Hastane kurallarına uyma
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	Bilinçli davranma Değerlendirme Karar verme Tedaviye uyma Çözüm arama
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Hastanın vücudunu tanıması Hijyen kurallarını bilmesi Sağlık alışkanlıklarına sahip olması Bilgisizlik internet bilgisi Medyatik olmuş doktor
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Öz geçmiş İfade etme Doğru aksetme Tedaviyi uygulama
H5	Devlet Memuru	Doğru bilgi verme
H6	Devlet Memuru	Doğru yönlendirme tedaviyi uygulama
H7	Makine Mühendisi	gerekenleri uygulamak
H8	Matematik Öğretmen	tedaviyi uygulama

4.5.8. Şiddet

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin önemi vurgulanmıştır. Örneğin, H1 katılımcısı: “ Sağlık çalışanlarına yapılan şiddetin sebeplerini yanlış bilgi, bilgisizlik, sosyal medyanın doktorların yanlış tedavi yaptığını iddia etmeleri, ilaç şirketlerinin bir pazar olduğu, aşılardan yalan olduğu, bunlar sosyal medyada pompalanan yalan yanlış sağlık bilgileri, hastaları sağlık kuruluşlarına, doktorlara karşı ve pozitif tıbbı karşı şüpheye düşürmeye başladı. Sosyal medyada aşı karşıtı bir grup var. Bazı doktorlar da bu gruba giriyor. Çocuğunuza aşı yaptırmayın. Ya da doktor karşıtı gruplar var. Alternatif tıbbı yönelin. İlaç kullanmayın. Bütün bunlar bence hastalar ile doktorları çatışmaya itiyor. Ya da sosyal medyada yanlış yazılan haberler var. Doktor ilgilenmedi, hasta öldü, hastane kapısından gönderildi, hasta yer bulamadı ve öldü. Bu tarz işin aslının tam net bilinmediği

durumlar var. Sağlık sektöründen kaynaklanan bazı aksaklıklardan dolayı hastaların güvenleri de azalabiliyor. Örneğin Acil Servis gezen, yolda ölen hastalar var. Sağlık Bakanlığın' da ve sağlık sistemimizde de bazı aksaklıklar oluyor. Bütün bunlar hasta ile doktorları, sağlık çalışanlarını karşı karşıya getiriyor'' şeklinde ifade ederek modern tıbbı karşıt grupların varlığından ve sağlık hizmet sürecindeki aksaklıkların temel nedenlerini dile getirilmeden yapılan medya haberlerine değinmiştir.

H2 katılımcısı ise **''Toplumsal olarak değer yargılarının değişmesinden, eğitilmiş kesime karşı geliştirilen tutumdan, medyanın bunu bir meta olarak değerlendirmesinden tutun çok fazla faktör var''** şeklinde ifade ederek toplumun değer yargılarının değişmesi ile medyanın bu durumu kullanmasına değinmiştir.

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin sebepleri sizce nedir? Sorusuna H3 katılımcısı **'' Türkiye'de sağlıkta şiddet değil Türkiye'de şiddet artmış durumda Türkiye genel olarak şiddete mehil etmiş bir toplum. Türk insanının birtakım sebeplerden dolayı bu belki örgütlenmiş cehalet olabilir ya da diplomalarla dizginlenemeyen dörtnala giden bir cehalet ve kibir olabilir. İnsanların çok bildiğini zannetmesi olabilir. Sosyal medya internet vs. gibi sebepler olabilir sonuç olarak bilgilenmenin azalması sebebiyle ne bireysel ne ikili ne sosyal ne mesleki ilişkilerinde sağlıklı ilişkiler kuramıyorlar''** şeklinde ifade ederek Türkiye' deki şiddete mehile değinmiştir.

H4 katılımcısı ise **'' Ben direk siyasi otorite olduğunu düşünüyorum ve gelin bize şikâyet edin doktorların maaşlarını biz veriyoruz sizin vergilerinizle bunları yapıyor gibi ne yazık ki popülist politikalar doktorların öldürülmesine kadar gitti. Eski hiyerarşik düzen bozuldu üniversitelerde sadece insanlar çalışsın diye niteliksiz öğretim üyeleriyle dolduruldu. Alt üst ilişkisi koptuğu için herkes kendini büyük bir doktor zannetmeye başladı. Doktorların tavırları da hasta yakınlarının eğitimsizliği de çatıştıkça şiddet git gide arttı. Özel hastanelerde daha az doktorlara saldırılıyor. Devlette çalışanlar hemşire ekibimizde dâhil orada devlet kadrosunda oldukları için nasıl olsa arkam sağlam deyip hastalara istediği şekilde davranmaya başladılar. Bunları da kontrol eden kurum içinde gerekli kuralları hatırlatan mekanizmalar bence yok. Herkes hastanede**

istediğini yapıyor. Hastalarında eğitim düzeyi veya en azından hastanedeyim kuralına uygun davranmam lazım diye bunlara uymadıkları için sürekli gerginlik ortamı oluyor bu ne yazık ki ölüme kadar gidiyor” şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde şiddet teması Tablo 11 de sunulmuştur.

Tablo 11. Şiddet

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	Yanlış bilgi Bilgisizlik Sosyal medya İlaç şirketleri Şüphe Aşı karşıtı grup Çatışma Aksaklık Güven Ölüm
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	Değer yargılarında değişim Tutum Eğitim Medya
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Artış Cehalet Kibir Sosyal medya İnternet Bilgilenme İlişki otorite
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Şikâyet Maaş Popülist politika Hiyerarşik düzen Niteliksiz personel Şiddet Doktora saldırı Eğitim düzeyi Hastane kuralları Gergin ortam Ölüm

4.5.9. Hasta hakları eğitimi

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında hasta hakları eğitiminin önemi vurgulanmıştır. Örneğin, H1 katılımcısı: “ **Hasta haklarıyla ilgili ayrıntılı bir eğitim aldığımı hatırlamıyorum**” şeklinde ifade etmiştir. H2 katılımcısı ise “ **hasta hakları konusunda özel bir eğitim almadım. Bugüne**

kadarki okuduklarım, öğrendiklerim, yaşanmışlıklarım sayesinde bu konuda kendimi geliştirdim” şeklinde ifade etmiştir. H3 katılımcısı ise “ Türkiye’ de Tıp fakültesinin üzerine mastır ve doktora yaptım. Hiçbirinde bu konuyla ilgili ne bir özel ders nede özel bir başlığa tabi oldum. İtalya da iki yıl boyunca ‘Medicina Legale ‘ dersini alıyorsunuz. Bu sürede bütün deontoloji kanunları, halk sağlığı, koruyucu hekimlik, hekim olarak üstlenmeniz gereken bütün sorumluluklar anlatılıyor” şeklinde ifade ederek Türkiye ile İtalya da alınan hasta hakları eğitimlerinin farklarına değinmiştir. H4 katılımcısı ise “ Hasta hakları eğitimleri işe giriş oryantasyon eğitiminin bir parçasıydı. Hasta hakları nelerdir? Doktorun hakları nelerdir? Bütün bu bilgiler yazılı olarak da verildi” şeklinde ifade etmiştir. H5 katılımcısı ise “ Eğitim verilmiyor, bir işleyiş var bu işleyişe yetismeye çalışıyorlar, bu işleyişi yürütmeye çalışıyorlar” şeklinde ifade etmiştir. Hasta H6 ise “ Şimdiye kadar herhangi bir eğitime rasgelmedim” şeklinde ifade etmiştir. Hasta H7 ise “ ameliyat olduğum hastanede birkaç sayfalık evrak verdiler” şeklinde ifade etmiştir. H7 katılımcısı ise “ asansörde kadın doğumla alakalı bilinçlendirme/ seminer posterini gördüm” şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde hasta hakları eğitimi temalı Tablo 12 de sunulmuştur.

Tablo 12. Hasta hakları eğitimi

Katılımcı	Meslek	Kod
H1	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	eğitim
H2	Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanı	Öğrenme Yaşanmışlık Öğrenme Gelişme
H3	Kardiyoloji Uzmanı	Deontoloji kanunu Halk sağlığı Koruyucu hekimlik Hekim sorumluluğu
H4	Göğüs Cerrahi Uzmanı	Oryantasyon eğitimi Hasta hakkı Doktor hakkı Yazılı doküman
H5	Devlet Memuru	İşleyiş Yetişme Yürütme
H6	Devlet Memuru	Eğitim almamış
H7	Makine Mühendisi	Evrak
H8	Matematik Öğretmeni	Bilinçlendirme Seminer Poster

4.4.10. Hastane kuralları

Yapılan görüşmeler sonucunda sağlık hizmet sunumu sırasında hastane kurallarının önemi vurgulanmıştır. Örneğin, H5 katılımcısı: “ **Tedavinin doğruluğuna kanaat getirirsem onlara uyma gibi sorumluluğum var**” şeklinde ifade etmiştir. H6 katılımcısı ise “ **Hastanenin giriş çıkış kuralları, diğer hastalarla olan ilişkileri, hastanede bulunduğum sürece tedavi saatleri hakkında tedaviye uyma, oraya uyum sağlamadır**” şeklinde ifade etmiştir. H7 katılımcısı ise “ **Hastane kurallarını hastanenin bilgilendirme föylerinden bu son zamanlarda Türkiye’ de çok geliştirdi hem odalarda hem de matbu evrak olarak masalarda bulunuyor**” şeklinde ifade etmiştir. H8 katılımcısı ise “ **Kurallara uymak, sesiz olmaktır**” şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık hizmetlerinde hastane kuralları temalı Tablo 13 de sunulmuştur.

Tablo 13. Hastane kuralları

Katılımcı	Meslek	Kod
H5	Devlet Memuru	Kanaat getirme
H6	Devlet Memuru	Tedaviye uygulama
		Kural
		İlişki
		Tedaviye uyma
		Uyum sağlama
H7	Makine Mühendisi	Matbu evrak
		Bilgilendirme föyü
H8	Matematik Öğretmeni	Kurallara uymak
		Sesiz olmak

SONUÇ

Sağlık hizmetleri gün geçtikçe ülkemizde daha da önem kazanmaktadır. Hasta hakları konusu dünyada olduğu kadar Türkiye’de de yükselen değerdir. Ülkemizde bu konuda birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye’de hasta hakları ile ilgili atılan ilk adım 1998 yılında ‘‘Hasta Hakları Yönetmeliği’’ yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında başlattığı ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’’ ile ülkemizde bulunan tüm kurumlarda hasta hakları çalışmaları başlatılmıştır. Bu Dönüşüm Programıyla hastaların sorun yaşadığında başvuracağı hasta hakları birimleri oluşturmak, mümkünse sorunu yerinde çözmek değilse sorunun bir üst mercilere bildirerek çözümün sağlanması amaçlanmıştır. Hasta hakları sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı olan bireylerin, yalnızca insan olmaları nedeniyle sahip olduğu ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile teminat altına alınmış haklardır. Bu çalışmada sağlık hizmetinden faydalanma ihtiyacı bulunan 4 hasta ve sağlık hizmeti verilmesine iştirak eden 4 hekim ile yarı yapılandırılmış mülakat yapılmıştır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta haklarının hekimler ve hastalar tarafında algılanışı ve bilgi düzeylerini yansıtmak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda katılımcılara hasta hakları konusunda sorular yöneltilmiştir.

Mülakatlardan çıkan sonuçlara göre sağlık hizmeti sunum sürecinde hasta haklarının hastalar için olduğu kadar hekimler içinde önemli olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada maximum çeşitlilik örneklem yöntemi seçilme sebebi çeşitli branşlardaki hekimler ve birbirinden farklı tip hastaların algı ve yorumlarından oluşabilecek farklılıkları gözden kaçırmadan tespit edebilmek amacını taşımış olsa da yapılan mülakatla sonucu hasta ve hekimlerin önem verdiği konuların ve yaşanan problemlerin hekim ve hasta tipi gözetmeksizin benzer olduğu gözlenmiştir. Hastalar için ihtiyacı olduğunda tedavi alabilme hakkının olması gerektiği vurgulanmıştır. Sağlık hizmeti sunum sürecinde hastalara yapılan tedavinin hekimler tarafında ayrıntılı bilgilendirmenin önemi vurgulanmıştır. Sağlık hizmeti alırken hastaların kendi sağlık durumları hakkında hekimleri bilgilendirmenin önemi vurgulanmıştır. Katılımcı hastalar ile yapılan görüşmelerde işlem öncesi bilgilendirmenin devlet hastanelerine göre özel hastanelerde daha özenle yapıldığı vurgulanmıştır. Sağlık

kurumlarında bilgi gizliliği konusunda bilinç olduğu, bu konuda hastanın izin verdiği kişilerle kendi bilgilerinin paylaşıldığı görülmüştür.

Hekimlerin hastanın tedavisinden doğan sorumluluklarının hastanın sağlık kurumuna başvurusundan tedavinin bitimine kadar olan süreçte en iyi en modern tedavinin verilmesi olduğu vurgulanmıştır. Tıbbi hata (Malpraktis)'da hekimin yetersizliği ya da dikkatsizliğinden kaynaklanan hataların olduğu vurgulanmıştır. Cerrahi branşlarda hizmet veren hekimlerin hastaların cerrahi işlem öncesinde ve sonrasında bilgilendirmenin önemi vurgulanmıştır. Cerrahi operasyon geçiren hastalarda operasyon sonunda hekimlerin operasyon hakkında hastalara verdikleri bilgilerin eksik ve yetersiz olduğu görülmüştür. Sağlık kurumlarına gelen şikâyetlerin daha çok bekleme, hekim vizite saatlerinin yetersizliği, hekimle hasta arasındaki anlaşmazlık, servis hizmetlerinden memnuniyetsizlik, herkesin kendini acil vaka olarak görüyor olması, hastalık halinde randevu alınamaması, özellikle kanser hastaları için yapılacak olan özel tetkikler için geç tarihlere randevu oluşturulması, özel hastanelerdeki hastaya gösterilen alakanın devlet hastanelerinde görülmemesi konularında olduğu görülmüştür. Enfeksiyon ve benzeri hastalık halinde hastaların sağlık kurumlarından ihtiyaç duydukları zamanlarda randevu oluşturamadıkları vurgulanmıştır. Hemoroid hastası olan katılımcı, devlet hastanesi çalışanlarının yoğunluktan ya da rahatlığın verdiği kaba davranışlar sergileyebildikleri ve hastaları sakinleştirmek adına iyi davranışlar sergilemeleri gerektiğini vurgulamıştır. Katılımcı hekimler tarafından hastaların hasta olarak kendi sorumluluklarını bilmeleri gerektiği vurgulanmıştır. Katılımcılar hekimler tarafından sosyal medyanın halkı yanlış yönlendirmesi sonucunda hastaların hekimlerin yaptığı tedaviyi sorgulaması, tedaviyi beğenmemesi, zamanla hekimle hasta arasında sürtüşmenin yaşandığı ve bunun sağlıkta şiddete kadar varabildiği vurgulanmıştır. Katılımcı hekimler tarafından, hastaların şikâyet mercilerine kolay ulaşabiliyor olmaları şikâyetleri arttırdığı vurgulanmıştır. Çalışmaya katılan hekimler tarafından sadece sağlıkta şiddetin değil Türkiye'de şiddetin artmış olduğu vurgulanmıştır. Özel hastanelerde doktorlara saldırının daha az olduğu vurgulanmıştır. Sağlık kurumlarında hasta hakları ile ilgili ne hekimlere nede hastalara yeterince eğitim verilmediği vurgulanmıştır. Hastaların hastane kuralları hakkında çok bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Çalışmanın bulgularından çıkarılabilecek bir sonuç olarak, hasta haklarına daha fazla önem gösterilmesi için hizmet içi eğitim çalışmaları yapılmasının öneminden bahsedilebilir. Bunun yanı sıra, hekimlerin hastalara ayırdığı muayene süresini arttırmak amacıyla sağlık kuruluşları tarafından yeni bir düzenleme yapılabilir. Kurum bazında ise hasta-hekim ilişkilerini iyileştirmek ve sağlık hizmetini daha etkin hale getirebilmek adına hasta hakları/hasta iletişim birimlerine gelen şikâyetler üzerinde ayrıntılı inceleme yapılmasıyla şikâyet sebepleri tespit edilebilir. Devlet hastanelerinde dış tedavi süresinin yetersiz olmasından dolayı dış tedavi sürelerinin uzatılması için yeni bir düzenleme yapılabilir. Sağlık kurumlarında, hastaların kendi tedavi süreçleri hakkında bilgilendirilmesi konusunda sağlık çalışanlarına bilinçlendirme eğitimi verilebilir. Sağlık kurumlarında hastaların mahremiyetine saygı gösterilmesi amacıyla sağlık personeline bilinçlendirme çalışması yapılabilir. Sağlık kurumları tarafından sağlıklı bozulmuş bir bireyin bir sağlık kurumuna gitmeden önceki ve sağlık kurumuna gittikten sonraki dönemde uyması gereken ödev ve yükümlülükleri olan “hasta sorumlulukları” konusunda hastaları bilinçlendirmek amacıyla eğitim programı düzenlenebilir.

KAYNAKLAR

- Akdemir, N. (2015). “Türkiye’deki Hasta Hakları Uygulamaları Çerçevesinde Çocuk Hastaların Durumu”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akdur, R. (1997). “Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları”, Türkiye Klinikleri Journal Of Medical Ethics-Law And History 5(2): 43-49.
- Akıncı, B. (2009). “Hasta Hakları Birimi Uygulamasında Kozan Devlet Hastanesi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Akıntürk, T. (2007). “Hukuka Giriş”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Aksoy, Ş. (2013). “Hasta Haklarında Mahremiyet ve Özel Hayatın Gizliliği”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydemir, İ. (2010). “Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aydiner, A. H. (2006). “Bursa’daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- Akkuş, A. G. Y. & Akdemir, N., (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 082-091.
- Bostan, S. (2005). “Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri”, İbni Sina Tıp Dergisi 10(2-3): 65-72.
- Can, A. ve İbicioğlu, H. (2008). “Yönetim Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 13, Sayı: 3, s.253-275.

- Cılga, İ. (2004). “Bilim ve Meslek Olarak Türkiye’de Sosyal Hizmet”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, Ankara.
- Çetin, E. (2008). “1982 Anayasası’nda Sosyal Haklar ve Avrupa Sosyal Şartı’na Dair Spesifik Sorunlar”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Doğan T. (2017).”İnsan Kaynakları Departmanı Bulunmayan İşletmelerin Personel Seçim Kriterleri Üzerine Yapılan Nitel Araştırma: İslahiye Örneği” Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Elçioğlu, Ö. ve Demirhan, E., A. (2003). “Hasta Hakları, Çağdaş Tıp Etiği”, Nobel Tıp Yayınları, İstanbul.
- Emini, M. (2004). “Hak Kavramı”, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Konya, Sayı (S.)12, s.203
- Eroğlu, E. K. (2011). “Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde İş Yükünün Hasta Güvenliği Üzerindeki Etkisinin Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdem, Ş. (2007). Sağlık hizmetleri pazarlaması: Hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama (Master's thesis).
- Fırat, A. (2017). Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları Ve Sorumlulukları
- Funda, M. N. (2012). “İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ertem, G., Oksel, E., & Akbıyık, A. (2009). Hatalı tıbbi uygulamalar (malpraktis) ile ilgili retrospektif bir inceleme.
- Gülkaya, E. (2009). “Erişkin Hastanesinde Yapılan Akreditasyon Çalışmaları Sürecinde, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği

- Konusunda Bilgi Düzeyleri”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gürer, S. (2017). ‘’ Türk Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim İncelemesi: Karadeniz Bölgesi’nde Bir Uygulama’’ Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güvercin, C.H. (2007). Türkiye’deki Gelişimi Açısından Hasta Haklarının Önemi”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Gökburun, İ. (2007). Türkiye’de İnsan Hakları Düşüncesinin Tarihsel gelişimi ve İlköğretim Ders kitaplarına Yansımaları, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.
- Gurbetoğlu, A. (2014). Bilimsel araştırma yöntemleri.
- Hakeri, H. (2007). “Hasta Hakları Bakımından Yeni Türk Ceza Kanunu”, Sağlık Hakkı Dergisi, Sayı.1, Trabzon.
- Hatemi, H. (2016). Medeni Hukuka Giriş, Seçkin Yayınları, İstanbul.
- Hatun, Ş. (1999). Hasta Hakları, İletişim Yayınları, İstanbul.
- İşeri, S. (2014). Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Kapani, M. (2011). “İnsan Haklarının Uluslararası Boyutlar”, Bilgi Yayın evi, Ankara.
- Kapani, M. (2013). “Kamu Hürriyetleri”, Yetkin Yayınları, Ankara.
- Kaptanoğlu, A.Y.(2011).’’Sağlık Yönetimi’’, İstanbul.

- Karaer, Z. (2016). “Hemşirelerin Hasta Hakları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Candaş-Karababa, Z. C. (2009). Yabancı dil olarak Türkçenin öğretimi ve karşılaşılan sorunlar. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 42(2), 265-278.
- Karahan, K. (2006). “Hizmet Pazarlaması”, Beta Yayınları, İstanbul.
- Kavuncubaşı, Ş. (2010). “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kibar, N. (2010). 1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi: Bahçelievler Örneği Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kuçuradi, İ. (200). “Etik İlkeler ve Hukukun Temel İlkeleri Olarak İnsan Hakları”, Ankara Barosu Hukuk Kurultayı 4, Ankara.
- Kurtuluş, S. (2005). “Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama”, İstanbul.
- Marşap, A., Akalp, G., & Yeniman, E. (2010). Sağlık işletmelerinde insan kaynağının kurumsal bilgi güvenliği kültürü gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 3(1).
- Odabaşı, A. B. ve Tümer, A. R. (2006). “Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu’nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, C.15, S.4.
- Oğuz, N. Y. (1997). “Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, C.5, S.2, Ankara.
- Oğuz, O. (1964). “Genel İktisat Teorisi Dersleri” İstanbul.
- Oral, T. (2011). “ Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü”, *Ankara Barosu Dergisi*, S.2, Ankara.

- Önal, G. (2012). “Hasta Hakları Anatomisi”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, C.3, S.1, İstanbul.
- Öz, S. (2007). “İnsan Hakları Düzenlemelerinin Türk Kamu Yönetimine Etkisi”, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Özcan, C. (2010). “Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özkorkut, K. (2013). “Hukuki ilişkiler ve Haklar”, Hukukun Temel Kavramları, (Ed. U.Aydın, E.Sütken), Eskişehir.
- Özlü, T. (2003). “Hekiminizi Nasıl Alırdınız?”, Kaknüs Yayınları, İstanbul.
- Özlü, T. (2007). “Hekimler ve Hasta Hakları”, Sağlık Hakkı Dergisi, S.2, Trabzon.
- Özmen, M. E. ve Tanrıverdi, H. (2011). “Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi”, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 15 (3): 85-109.
- Öztürk, A. S. (2013). “Hizmet Pazarlaması”, Ekin Basım Yayın evi, İstanbul.
- Öztürk, B. ve Erdem, R. M. (2006). “Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku”, Yeni CMK’ya Göre Yenilenmiş, Ankara.
- Özdemir, M. (2010). Nitel veri analizi: Sosyal bilimlerde yöntem-bilim sorunsalı üzerine bir çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1).
- Pazarcı, A. A. (2007). “Hasta Hakları ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Sorumluluğu”, Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- Polat, O. (2005). “Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal- Hukuksal-Etik Boyutları”, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

- Polat, O. (2005). “Tıbbi Uygulama Hataları”, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420.
- Saraçoğlu, G. V. (2007). “Aile Hekimliği Sağlıklı Olma Hakkı ve Hasta Hakları Anlayışına Ne Denli Hürmetkâr?”, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Savaşkan, F. (2006). “KKTC’deki Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılığının Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Sert, G. (2004). “Hasta Hakları”, Babil Yayınları, İstanbul.
- Sert, G. (2004). “Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Açısından Hasta Hakları”, Babil Yayınları, İstanbul.
- Sözbilir, M. (2009). Nitel veri analizi. Retrived from <http://fenitay.files.wordpress.com/2009/02/1112-nitel-arac59ftc4b1rmada-veri-analizi.pdf> on, 17, 2014.
- Sürekli Tıp Dergisi, (2001). <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0301/9.html>, (02.05.2018)
- Sütlaş, M. (2000). “Hasta ve Hasta Yakını Hakları”, İstanbul.
- T.C. Resmi Gazete, 8 Mayıs 2014, Sayı: 28994, Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>, (25.07.2015)
- T.C. Resmi Gazete, 1961 Anayasası; <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10816.pdf>, (29.04.2018)
- T.C. Resmî Gazete: 14/4/1928 Sayı: 863, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.1219&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>

T.C. Sağlık Bakanlığı, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, (02.05.2018)

Tankoç, S. (2015). “Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısının Çalışan Algısı Üzerinden Ölçülmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması”, Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tanrıverdi, H. (2012). “Hastaların Hasta Hakları Konusunda Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması”, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, C.16, S.3, Ankara.

TBMM, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>, (07.04.2018)

Tengilimoğlu D, Işık O,Akbolat M. (2012). “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Tengilimoğlu, D. (2012). “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması”, Siyasal Kitabevi, Ankara.

Tezcan, D., Erdem, M. R. Sancaktar, O. ve Önok, R. M. (2011). “İnsan Hakları El Kitabı” Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Tınmaz, Ş.G. (2008). “Acil Servislere Başvuran Hasta Ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi Ve Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Toprak, D. K. ve Şahin, B. (2012). “Sağlık Bakanlığı Hastanelerde Şikâyetlerin Değerlendirilmesi”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, S.3, Ankara.

Tosun, H. (2015). “Refakatçi Hasta Yakınlarının Hasta Haklarına İlişkin BİLGİ Düzeyi ve Hastalarına Yönelik Hizmetlerden Memnuniyeti (Çal Devlet Hastanesi Dâhiliye Servisi Hasta Yakınları Örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.

Türnöklü, A. (2000). Eğitimbilim araştırmalarında etkin olarak kullanılabilecek nitel bir araştırma tekniği: Görüşme. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi, 6(4), 543-559.

Tunçel, K. (2013). “Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürünü Algılama Düzeyi ve Hasta Güvenliği Uygulamaları”, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Turhan, A. (2013). İnsan hakkı kuşakları arasındaki tamamlayıcılık ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2), 357-378.

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1n%20Te%C5%9Fviki%20S%C3%B6zl%C3%BCk.pdf>

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guide=TDK.GTS.5b30c226109967.76659803

http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=240

<http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hasta-haklari-yonetmeligi.html>

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html

<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/ihlalnedenleri.html>

<https://www.saglik.gov.tr/TR,10461/hasta-haklari-yonetmeligi.htm>

<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/hsyonerge.doc>

http://istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/has_hak%20_sunum.pdf

<http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,8468/hasta-haklari-yonetmeligi.html>

<https://www.saglikaktuel.com/haber/hekim-secme-yonergesi-1015.htm>

<http://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/>

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, (2010). “Malpraktis Bildirgeleri”, Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri, Ankara.

<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.html>

<http://www.turkhukuksitesi.com/mevzuat.php?mid=3921>

https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=119:hasta-haklari-uygulama-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34

<http://www.anayasa.gen.tr/1982ay.html>

Uygun, O. (2000). “İnsan Hakları Kuramı”, İnsan Hakları (Ed.K. Tankuter), Yapı Kredi Yayınları No: 14, İstanbul.

Uzak, A. ve Altuntaş, M. (2007). “İnsan Hakları Nedir?: Temel Bilgiler Ve Türkiye’de İnsan Hakları Alanında Yaşanan Gelişmeler”, Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı, Ankara.

Uzun, Ö. (2009). “Hastanelerde Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen Etmenler”, V. Nöroşirürji Hemşirelik Kongresi..

Vural, M., & Yıkılmış, A. (2008). Kaynaştırma sınıfı öğretmenlerinin öğretimin uyarlanmasına ilişkin yaptıkları çalışmaların belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.

Yıldırım, A ve Şimşek, H. (2016). “ Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri”, Seçkin Yayıncılık No:10, Ankara.

Yıldız, Y(2008). “Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama”Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne (2008).

EKLER

Ek-1: Hekimlere Yöneltilen Mülakat Soruları:

1. Hasta hakları tedavi süreçleri bağlamında hangi durumlarda hastalara ne tür bilgilendirme yapmaktasınız? Hastalar, bu açıklamaları ne kadar anlayabiliyor ve karşılığında nasıl bir tutum sergiliyorlar?
2. Sizce hekimlerin, hastanın tedavisinden doğan sorumlulukları nelerdir? Bunlar sahada ne kadar uygulanmakta ve denetlenmektedir?
3. Hastaların bilgi gizliliğini korumak adına çalıştığınız kurumlarda ne tür uygulamalar bulunmaktadır?
4. Malpraktis nedir?
5. Çalıştığınız kurumlarda, diğer hekimlerin de uygulamalarında karşılaşılan malpraktislerin nedeni genellikle nelerdir? Bu konuda ne tür yaptırımlar gözlemlediniz? Hastaların bu tür vakalardaki tutumları nasıl olmuştur?
6. Hastane yönetimleri tarafından, hasta hakları bağlamında, hekim, hasta veya diğer sağlık çalışanlarını bilgilendiren, aynı zamanda ilgili prosedürlerin devamlılığını sağlayan ne tür uygulamalar bulunmaktadır? (Eğitici, teşvik edici veya caydırıcı yaptırımlar olabilir)
7. Hekim olarak görev almış olduğunuz kurumlarda hasta hakları ve şikâyetleri ile ilgili hangi birimler hizmet vermekteydi? Bu birimlere en çok ne tür şikâyetler ulaşmaktadır? Size göre hastaların en çok şikâyetçi olduğu durumlar nelerdir?
8. Geçmişten günümüze hasta haklarındaki uygulamalar ile ilgili dikkatinizi çeken farklılıklar nelerdir? Türkiye genelinde de değerlendirme yapabilirsiniz?
9. Hasta haklarının karşısında hasta sorumluluklarına değinecek olursak hasta sorumlulukları nelerdir? Sizce hastanın en önemli sorumluluğu nedir?

10. Hasta haklarının sağlık hizmeti sunum sürecinde etkili olması sağlık hizmetlerini sizce nereye taşır?
11. Hasta hakları alanındaki düzenlemelerin kaynağı sizce nedir?
12. Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin sebepleri sizce nelerdir?
13. Hasta hakları davalarının karşısında sağlık çalışanları sizce nasıl korunuyor?



Ek-2: Hastalara Yöneltilen Mülakat Soruları:

1. Hasta olarak haklarınız nelerdir?
2. Hasta sorumluluklarınız nelerdir? Hastane kuralları nedir ve hastane kurallarına nasıl uyuyorsunuz?
3. Sağlık hizmeti aldığınız kurumlara sağlık öz geçmişinizle ilgili nasıl bilgilendirme yapıyorsunuz? Yeterli ve doğru bilgilendirmeyi nasıl yapıyorsunuz?
4. Sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda yaşadığınız sorunları nereye şikâyet ediyorsunuz? Sağlık hizmeti aldığınız kurumlardan daha çok hangi durumlarda şikâyetçisiniz? Hasta haklar ile ilgili daha çok ne tür şikâyetler duyuyorsunuz?
5. Hasta haklarınızı korumak için neler yapıyorsunuz? Haklarınızı nasıl ve hangi yolla arıyorsunuz? Bir hasta olarak haklarınızın ihlal edilmesi halinde sizce ne yapılmalı?
6. Sağlık hizmeti aldığınız kurumlar, sizin tedaviniz hakkında sizi nasıl bilgilendiriyor?
7. Geçirdiğiniz en önemli hastalık nedir? Bu hastalığınızla ilgili sağlık kurumundan veya sağlık çalışanlarından kaynaklanan hatalar nelerdi?
8. Sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda hasta hakları ile ilgili nasıl eğitimler veriliyor? Hasta olarak haklarınızı talep etmeniz konusunda bilinçlendirme çalışmaları sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda nasıl yapılıyor?
9. Bugüne kadar sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda, hasta hakları ile ilgili eksik bulduğunuz ve geliştirilmesi gereken hangi konular bulunmakta?
10. Türkiye genelini düşündüğünüzde genel olarak hasta hakları uygulamalarını geçmişten bugüne değerlendirme yaptığınızda hasta hakları gelişimini nasıl buluyorsunuz?

11. Hasta haklarına yönelik radyo ve televizyon programları, yazılı basında hasta haklarına ilişkin ne tür bilgiler görüyorsunuz?
12. Hasta haklarının sağlık hizmeti sunum sürecinde etkili olması sağlık hizmetlerini nereye taşır?
13. Sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda bilgi gizliliği bağlamında neler yapılıyor ve size düşen rol nedir? Sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda tıbbi kayıtlarınıza nasıl ulaşıyorsunuz? Sağlık hizmeti aldığınız kurumlarda hasta güvenliği nasıl sağlanıyor?



ÖZGEÇMİŞ

1975 Yılında Artvin’ de doğdum. Ön lisans eğitimimi 1999 yılında Trakya Üniversitesi Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü’nde ve Lisans eğitimimi 2008 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Bölümü’nde tamamladım. Halen özel bir hastanede görev yapmaktayım.

2016–2017 eğitim öğretim yılında başladığım, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı’nda lisansüstü eğitimime devam etmekteyim.

Seyhan KALYONCU