

GİRİŞ

Sağlık hizmetinin kaliteli olmasında modern tıbbi bakımın gerektirdiği en iyi hizmetin verilmesi kadar, hastaların hak, gereksinim ve beklentilerinin de karşılanması gereklidir. Tıp alanındaki ilerlemelerle bireye uygulanan tıbbi desteğin sınırlarının genişlemesi, bireyin beden bütünlüğüne saygı gösterilmesi, onurunun korunması gibi temel haklarının sağlanması gereksinimini de beraberinde getirmektedir (1).

Hasta haklarından söz ettiğimizde onun kavramsal ve uygulamaya dönük yönleri ile karşılaşabiliriz. Konunun felsefi, etik, hukuki, politik, sosyolojik, teknolojik ve bunlara benzer farklı yönleri bulunabileceği gibi uygulama koşulları, biçimleri, ayrıntıları bulunabilir. Hasta hakları kavramından önce “hak” kavramının açığa kavuşturulması gerekmektedir. Genel ve çok kısa bir tanımına göre hak “hukuk düzeninin kişilere tanıdığı yetkidir”. Öyleyse hak, hukuk kurallarına dayanmaktadır. Siyasal bir varlık olan devlet hukuk kurallarını belli bir anlayışa göre belirler. Bu hukuk kuralları içerisinde devlet, kişilere bazı serbestlik ve özgürlükler yani haklar tanır. Devlet, tanıdığı bu hakları genişletebilir veya daraltabilir. Devletler, bugün, söz konusu bu hakları koruduğu, kolladığı sürece çağdaş devlet tanımına uygun bir devlet sayılmaktadır. Dolayısıyla bugün dünya da hak yelpazesinin ülkeden ülkeye değişiklikler içerdiği bilinmektedir (2).

İnsan Hakları ilk kez 1215 yılında İngiltere’de tanınmıştır. Resmi olarak 18. yüzyıl sonlarında Amerikan Haklar Bildirgesi ve 1789 Fransız İnsan ve Vatandaş Hakları Evrensel Bildirgesi yayınlanmıştır. Birleşmiş Milletler’in kurulmasıyla insan hakları evrensel hale geldi ve 1948 yılında İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi yayınlandı. Bildirge bütün devletlerin, dinlerin, kültür biçimlerinin ötesinde insanla ilgili bir evrensellik düşüncesini temeline almıştır. Bildirgede herkesin özgür, onurlu, hakları bakımından eşit oldukları belirtilmiştir (3,4). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde yer alan hükme göre sağlık, doğuştan kazanılmış bir insanlık hakkıdır. Sağlıklı yaşamın temel

olmadığı, sağlanamadığı hiçbir durumda insan haklarından bahsedilemez. Sağlık hakkı temel insan haklarının en gençlerinden biridir ve sağlığın korunup geliştirilmesine yönelik hakları tanımlar. Hasta hakları, insan hakları bütününe bir parçası olduğu gibi hasta haklarının çerçevesi de insan haklarıdır. Çeşitli insan hakları bulunmaktadır. Bu haklar kazanımlara göre kuşaklara ayrılmıştır (Tablo-1).

Tablo-1: Hasta haklarının insan haklarındaki yeri

HAK		
İNSAN HAKLARI		
1. Kuşak haklar	2. Kuşak haklar	3. Kuşak haklar
Bireysel haklar	Bireysel-devlet ilişkisinden doğan haklar	Dayanışma hakkı
Özgür doğma yaşama	Eğitim, sağlıklı yaşama, çalışma	Tüketici hakkı
		Çevre hakkı
		Hasta hakları

Hasta hakları dendiğinde kast edilen, hastanın eski sağlığına en kısa zamanda ve en iyi şekilde kavuşma hakkı; bu olamıyorsa hastalığın ortaya çıkardığı sınırlama ve kısıtlamalardan olabildiğince kurtulma, hastalık veya sakatlanmaya karşın yaşam kalitesini en yüksek olabilirlik derecesine ulaştırma hakkı olarak tanımlanabilir. Hasta, bu durumda gereksinim duyduğu sağlık hizmetini eşitlik, saygınlık ve olabildiğince yüksek kalitede alabilmelidir. Sosyal devlet ilkesini benimsemiş toplumlarda, hastalık veya sakatlık, kişinin bireysel sorunu olarak algılanmaz, toplum buna lakayt kalmaz, sigorta, sosyal güvenlik kuruluşları gibi çeşitli mekanizmalarla hastanın sağlığına kavuşma amacını gerçekleştirebilmesi için ona imkan hazırlar, destek olur. Bunun hukuki, ekonomik ve idari koşullarını oluşturur (5).

Dünyada Hasta Hakları Kavramının Gelişimi

Hasta hakları konusunda önceki yüzyıllarda da bazı bilgilere rastlandığı söylenir. Örneğin Fransız ihtilalinden sonraki dönemde çıkarılan bir genelgede her yatakta sadece bir hastanın yatacağı ve hasta yatakları arasında belli bir mesafe olacağı belirtilmiştir. Ancak bu genelgenin amacının hasta haklarını gözetmekten çok hastalıkların bulaşmasını önlemek olduğu da düşünülebilir (6).

“Hasta hakları hareketinin” gelişiminin Amerika Birleşik Devletleri’nde başladığı kabul edilir. Önceleri ruhsal bozukluklarda ilgili yataklı tedavi kurumları ve bakım evlerindeki hastaların haklarından söz edilmeye başlansa da modern tıbbın merkezinin özel hekim muayenehanelerinden hastanelere kayması ile birlikte hasta haklarından daha çok söz edilmeye başlanmıştır. 1970’li yılların başında ABD’de “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı” olarak tanımlanan hareket, daha sonraları bunun bir uzantısı olarak, federal yasalarda ve mahkemelerde aynı tanımlama ile kullanılmaya başlanmıştır. Hasta haklarının en önemlisi olan “bilgilendirilmiş / aydınlatılmış onam hakkı” ise 1972’de bir dizi mahkeme kararında önemle vurgulanmış ve bu kararlarda hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisi olmayıp, güvene dayanan bir ilişki türü olduğu açıkça ifade edilmiştir. Bu ilişki mahkemelerde “özel eğitim görmüş, konusunda deneyimli ve devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş bir kişiden (hekim), hasta olan kişinin yardım talep etmesi” olarak yazılmıştır. Yine bu ilişkinin hekime, hastanın talebine yanıt verecek şekilde hastasına karşı sorumluluklar yüklediği, bu sorumluluklar arasında da hekimin tedaviye başlamadan önce hastasına basit de olsa bilgi vererek (ve böylece hekimin değil hastanın son kararı vererek) onun aydınlatılmış onamını alması, aydınlatma sürecinde ise planlanan tedavi, bu tedavinin riskleri ve faydaları, alternatif tedaviler ve bu tedavilerin risk ve faydaları, başarı olasılığı ve temel olası sorunları içermesi gerektiği kabul görmüştür. 1970’lerden önce hekimler tarafından çok fazla önemsenmeyen aydınlatılmış onam, bir anlamda bu ülkedeki mahkeme kararları ile hekimlerin gündemine girmiş, kısa sürede

hekim ve hastalar tarafından etik bir kural olarak benimsenmiştir. Bu etik kuralı, kısa bir süre sonra “hastaların özerkliği” kavramı izleyecektir. Yine bu süreç içinde, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin paternalistik yaklaşımdan, karşılıklı katılıma dayalı bir ilişki şekline doğru değişim göstermesi ve hasta merkezli yaklaşımın sonucu da hasta hakları tartışmasına katkıda bulunmuştur (1,6,7,8).

Hasta hakları savunucularının konuları öteki hak konularından farklı özelliktedir. Mantıksal olarak hasta haklarını savunacak kişilerin ilk önce konunun öznesi olan kişiler, yani hasta ya da sağlık sorunları olan kimseler olması gerekir. Diğer yandan hasta konumu içerisinde kalıcı ya da devamlı bir insan grubunun varlığından doğal olarak söz edemeyiz. Sağlık sorunlarına çözüm bulunan kişilerde hasta hakları savunuculuğunun öznesi durumunda olmaktan çıkmakta ve konuya olan ilgileri zamanla azalmaktadır (2). Burada ilgi çekici bir nokta, ABD’de Hasta Hakları Hareketi’ni başlatanların bu ülkedeki hastalar değil, bu dönemde alınan mahkeme kararları ile Amerikan Hastaneler Birliği olmasıdır. Amerikan Hastaneler Birliği’nin o dönemde hasta haklarını gündeme getirmesinin nedeni ise hastaneye yatırılan hastaların ortalama bir hafta hastanelerde kalması, hastaların genelde kendi haklarını savunamayacak kadar hasta olmaları, sağlıklı bireylerde ise genelde hastanedeki hastaların haklarından çok hastaların barınması, eğitimi ve sağlık hizmetlerinde ırk ayrımı gibi konular ile ilgilenmesi olmuştur (6-7).

1969’da ABD’de hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlamıştır. Bu standartlar arasında hasta hakları ile ilgili olanlar pek fazla olmamakla birlikte hasta sevklerine sınırlamalar getirilmesi, hastane yönetiminde toplumun temsilcilerinin bulunması, tedavi sürecinde hastaların tam olarak aydınlatılmaları, hastaların her zaman eşit ve insancıl tedavi edilmeleri, hastaların mahremiyet hakkı, hastalarla ilgili bilgilerin gizliliği, aydınlatılmış onamın gerekliliği gibi konulardan da söz edilmeye başlanmıştır. Bu süreç içinde Amerikan Hastaneler Birliği hasta haklarını daha kapsamlı olarak incelemeye başlamış ve 1973 yılında bir Hasta Hakları Beyannamesi

hazırlamıştır. Hasta Hakları Beyannamesinin amacı “hastaların, hastanın, hekimin ve hastanenin daha çok memnun edilmesi ve hastaların daha etkin olarak tedavi edilmeleri” olarak belirtilmiş, bunun da ötesinde hastanelerin, hastalar adına, hastaların haklarının desteklenmesinin ve tedavi sürecinin bir parçası olarak” görüldüğü açıklanmıştır. Nitelikli bir tıbbi bakım sürecinde hekim-hasta ilişkisinin gerekliliği tanınmakla birlikte, hastanın bakımının “örgütlenmiş bir yapı” olan hastane sistemi içinde gerçekleşmesi durumunda geleneksel hekim-hasta ilişkisinin artık yeni bir boyut kazandığı vurgulanmıştır. Bu çerçevede kurum olarak hastanelerin de bazı sorumlulukları olacağından Amerikan Hastaneler Birliği’nin hastaların belli haklarını kabul ettiği ilan edilmiştir. 12 maddeden oluşan beyanname kısa kararlar içermesine rağmen hasta hakları ile ilgili temel kavramları (bilgilendirilme, saygı görme, mahremiyet) gündeme getirmesi nedeni ile hasta hakları ile ilgili önemli bir aşamadır (6,7).

1981 yılında Lizbon’da I. Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildirme hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Bu bildirmeye göre;

1. Hasta hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir,
2. Hasta hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilmek hakkına sahiptir,
3. Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır,
4. Hasta, hekiminden, tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir,
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölme hakkı vardır,
6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi’nin hasta lehine olan tüm bu gelişmelerine ek olarak hastaların yaşamları ile ilgili kararların verilmesinde aile üyelerinin de (anne, baba) katılımının gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır.

Bu bildirgede dikkati çeken bir diğer nokta ise hekimin özerkliğinin de özellikle vurgulanarak, hasta haklarını tamamlayıcı bir unsur olarak görülmüş olmasıdır. Bir hukuk metni olmayan, bağlayıcılığı bulunmayan ve öneriler içeren bildirge hekimlere bu koşullar çerçevesinde sorunun ele alınması gereğini vurgulamıştır. Bildirge madde metinlerinin açıklayıcı olmaması nedeniyle eleştirilmiştir. Lizbon bildirgesi sonucu 1989'da kabul edilen "Hastanın Kendi Durumunu Belirleme Yasası" 1991'de uygulamaya konulmuştur (6,7,8).

Hasta hakkında ikinci ve önemli bir gelişme ise, Amsterdam'da 1994 yılında yayınlanan "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi"dir. Bu bildirgeye göre Avrupa'da hasta haklarının ilkeleri belirlenmiş ve bu ilkelerin Dünya Sağlık Örgütü'ne üye Avrupa ülkelerinde hasta haklarının geliştirilmesinin ilkelerini belirlemesi amaçlanmıştır. Üye ülkelerin sağlık mevzuatları, sağlık sistemleri, ekonomik ve sosyal koşulları, kültürel ve etik değerlerinin farklılığı dikkate alındığında bu ilkelerin hemen yaşama geçirilmesinin güçlüğü kabul edilmekle birlikte her ülkenin bu ilkelere ulaşmak için çaba göstermesi istenmiştir. Amsterdam Bildirgesi'nin getirdiği temel kavramlar, "sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onam, mahremiyet ve özel hayat, bakım-tedavi ve başvuru" şeklinde 6 ana başlık altında özetlenebilir. 1994'te ilan edilen Amsterdam Bildirgesi hasta hakları ile ilgili ilk uluslararası bildirge olan Lizbon Bildirgesi ile karşılaştırıldığında çok daha kapsamlı olduğu görülür. Ancak Amsterdam Bildirgesi'nin Avrupa'yı kapsayacak şekilde sınırlanması eleştirilebilir. Bu bildirge ile getirilen kavramların uygulanmasının zorluğu açık olsa da bu bildirgedeki kuralların Avrupa coğrafyası ile sınırlanması bu coğrafya dışında kalan diğer ülkelerin bu konudaki çabalarını azaltabilecekleri düşünülebilir (6,7,9).

Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de Lizbon'da kabul ettiği Hasta Hakları Bildirgesi 1995'de Bali'de tekrar gözden geçirilmiş ve çok daha kapsamlı bir içerik kazanmıştır. 1981'den 1995 yılına kadar olan dönem içindeki gelişmeler,

tıp etiğindeki tartışma ve araştırmaların hızla artması, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu dönem içinde hasta hakları ve bu hakların yaşama geçirilmesi konusundaki yoğun çabaları hasta hakları ile ilgili olan bu ilk uluslararası bildirgenin daha kapsamlı olarak zenginleştirilmesini adeta kaçınılmaz kılmıştır. 1995'te gözden geçirilen Lizbon Bildirgesi'nde 1981'deki bildirgenin temel anlayışı korunmakla birlikte kazandığı yeni içerik Dünya Sağlık Örgütü'nün "Avrupa Coğrafyası" ile sınırlı tuttuğu hasta hakları kriterlerini Dünya Tıp Birliği adına tüm dünyaya yayması kuşkusuz hasta haklarında önemli bir adım olmuştur. Bildirgenin gözden geçirilmiş halinde hasta hakları "nitelikli sağlık bakımı hakkı, seğim özgürlüğü hakkı, kendi adına karar verme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal olarak karar verme yetkisi olmayan hasta, hastanın isteği dışındaki prosedürler, bilgilenme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı, dini yardım alma hakkı başlıklarıyla ele alınmıştır. (6,7).

Türkiye'de Hasta Hakları

Hasta hakları Türkiye'de 1980'li yılların sonunda tartışılmaya başlanmıştır. Ancak Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde temel insan hakları çerçevesinde bazı hasta haklarına da yer verilmiştir. İlgili yasal düzenlemelerde yer alan hükümlerin bazıları doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmese de hastanın özel yaşamına saygı, hastanın bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi kabul ya da ret hakkı, sağlık hizmetlerine ulaşma hakkı, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı gibi temel hasta haklarını sağlayabilecek hükümlere yer verilmiştir (7).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kuruluşundan kısa bir süre sonra Mayıs 1920'de Türkiye tarihinde ilk olmak üzere "Sıhhiye ve Muaveneti İğtimaiye Vekaleti" (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur. Bu bakanlığın kurulmasıyla sağlık hizmetleri modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmıştır. Bu yeni anlayışla uzun süren savaşlar nedeniyle ülkede önemli bir

sorun haline gelen sağlık sorunlarının ortadan kaldırılması konusunda çalışmalar yoğunlaştırılmıştır. Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra ülkenin tüm sağlık ve sosyal yardım işlerinden sorumlu olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sağlık alanında yeni düzenlemelerle ülkenin sağlık sorunları konusunda tedbirler almaya çalışmıştır (7).

1928 yılında ıkarılan Tababet ve şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesi hekimlere hastalardan onam alma zorunluluğu getirmektedir. Ancak buradaki onam kuşkusuz hekim hasta ilişkisinin yasal erevesi içindedir. Evrensel etik değerlerde onam alınırken hastaya ve değerlerine saygı gösterilip gösterilmediği, yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmediği önemlidir (9).

1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Resmi Gazete'de yayınlanmış ve bu kanunun 1. maddesinde sağlık hizmetleri devlete bir kamu görevi olarak verilmiştir. Bazı sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesi ile ilgili hükümlerinde yer aldığı kanun ile sağlık hizmetlerine ulaşma hakkından herkesin yararlanması amaçlanmıştır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli fonksiyonlara sahip olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 104. maddesinde hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi yönünde hükme yer verilmiştir. Cinsel yolla bulaşan ve bildiriimi zorunlu olan bir hastalık olan frengi gibi hastalıkların ihbarı sırasında hastanın mahremiyetine zen gösterilmesinin gerekliliği özellikle belirtilmiştir (7).

Dünya Sağlık rgt'nce kabul edilen "sağlık tanımı" 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile lkemizde de kabul edilmiştir. Bu tanım 1961 Anayasası'nda yer almaktadır. Dolayısı ile 1982 Anayasamızın 90. maddesi uyarınca bir i yasa olmaktadır. Devletin uluslararası yükümlülüklerinden kaynaklanan bir sorumluluğu vardır ve bunun gereklerini yerine getirmelidir. Nitekim 1982 Anayasası 56. maddesi sağlık, evre ve konut konularını düzenlemektedir. Bu madde devlete daha çok düzenleyici ve denetleyici bir işlev vermektedir (9).

1960 yılında çıkarılan “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi” hasta hakları konusunda da bazı hükümler taşımakla birlikte yetersiz kalmıştır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde; sır saklama, hastanın hekimini serbestçe seçmesi, insanlar üzerinde yapılacak deneysel çalışmalar ve sınırları, hastanın hastalığı ve prognozuna ilişkin bilgilendirme, konsültasyon, hekimin hastanın tedavisinden çekilmesi gibi günümüz hasta hakları içinde yer alan ana başlıklar vardır. İnsanın yaşama hakkı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 14. maddesinde “tabip hastanın hayatını kurtarmak ve sağlığını korumanın mümkün olmadığı durumlarda dahi ızdırabını azaltmak ve dindirmekle yükümlüdür” denerek dile getirilmiştir (7,9).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Bu kanun ile herkesin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanmasının ve herkese sağlık hizmetlerinin sunulması için önemli koşullardan biri olan sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması konusu düzenlenerek sosyal devlet ilkesine bir adım daha yaklaşılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti’nin 2. Anayasası olan 1961 Anayasası sosyal devlet ilkesini kabul etmiş ve bu çerçevede açık bir ifade ile 49. maddede sağlık hakkını herkese tanımıştır. Sağlık hizmetlerinin anayasal bir düzenleme ile devlete bir ödev olarak yüklenmesinden sonra herkese eşit ve adaletli bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanının sağlanması yönünde çalışmalar başlamıştır. 1979 yılında 2238 sayılı kanun ile Resmi Gazete’de yayınlanan Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun ile organ bağıışı yapacak kişinin onamının alınmasının önemi üzerinde durulmuş, organ verecek kişiden alınacak yazılı ve imzalı belge yanında iki şahidin bulunması da şart konmuştur. Bu kanun ile, vericiden ayrıntılı bir şekilde aydınlatılmış onam alınması hekimlere yükümlülük olarak verilmiştir (7).

1961 yılında Torino’da Avrupa Konseyi üyesi 16 devlet temsilcisi tarafından kabul edilen Avrupa Sosyal Şartı, 1581 sayılı kanun ile 1989 yılında onaylanmıştır. Sosyal Şart içerisinde güvenlik ve sosyal yardıma ilişkin haklar,

sosyal ve tıbbi yardım hakkı, sağlığın korunması hakkı gibi konular yer almaktadır. Sağlığın korunması hakkını dzenleyen 11. madde sızleşmeci devletlerin, doğrudan doğruya ya da kamusal veya özel örgütler ile işbirliği yaparak alacakları uygun önlemleri şöyle sıralamışlardır. Yetersiz sağlık koşullarını olabildiğince ortadan kaldırmak, sağlığın iyileştirilmesi ve sağlık konusunda bireysel sorumluluk duygusunun geliştirilmesi ile ilgili olarak danışma ve eğitim hizmetleri öngörülmesi, salgın, yerleşik ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek, sosyal hizmetlerden yararlanma hakkı ile ilgili ayrı hüküm içermektedir. Birincisi, sosyal hizmete özgü yöntemleri kullanan bireylerin ve grupların refah ve gelişmesi ile sosyal çevreye uyumlarına katkıda bulunan hizmetleri özendirmek ya da örgütlemek, ikincisi de, bireylerle gönüllü ya da başka örgütleri bu hizmetlerin kurulmasında ve sürdürülmesinde katkı konusunda özendirmektir. Sağlık alanında hakları ihlale uğrayan insanların yasalar önünde haklarının aranmasını sağlamak amacıyla 1997 yılında “Hasta ve Hasta Yakınları Derneği” kurulmuştur. 1998 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmesiyle uluslar arası bildirgelerle getirilen hasta haklarının ölkemizde tek bir yasal düzenleme ile ele alınması sağlanmıştır. Yönetmeliği uygulanması esasları ise Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğu tarafından 2003 yılında yayınlanan “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge” ile belirlenmiştir (1,9).

Anayasamızın (1982) 17. maddesinde “herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası alınmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” inancını dile getirmektedir. 56. maddede ise “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşın görevidir” denerek insanın yaşama hakkı kesin hükme bağlanmıştır. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile gebeliğin sonlandırılması, sterilizasyon müdahaleleri, gebeliği önleyici ilaç

ve araçların sağlanması konuları düzenlenmiş ve tıbbi müdahalelerde hastanın onamının alınması konusu üzerinde ayrıca durulmuştur (7,9).

2005 yılında yayımlanan Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 75-82. maddelerine atıfta bulunan, Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik'in 18 maddesi "Mevzuatta aranan tüm koşulların gerçekleşmiş olmasına ve şüpheli sanık veya diğer kişilerin bu konuda aydınlatılmış olmalarına rağmen muayene yapılmasına ya da örnek alınmasına rıza vermemeleri hâlinde, kararın infazı için ilgilinin muayenesini veya vücudundan örnek alınmasını sağlamak üzere ilgili Cumhuriyet başsavcılığınca gerekli önlemler alınır. Mağdurun rızasının varlığı hâlinde bu işlemlerin yapılabilmesi için Yönetmeliğin 7 nci ve 8 inci maddeleri uyarınca karar alınmasına gerek yoktur. Bir suçun aydınlatılmasını sağlamak amacıyla, şüpheli, sanık ve diğer kişilerin kendiliğinden başvurarak rıza göstermeleri hâlinde, soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısının istemi, kovuşturma aşamasında ise hâkim veya mahkeme kararıyla tıbbî muayeneleri yapılabilir ya da vücutlarından örnek alınabilir" şeklinde düzenlenerek kişilerin adli muayene ve örnek alınması sırasında onam alınmasının önemi vurgulanmıştır (10).

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

Konu ile ilgili olarak ülkemizdeki başlıca yasa ve yönetmelikleri şu

şekilde sıralayabiliriz :

1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun,

1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,

1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi,

1961 Anayasası,

1979 tarih ve 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun,

1982 Anayasası,

1983 tarihli Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,

1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun,

1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik,

1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği,

2004 tarih ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu,

2005 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu.

Hasta Hakları Yönetmeliği ve Bu Yönetmeliğin İncelenmesi

Toplam dokuz bölüm ve 51 maddeden oluşan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin birinci bölümünde amaç, kapsam, dayanak, tanımlar ve ilkelerden bahsedilmiştir. 1. maddede "Bu yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır" denerek amaç belirtilmiştir. İkinci bölümde hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanırken adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli

tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı, ötenazi yasağı, tıbbi özen gösterilmesi haklarından bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde ise hastanın sağlık durumu ile ilgili genel olarak anlayacağı şekilde bilgi isteme, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, kendisine ve/veya bilgi verilmesini yasaklama haklarına değinilmiş ve hastaya bilgi verilmesi caiz olmayan ve tedbir alınması gereken haller belirtilmiştir. Dördüncü bölümde hasta haklarının korunması ile ilgili olarak, mahremiyete saygı gösterilmesi, rıza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama, bilgilerin gizli tutulması, beşinci bölümde tıbbi müdahalelerde hastanın rızası ve izninin alınması ve kapsamı, tedaviyi reddetme ve durdurma, küçüğün veya mahcurun tıbbi müdahaleye iştiraki, alişılmış olmayan tedavi usullerinin uygulanması, rızanın şekli ve geçerliliği, organ ve doku alınmasında rıza, aile planlaması hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesi konuları açıklanmıştır. Altıncı bölümde tıbbi araştırmalarda hastadan rıza alınması, bu rızanın usulü ve şekli, gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi, küçüklerin ve mümeyyiz olmayanların durumu ve ilaç ve terkiplerinin araştırma amacıyla kullanımı, diğer haklardan bahsedilen yedinci bölümde güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma ve hizmetin sağlık kurum ve kuruluşları dışında verilmesi konuları anlatılmıştır. Sekizinci bölümde hasta haklarının ihlali halinde müracaat, şikayet ve dava açma hakkı, bu konuda sağlık kurum ve kuruluşlarının, devlet memuru, diğer kamu görevlisi ve kamu görevlisi olmayan personelin sorumluluğundan bahsedilmiş ve müeyyideler belirtilmiştir. Son hükümlerin yer aldığı dokuzuncu bölümde kurum ve kuruluş yetkililerinin görevlerine değinilmiştir (8,9,11).

Çalışmamızda; Bursa Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde bulunan hastanelerde çalışan uzman hekim ve araştırma görevlilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin/görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Bursa Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde bulunan Üniversite Hastanesi, SB Eğitim Hastanesi, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde çalışan uzman hekim ve araştırma görevlileri alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulu'ndan 23/11/2005 tarih ve 12845 sayılı ve T.C. Bursa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 23/12/2005 tarih ve 4663 sayılı yazılı izinler alınmıştır. Bu yazılı izinler ile Tıp Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı (SB) Eğitim Hastanesi'nde (Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi) bölüm başkanları ile görüşülerek bölüm içinde anket çalışmasının yapılabilmesi için onay alınmıştır. Devlet Hastanelerinde başhekimlerden onay alınırken, Özel Hastanelerde direk hekimler ile görüşülmüştür. Çalışmada hekimlere anketler dağıtılmış, kendilerinden gönüllülük esasına dayalı olmak üzere anketlerin eksiksiz bir şekilde doldurulması istenmiş ve bir süre sonra anketler toplanmıştır. Anketleri dolduran hekimlerin kimliklerinin gizliliği açısından anketler hekimler ile yüz yüze yapılmamıştır. Anketlerin dağıtılıp toplanması işlemi 2006 yılı Mart, Nisan ve Mayıs ayları içinde bitirilmiştir. Anketlerin üzerine kimlik bilgilerinin yazılmaması için hekimlere bilgi verilmiştir. Toplanan anketlerin istatistik programlarında girişinin yapılabilmesi için nereden toplandığına bakılmaksızın anketlere numara verilmiştir. Ankette toplam 47 soru bulunmaktadır (Ek 1). Başlangıçta yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, kendisi veya yakınlarında hastalık olup olmadığı, mezuniyet yılı, unvanı, uzmanlık alanı şeklindeki sosyodemografik durumu anlamaya yönelik 9 soruya yer verildi. Sonraki 4 soruda hekimin çalıştığı kurumda 1 günde baktığı hasta sayısı, 1 haftada kaç gün poliklinikte çalıştığı, 1 hasta için poliklinikte ayrılan süre ve hekime göre bu sürelerin yeterliliğinin yorumu şeklinde idi. Daha sonraki 22 maddede, Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki maddeler kısaca yazılmış ve bunların hekim tarafından 5 basamaklı Likert tipi ölçeğe göre değerlendirilmesi istenmiştir. Likert ölçeğine göre değerlendirilen maddeler 1-5 arasında puanlandırıldı. Buna göre 1: Hiç katılmıyorum, 2: Kısmen katılıyorum, 3: Katılıyorum, 4: Büyük ölçüde katılıyorum ve 5: Tamamen katılıyorum

değerlendirmelerinin karşılığı olarak puanlandırıldı. Son 12 soruda hekimlerin bu konu ile ilgili yönetmelik ve kanunları bilip bilmediği, kendisine göre en önemli gördüğü hasta hakkı maddeleri, muayenede öncelik taşıyan hasta grupları, hasta hakları eğitimini nereden aldığı, sağlık konusuna yaklaşımı ile ilgili medyanın değerlendirilmesi, hasta hakları konusunda kendisi ile ilgili bir şikayet veya kendisinin yapmış olduğu bir şikayet olup olmadığı konuları sorulmuştur.

Verilerin istatistiksel analizi Windows için SPSS 14.0 (2005, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı ile yapıldı. SPSS programına girilen, hasta hakları ile ilgili maddelere faktör analizi uygulandı. Faktör analizinde dönüşümler için varimaks dönüşümü kullanıldı. Güvenilirlik analizi Cronbach alfa ile yapıldı ayrıca ölçek geçerliliği de faktör analizi ile incelendi. Faktör analizi ile alt gruplar oluşturularak aralarındaki uyuma bakıldı ve istatistiksel analiz için hazır hale getirildi. Verilerin karşılaştırılmalı değerlendirilmesinde istatistiksel yöntem olarak Ki-kare, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis gibi nonparametrik testler ve parametrik bir test olan ANOVA testi kullanıldı. Değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkileri için Pearson korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan hastanelerde uzman hekim ve araştırma görevlileri için toplam 1299 anket dağıtıldı. Bu anketlerin 485 tanesi geri toplanabildi. Hastanelere dağıtılan ve toplanan anketlerin sayıları Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo-2: Anketlerin dağıtıldığı hastanelere göre geri dönüş durumları

HASTANE	Dağıtılan anket sayısı	Toplanan anket sayısı	%
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi	513	228	%44,4
SB Eğitim Hastanesi	80	54	%67,5
Devlet Hastaneleri	630	157	%24,9
Özel Hastaneler	76	46	%60,5
TOPLAM	1299	485	%37,3

Çalışmaya katılan hekimlerin %32,4'si (n=157) kadın, %67,6'sı (n=328) erkekti. Ankete yaşını yazan 473 hekimin yaş ortalaması, kadınlarda 35,6±8, erkeklerde 39,6±9,7 ve genelde 38,3±9,4 olarak tespit edildi. 12 hekim yaşını belirtmemişti. Ankete katılanların %76.1'ini (n=369) evliler, %20.8'ini (n=101) hiç evlenmemiş olanlar ve %66.4'ünü (n=322) çocuk sahibi olanlar oluşturmaktaydı.

Araştırma grubunun unvanlarına göre dağılımına bakıldığında, %68'ini (n=330) uzmanlar ve %32'sini (n=155) araştırma görevlileri oluşturmaktaydı. Ankette uzmanlık alanlarını yazan 482 hekimin %52.5'u (n=253) dahili bilimlerde, %47.5'u (n=229) cerrahi bilimlerde çalışmaktaydı.

Çalışmaya katılan hekimlerin ortalama hekimlik sürelerine baktığımızda, bu süre unvanlara göre, uzmanlarda 18.74±8.07, araştırma görevlilerinde 5.80±3.46 yıl ve çalıştıkları kurumlara göre, Devlet Hastanelerinde 20.32±7.08, SB Eğitim Hastanesinde 11.81±6.62, Üniversite Hastanesinde 10.95±8.85 ve Özel Hastanelerde 14.95±9.89 yıl olarak saptanmıştır.

“Şu anda bir hastalığınız ya da hasta yakınınız var mı?” sorusuna ankete katılan hekimlerin %43.5’u (n=211) “evet” cevabını vermiştir.

Hekimlerin çalıştıkları kurumda ortalama günlük hasta sayıları, Devlet Hastanelerinde 56.76 ± 20.40 , SB Eğitim Hastanesinde 53.08 ± 28.28 , Üniversite Hastanesinde 34.35 ± 28.11 ve Özel Hastanelerde 11.52 ± 10.60 olarak bulunmuştur. Bir hasta için ayrılan süreye baktığımızda, bu süre Devlet Hastanelerinde 5.51 ± 3.15 , SB Eğitim Hastanesinde 8.98 ± 6.16 , Üniversite Hastanesinde 19.85 ± 12.56 ve Özel Hastanelerde 28.37 ± 12.14 dakika olarak bulunmuştur.

Ankette, Hasta Hakları Yönetmeliği’nden alınan maddelerin yorumlanması için kullanılan ve 5 basamaklı Likert tipi ölçek ile değerlendirilen 14 – 35. maddeleri daha genel maddeler altında birleştirmek için faktör analizi yapıldı. Faktör analizinin yapılmasından önce örneklemin yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin ölçümü (KMO=0.948) ve faktör analizinin uygunluğu için Bartlett küresellik testi ($p < 0.001$) yapıldı ve faktör analizi için uygun olduğu görüldü. Ölçeğin güvenilirlik analizi yapıldı ve Cronbach alfa katsayısı 0.9411 olarak bulunan ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu görüldü. Ölçeğin yapı geçerliliğini sınamak amacıyla faktör analizi yapıldı. Analiz sonucunda, özdeğeri 1’in üzerinde olan 3 faktör bulundu. Yorumlanabilme durumu temel alınarak varimaks eksen döndürme yöntemi kullanılarak yapılan ikinci analiz sonucunda, ölçeğin yine 3 faktörlü bir yapı ortaya koyduğu görüldü. Faktör analizi sonucunda anketteki 31 (Hasta ve hekim gerekli gördüğü takdirde hastanın ötenazi hakkı olmalıdır) ve 33. (Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır) maddelerin hiçbir faktör altına girmediği, ayrıca bu maddelerin madde test korelasyon değerlerinin düşük olduğu saptandı. Bu nedenlerle söz konusu maddeler örnekten çıkartıldı. 16-22 ve 32. maddeleri kapsayan faktör 1 “Bilgilendirme Hakkı”, 23-30 ve 34-35 numaralı maddeleri kapsayan faktör 2 “İzin ve Saygı Hakkı”, 14 ve 15. maddeleri kapsayan faktör 3 “Seçme Hakkı” olarak adlandırıldı. Bu 3 faktör toplam varyansın %61.24’ünü

açıklamaktadır. Faktörler ise sırasıyla toplam varyansın %26.3, %25.2 ve %9.6'sını açıklamaktadır (Tablo-3).

Tablo-3: Açıklanan toplam varyans

Başlangıç Özdeğerleri				Döndürülmüş Kareli Yüklerin Toplamı		
Bileşenler	Toplam	Varyans %	Kümülatif%	Toplam	Varyans %	Kümülatif%
1	9.972	49.858	49.858	5.270	26.352	26.352
2	1.151	5.755	55.613	5.045	25.224	51.576
3	1.127	5.634	61.247	1.934	9.671	61.247
4	0.888	4.438	65.685			
5	0.756	3.782	69.467			
6	0.726	3.628	73.095			
7	0.653	3.265	76.360			
8	0.591	2.953	79.313			
9	0.558	2.790	82.103			
10	0.500	2.502	84.605			
11	0.445	2.226	86.831			
12	0.431	2.154	88.985			
13	0.406	2.029	91.015			
14	0.361	1.803	92.818			
15	0.338	1.688	94.505			
16	0.299	1.497	96.002			
17	0.265	1.326	97.328			
18	0.252	1.260	98.588			
19	0.156	0.778	99.367			
20	0.127	0.633	100.000			

Ölçekteki maddelerin girdiği faktör yükleri Tablo-4'te gösterilmiştir.

Analiz sonucunda oluşturulan faktörlerin Cronbach alfa katsayıları ve her faktörü oluşturan madde sayıları Tablo-5'te gösterilmektedir.

Tablo-4: Ankette bulunan hasta hakları ile ilgili maddelerin girdiği faktör yükleri

	*Faktör 1	†Faktör 2	‡Faktör 3
Madde 14) Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile, hasta dilediği sağlık kurumunu seçebilir			0,812
Madde 15) Hasta istediği doktoru seçebilmeli ve doktorunu ismen bilmelidir			0,795
Madde 16) Hasta, muayene bulguları konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir	0,692		
Madde 17) Hasta, tanısı konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir	0,801		
Madde 18) Hasta, hastalığının prognozu konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir	0,785		
Madde 19) Hasta tedavisi konusunda bilgilendirilmelidir	0,819		
Madde 20) Hasta, tedavisinin riskleri konusunda bilgilendirilmelidir	0,754		
Madde 21) Hasta yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir	0,650		
Madde 22) Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir	0,700		
Madde 23) Hasta kendisine uygulanacak olan tedaviyi reddedebilmelidir		0,661	
Madde 24) Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir		0,612	
Madde 25) Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir		0,667	
Madde 26) Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir		0,523	
Madde 27) Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır		0,618	
Madde 28) Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır		0,582	
Madde 29) Bir araştırmaya denek olarak alınacak hastalardan yazılı izin alınmalıdır		0,667	
Madde 30) Hasta kendini güvenlikte hissetmediği durumlarda yardım isteyebilmelidir		0,693	
Madde 32) Hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmelidir	0,525		
Madde 34) Sağlık hizmetinde görevli tüm personel; hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik ve şefkatli davranmalıdır		0,594	
Madde 35) Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır		0,592	

* Faktör 1: Bilgilendirme hakkı

† Faktör 2: İzin ve saygı hakkı

‡ Faktör 3: Seçme hakkı

Tablo-5: Oluşturulan faktörlerin Cronbach alfa katsayıları ve her faktörü oluşturan madde sayıları

FAKTÖRLER	Cronbach alfa	n
Faktör 1: Bilgilendirme Hakkı	0.9291	8
Faktör 2: İzin ve Saygı Hakkı	0.8904	10
Faktör 3: Seçme Hakkı	0.6648	2

Tablo-6'da görüldüğü gibi, “bilgilendirilme hakkı” ve “izin ve saygı hakkı” faktörleri arasında “seçme hakkı” faktörüne göre daha yüksek bir ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo-6: Faktörlerin kendi aralarındaki ilişkiyi gösteren korelasyon katsayıları

FAKTÖRLER	Faktör 1 Bilgilendirme Hakkı	Faktör 2 İzin ve Saygı Hakkı	Faktör 3 Seçme Hakkı	Genel
Faktör 1	1(n:482)	0.797* (n:465)	0.484* (n:482)	0.930* (n:465)
Faktör 2		1(n:468)	0.478* (n:468)	0.949* (n:465)
Faktör 3			1(n:485)	0.611* (n:465)
Genel				1(n:465)

* $p < 0.01$ düzeyinde anlamlıdır

Faktörlerin ankete katılan hekimlerin yaşları ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ($p > 0.05$) olup cinsiyet ile olan ilişkisine bakıldığında (Tablo-7), “bilgilendirme hakkı”, “izin ve saygı hakkı” başlıklı faktörler ve genel grupla aralarında anlamlı bir ilişki izlendi (bilgilendirme hakkı: $Z = -2.602$, $p = 0.009$; izin ve saygı hakkı: $Z = -2.210$, $p = 0.027$; genel: $Z = -2.413$, $p = 0.016$) ancak “seçme hakkı” başlıklı faktör ile aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($Z = -0.053$,

p=0.957). Anlamli fark ankete katilan bayan hekimlerin, ankette hekimlere Likert tipi ölçek ile sunulan hasta hakları maddelerinde bu alt başlıklar altında yer alan maddeler için “tamamen katılıyorum” seçeneğine yakın cevaplar vermesinden kaynaklanmaktadır.

Tablo-7: Faktörlerin cinsiyet ile ilişkisi

CİNSİYET	Faktör 1 Bilgilendirme Hakkı	Faktör 2 İzin ve Saygı Hakkı	Faktör 3 Seçme Hakkı	Genel
Erkek				
n	326	313	328	311
Ortalama	33.13	39.87	7.63	80.74
Medyan	35.0	41.0	8.0	85.0
Standart deviasyon	6.79	7.92	2.29	15.12
Ortalama değer	230.23	224.80	243.23	222.43
Toplam değer	75055.0	70361.5	79779.0	69174.5
Kadın				
n	156	155	157	154
Ortalama	34.69	41.54	7.64	83.97
Medyan	37.0	43.0	8.0	88.0
Standart deviasyon	6.27	7.78	2.20	14.79
Ortalama değer	265.05	254.09	242.52	254.35
Toplam değer	41348.0	39384.5	38076.0	39170.5
Toplam				
n	482	468	485	465
Ortalama	33.63	40.42	7.64	81.81
Medyan	36.0	42.0	8.0	86.0
Standart deviasyon	6.67	7.91	2.26	15.08
Z*	-2.602	-2.210	-0.053	-2.413
P	0.009	0.027	0.957	0.016

* Mann Whitney U

Çocuk sahibi olmanın hekimlerin hasta haklarına yaklaşımını etkileme durumuna baktığımızda (Tablo-8), çocuk sahibi olmak ile “seçme hakkı” faktörü arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü ($Z=-2.174$, $p=0.03$). Anlamlı fark ankete katılan çocuk sahibi olan hekimlerin, “seçme hakkı” faktörünün içerdiği maddeler için “tamamen katılıyorum” seçeneğine yakın cevaplar vermesinden kaynaklanmaktadır. Ancak hekimlerin sahip olduğu çocuk sayısı ile faktörler arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo-8: Faktörlerin çocuk sahibi olma ile ilişkisi

ÇOCUK SAHİBİ OLMA DURUMU	Faktör 1 Bilgilendirme Hakkı	Faktör 2 İzin ve Saygı Hakkı	Faktör 3 Seçme Hakkı	Genel
Çocuğu olanlar				
n	319	307	322	304
Ortalama değer	241.95	238.54	252.57	237.13
Toplam değer	77182.00	73232.50	81327.00	72089.00
Çocuğu olmayanlar				
n	163	161	163	161
Ortalama değer	240.62	226.79	224.10	225.19
Toplam değer	39221.00	36513.50	36528.00	36256.00
Z*	-0.101	-0.895	-2.174	-0.912
P	0.920	0.371	0.030	0.362

* Mann Whitney U

Hekimlerin medeni hali, kendilerinin ve 1. derece yakınlarında kronik bir hastalık olup olmama durumunu faktörler ile karşılaştırdığımızda anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Hekimlerin tıp fakültesinden mezuniyet yılları göz önüne alınarak hesaplanan hekimlik süreleri ile faktörler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Hekimlerin uzman veya araştırma görevlisi olmaları, uzman veya araştırma görevlisi olma süreleri ve uzmanlık alanlarını (dahili bilimler, cerrahi bilimler) faktörler ile karşılaştırdığımızda aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Hekimlerin çalıştıkları kurum ile faktörler Kruskal Wallis testi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olduğu görüldü (Tablo-9). Hekimlerin çalıştıkları kurumlar arasındaki faktörsel ilişki incelendiğinde (Tablo-10); Devlet Hastaneleri ve SB Eğitim Hastanesinde çalışan hekimler karşılaştırıldığında faktörler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$). Devlet Hastaneleri ve Üniversite Hastanesinde çalışan hekimler (Faktör 1: $Z= -4.662$, $p<0.001$; Faktör 2: $Z= -5.275$, $p<0.001$; Faktör 3: $Z=$

-2.022, $p=0.043$) ile Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde çalışan hekimler (Faktör 1: $Z= -4.452$, $p<0.001$; Faktör 2: $Z= -4.604$, $p<0.001$; Faktör 3: $Z= -4.436$, $p<0.001$) karşılaştırıldığında ise tüm faktörlerde anlamlı farklılık bulundu. Anlamlı fark ankete katılan Devlet Hastanelerinde çalışan hekimlerin, faktörlerin içerdiği maddeler için “katılıyorum” ve “büyük ölçüde katılıyorum” seviyesinde daha düşük Likert ölçekli cevaplar vermesinden kaynaklanmaktadır. SB Eğitim Hastanesi ve Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlerin karşılaştırılmasında “seçme hakkı” hariç diğer faktörler arasında anlamlı farklılık saptandı (Faktör 1: $Z= -3.272$, $p=0.001$; Faktör 2: $Z= -3.435$, $p=0.001$). Anlamlı fark ankete katılan SB Eğitim Hastanesinde çalışan hekimlerin “bilgilendirme hakkı” ve “izin ve saygı hakkı” ile ilgili maddeler için “katılıyorum” ve “büyük ölçüde katılıyorum” seçeneklerine, Üniversite Hastanelerinde çalışan hekimlerin ise “tamamen katılıyorum” seçeneğine yakın cevaplar vermesinden kaynaklanmaktadır. SB Eğitim Hastanesi ve Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin karşılaştırılmasında tüm faktörler arasında anlamlı farklılık tespit edildi (Faktör 1: $Z= -3.605$, $p<0.001$; Faktör 2: $Z= -3.637$, $p<0.001$; Faktör 3: $Z= -3.421$, $p=0.001$). Anlamlı fark ankete katılan Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin, her üç faktörün kapsadığı maddeler için “tamamen katılıyorum” seçeneğine yakın cevaplar vermesinden kaynaklanmaktadır. Üniversite Hastanesi ve Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin karşılaştırılmasında ise sadece “seçme hakkı” faktöründe anlamlı bir farklılık tespit edildi (Faktör 3: $Z= -3.366$, $p=0.001$). Anlamlı fark ankete katılan Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin, “seçme hakkı” faktörünün kapsadığı maddeler için “tamamen katılıyorum” seçeneğine daha yakın cevaplar vermesinden kaynaklanmaktadır.

Ankette hekimlere yöneltilen, çalıştıkları kurumda kendilerinin haftada kaç gün poliklinik hizmeti verdiği, günlük poliklinik hasta sayısı ve bir hasta için ayırdığı süre sorularının faktörler ile olan ilişkisine bakıldığında (Tablo-11); hekimlerin günlük hasta sayısı azalması ve bir hasta için ayrılan sürenin artması ile hasta hakları maddelerini içeren tüm faktörler arasında daha yüksek Likert ölçekli cevaplar verilmesinden kaynaklanan anlamlı ilişki olduğu

($p < 0.001$) görüldü. Hekimlerin haftalık poliklinik günü sayısı ile hasta hakları maddelerini içeren faktörler arasında anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($p > 0.05$).

Tablo-9: Faktörlerin çalışılan kurum ile ilişkisi

ÇALIŞILAN KURUM	Faktör 1 Bilgilendirme Hakkı	Faktör 2 İzin ve Saygı Hakkı	Faktör 3 Seçme Hakkı	Genel
Devlet Hastaneleri				
n	156	147	157	146
Ortalama değer	201.07	188.68	219.75	185.52
SB Eğitim Hastanesi				
n	54	53	54	53
Ortalama değer	198.06	190.03	222.72	189.56
Üniversite Hastanesi				
n	226	224	228	222
Ortalama değer	267.57	263.54	248.16	261.02
Özel Hastaneler				
n	46	44	46	44
Ortalama değer	301.51	293.31	320.61	301.51
χ^2	35.785	41.436	21.018	44.918
df	3	3	3	3
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

SB: Sağlık Bakanlığı

Tablo-10: Faktörler ile hekimlerin çalıştığı kurumlar arasındaki karşılaştırmalı ilişki

ÇALIŞILAN KURUMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI	Faktör 1 Bilgilendirme Hakkı	Faktör 2 İzin ve Saygı Hakkı	Faktör 3 Seçme Hakkı	Genel
Devlet Hastaneleri – SB Eğitim Hastanesi Z* p	-0.295 0.768	-0.172 0.864	-0.59 0.953	-0.079 0.937
Devlet Hastaneleri – Üniversite Hastanesi Z* p	-4.662 <0.001	-5.275 <0.001	-2.022 0.043	-5.292 <0.001
Devlet Hastaneleri – Özel Hastaneler Z* p	-4.452 <0.001	-4.604 <0.001	-4.436 <0.001	-5.260 <0.001
SB Eğitim Hastanesi - Üniversite Hastanesi Z* p	-3.272 0.001	-3.435 0.001	-1.236 0.216	-3.329 0.001
SB Eğitim Hastanesi - Özel Hastaneler Z* p	-3.605 <0.001	-3.637 <0.001	-3.421 0.001	-3.947 <0.001
Üniversite Hastanesi - Özel Hastaneler Z* p	-1.493 0.135	-1.301 0.193	-3.366 0.001	-1.696 0.090

* Mann Whitney U

Tablo-11: Hekimlerin Poliklinik Hizmet Performansı ile faktörlerin ilişkisi

HEKİMLERİN POLİKLİNİK HİZMET PERFORMANSI	Faktör 1 Bilgilendirme Hakkı	Faktör 2 İzin ve Saygı Hakkı	Faktör 3 Seçme Hakkı	Genel
Günlük hasta sayısı Pearson korelasyon katsayısı p	-0.237 <0.001	-0.220 <0.001	-0.173 <0.001	-0.240 <0.001
Haftalık poliklinik günü sayısı Pearson korelasyon katsayısı p	0.061 0.209	0.058 0.239	0.109 0.025	0.069 0.165
Bir hasta için ayrılan süre Pearson korelasyon katsayısı p	0.240 <0.001	0.199 <0.001	0.149 0.002	0.230 <0.001

Anketteki 13. maddede, hekimlerin polikliniklerine gelen hasta sayılarını ve hasta başına ayrılan süreyi Likert tipi ölçekle değerlendirmeleri istenmiştir. Ankette bu maddeye cevap veren 470 hekimin 174 (%37) tanesi “hiç katılmıyorum”, 122 (%26) tanesi “kısmen katılıyorum” seçeneğini işaretleyerek hastaların fazlalığı nedeniyle hastalara yeterli süre ayrılmadığı ortak düşüncesini belirtmişlerdir. Bu madde ile cinsiyet, medeni durum, hekimin kendisinde ve 1. derece yakınlarında kronik bir hastalık olup olmama durumu ve uzmanlık alanı arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmadı ($p>0.05$). 13. maddenin hekimlerin yaş ve hekimlik süreleri ile karşılaştırılması (Tablo-12) sonucunda daha yaşlı ve hekimlik süresi fazla olan hekimlerin Likert ölçeğinin uç seçenekleri olan “hiç katılmıyorum” ve “tamamen katılıyorum” u tercih etmeleri nedeniyle anlamlı bir farklılık ortaya konmuştur (Yaş: $F=2.795$, $df=4$, $p=0.026$; Hekimlik süresi: $F=3,521$, $df=4$, $p=0.008$). Uzman hekimlerin araştırma görevlilerine göre bu maddeye daha fazla “tamamen katılıyorum” a yakın cevaplar vermesi (Tablo-13) nedeniyle anlamlı bir fark tespit edildi ($\chi^2=11.272$, $df=4$, $p=0.024$). Devlet Hastaneleri ve SB Eğitim Hastanesinde çalışan hekimlerin polikliniklerine gelen hasta sayısı ve hasta başına ayrılan sürenin normal olduğu maddesine çoğunlukla hiç katılmaması, Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin ise çoğunlukla tamamen katılması (Tablo-14) nedeniyle anlamlı bir fark ortaya çıktığı görüldü ($\chi^2=186.054$, $df=12$, $p<0.001$).

Tablo-12: Madde 13* ile hekimlerin yaş ve mezuniyet sürelerinin karşılaştırılması

MADDE 13*	Yaş	Hekimlik Süresi
1. Hiç katılmıyorum		
n	168	158
ortalama	39.35	15.42
standart sapma	9.315	8.991
2. Kısmen katılıyorum		
n	118	109
ortalama	37.25	13.11
standart sapma	9.116	8.665
3. Katılıyorum		
n	74	67
ortalama	37.04	12.63
standart sapma	9.495	9.152
4. Büyük ölçüde katılıyorum		
n	43	41
ortalama	35.91	12.27
standart sapma	9.107	9.141
5. Tamamen katılıyorum		
n	56	53
ortalama	40.62	17.21
standart sapma	10.034	9.939
Toplam		
n	459	428
ortalama	38.27	14.32
standart sapma	9.438	9.177
F	2.795	3.521
df	4	4
p	0.026	0.008

*Madde 13: Polikliniğimize gelen hasta sayısı ve hasta başına ayrılan süre normaldir

Tablo-13: Madde 13* ile hekimlerin unvanlarının karşılaştırılması

MADDE 13*	UNVAN		
	Uzman	Araştırma Görevlisi	Toplam
1. Hiç katılmıyorum			
n	122	52	174
%	38.4	34.2	37
2. Kısmen katılıyorum			
n	76	46	122
%	23.9	30.3	26
3. Katılıyorum			
n	45	29	74
%	14.2	19.1	15.7
4. Büyük ölçüde katılıyorum			
n	27	16	43
%	8.5	10.5	9.1
5. Tamamen katılıyorum			
n	48	9	57
%	15.1	5.9	12.1
Toplam			
n	318	152	470
%	100	100	100
χ^2	11.272		
df	4		
p	0.024		

*Madde 13: Polikliniğimize gelen hasta sayısı ve hasta başına ayrılan süre normaldir

Tablo-14: Madde 13* ile çalışılan kurumların karşılaştırılması

MADDE 13*	ÇALIŞILAN KURUM				
	Devlet Hastaneleri	SB Eğitim Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Özel Hastaneler	Toplam
1. Hiç katılmıyorum					
n	92	30	52		174
%	59.4	57.7	24		37
2. Kısmen katılıyorum					
n	39	16	63	4	122
%	25.2	30.8	29	8.7	26
3. Katılıyorum					
n	16	4	48	6	74
%	10.3	7.7	22.1	13	15.7
4. Büyük ölçüde katılıyorum					
n	2	1	30	10	43
%	1.3	1.9	13.8	21.7	9.1
5. Tamamen katılıyorum					
n	6	1	24	26	57
%	3.9	1.9	11.1	56.5	12.1
Toplam					
n	155	52	217	46	470
%	100	100	100	100	100
χ^2	186.054				
df	12				
p	<0.001				

*Madde 13: Polikliniğimize gelen hasta sayısı ve hasta başına ayrılan süre normaldir

Ankette güvenilirliği bozduğu için faktör analizinden çıkarılan, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer alan ve hekimlerin Likert tipi ölçekle değerlendirdikleri 31. maddeye (Hasta ve hekim gerekli gördüğü takdirde hastanın ötenazi hakkı olmalıdır) cevap veren 477 hekimin 157 (%32.9) si "hiç katılmıyorum", 110 (%23.1) u "kısmen katılıyorum", 86 (%18) sı "katılıyorum", 42 (%8.8) si "büyük ölçüde katılıyorum", 82 (%17.2) si ise "tamamen katılıyorum" seçeneğini işaretlemiştir. 31. maddenin yaş, cins, medeni durum, hekimin kendisinde ve 1. derece yakınlarında kronik bir hastalık olup olmama durumu, hekimlik süresi, unvan, uzmanlık alanı, çalıştığı kurum, poliklinikte muayene ettiği günlük hasta sayısı, haftalık poliklinik sayısı ve bir hastanın

muayenesi için ayırdığı süre ile karşılaştırılmasında sadece hekimlik süresi ile arasında anlamlı bir fark tespit edildi ($F=2.685$, $df=4$, $p=0.031$). Anlamlı fark, hastaların ötenazi hakkı olmasına “hiç katılmıyorum” seçeneğini işaretleyen hekimlerin hekimlik süresi ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Yine ankette güvenilirliği bozduğu için faktör analizinden çıkarılan, Hasta Hakları Yönetmeliği’nde yer alan ve hekimlerin Likert tipi ölçekle değerlendirdikleri 33. maddeye (Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır) cevap veren 480 hekimin 200 (%41.7) tanesi “tamamen katılmıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Çalışılan kuruma göre hekimlerin “tamamen katılmıyorum” seçeneğini işaretleme sıklığı, Özel Hastaneler ($n=26$, %57.8), Üniversite Hastanesi ($n=107$, %47.6), SB Eğitim Hastanesi ($n=19$, %35.2) ve Devlet Hastaneleri ($n=48$, %30.8) sırasıylaadır. Bu maddenin çalıştığı kurum ile karşılaştırılmasında ortalama değerler Özel Hastaneler, Üniversite Hastanesi, SB Eğitim Hastanesi ve Devlet Hastaneleri için sırasıyla 287.99, 257.74, 219.50 ve 209.21 olarak bulundu ve aralarında anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2=19.753$, $df=3$, $p<0.001$).

Ankette Likert yöntemi ile değerlendirilmesi istenilen 36. maddeye (Hekim veya hekim yakını, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir) cevap veren 483 hekimin 310 (%64.2) tanesi “hiç katılmıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Bu maddenin yaş, cins, medeni durum, hekimin kendisinde ve 1. derece yakınlarında kronik bir hastalık olup olmama durumu, mezuniyet süresi, unvan, uzmanlık alanı, çalıştığı kurum, poliklinikte muayene ettiği günlük hasta sayısı, haftalık poliklinik sayısı ve bir hastanın muayenesi için ayırdığı süre ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Ankette hekimlerin hasta hakları ve hekimlik pratiği ile ilgili kanun ve yönetmeliklerle ilgili bilgi sahibi olup olmadığı ile ilgili 37 (Hasta Hakları

Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim), 38 (Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim) ve 39. maddelerin (Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında bilgi sahibiyim) yaş ve hekimlik süresi ile karşılaştırılması sonucunda hekimlerin yaşı ve hekimlik süresinin artması ile Likert ölçeğinde "hiç katılmıyorum" seçeneğinden "tamamen katılıyorum" seçeneğine doğru tercih edilmesinin belirginleştiği tespit edildi ($p<0.001$) (Tablo-15). Araştırma görevlilerinin Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibi olma durumu ile ilgili olan maddelere uzman hekimlere göre "hiç katılmıyorum" seçeneğini daha fazla işaretlemeleri nedeniyle anlamlı bir farklılığın olduğu görüldü. Ayrıca uzman hekimlerin Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibi olma durumu ile ilgili olan maddelere araştırma görevlilerine göre "tamamen katılıyorum" u anlamlı olarak daha fazla seçtikleri saptandı ($p<0.001$) (Tablo-16). Araştırma görevlilerinin %73.4'ünün ve uzman hekimlerin %48'inin 1/Haziran/2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili olan maddeleri hakkında bilgi sahibi olunmasına "hiç katılmıyorum" veya "kısmen katılıyorum" u işaretlemeleri nedeniyle anlamlı bir farkın olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo-16). Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında bilgi ile çalışılan kurumun karşılaştırılmasında, Devlet Hastanelerinde çalışan hekimlerin "hiç katılmıyorum" u Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlere ($\chi^2=16.23$, $df=4$, $p=0.002$) ve Özel Hastanelerde çalışan hekimlere ($\chi^2=9.97$, $df=4$, $p=0.04$) göre daha az işaretlediği saptandı. Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi ile çalışılan kurumun karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$). 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili olan maddeleri hakkındaki bilgi ile çalışılan kurumun karşılaştırılmasında, Devlet Hastanelerinde çalışan hekimlerin "hiç katılmıyorum" u Üniversite Hastanesinde çalışan hekimlere ($\chi^2=14.43$, $df=4$, $p=0.006$) göre daha az işaretlediği saptandı. 37-38-39. maddeler ile cins ve uzmanlık alanı arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo-15: Hekimlerin hasta hakları ve hekimlik pratiği ile ilgili kanun ve yönetmelikler hakkında bilgi sahibi olma durumlarının yaş ve hekimlik süresi ile karşılaştırılması

MADDELER	Madde 37*		Madde 38†		Madde 39‡	
	Yaş	Hekimlik Süresi	Yaş	Hekimlik Süresi	Yaş	Hekimlik Süresi
1. Hiç katılmıyorum						
n	52	50	56	54	82	79
ortalama	32.83	8.58	33.52	9.59	33.66	9.94
standart sapma	6.825	6.132	7.476	7.272	7.721	7.506
2. Kısmen katılıyorum						
n	142	136	137	130	183	172
ortalama	36.68	12.87	37.23	13.05	38.17	14.29
standart sapma	9.652	8.928	9.458	8.892	9.962	9.665
3. Katılıyorum						
n	142	125	141	127	106	95
ortalama	36.68	15.30	38.44	14.69	39.38	15.27
standart sapma	9.652	9.15	9.392	9.292	8.326	8.287
4. Büyük ölçüde katılıyorum						
n	63	60	58	56	42	39
ortalama	40.79	16.9	39.88	15.98	40.14	16.31
standart sapma	9.167	8.594	8.590	8.476	9.062	8.294
5. Tamamen katılıyorum						
n	73	69	80	73	58	54
ortalama	42.01	18.30	42.64	19.10	42.78	19
standart sapma	9.6	9.598	9.354	9.178	9.416	9.489
Toplam						
n	472	440	472	440	471	439
ortalama	38.39	14.48	38.39	14.48	38.40	14.48
standart sapma	9.42	9.198	9.420	9.198	9.429	9.208
F	10.499	11.438	9.305	10.410	9.638	9.294
df	4	4	4	4	4	4
p	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

*Madde 37: Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim

†Madde 38: Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim

‡Madde 39: Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında bilgi sahibiyim

Tablo-16: Hekimlerin hasta hakları ve hekimlik pratiği ile ilgili kanun ve yönetmelikler hakkında bilgi sahibi olma durumlarının unvan ile karşılaştırılması

MADELER	Madde 37*		Madde 38†		Madde 39‡	
	Uzman	Araştırma Görevlisi	Uzman	Araştırma Görevlisi	Uzman	Araştırma Görevlisi
1. Hiç katılmıyorum						
n	21	33	24	34	37	48
%	6.4	21.4	7.3	22.1	11.2	31.2
2. Kısmen katılıyorum						
n	94	52	92	49	121	65
%	28.5	33.8	27.9	31.8	36.8	42.2
3. Katılıyorum						
n	105	39	102	41	86	22
%	31.8	25.3	30.9	26.6	26.1	14.3
4. Büyük ölçüde katılıyorum						
n	50	14	41	18	34	9
%	15.2	9.1	12.4	11.7	10.3	5.8
5. Tamamen katılıyorum						
n	60	16	71	12	51	10
%	18.2	10.4	21.5	7.8	15.5	6.5
Toplam						
n	330	154	330	154	329	154
%	100	100	100	100	100	100
χ^2	30.795		31.995		40.169	
df	4		4		4	
p	<0.001		<0.001		<0.001	

*Madde 37: Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim

†Madde 38: Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim

‡Madde 39: Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında bilgi sahibiyim

Ankette bulunan 40. maddede hekimlere kendileri için en önemli 3 hasta hakkını belirtmeleri istendi. Hekimlerin bu maddeleri belirtirken ankette 14-35. maddeler arasında bulunan ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nden alınmış maddelerin numaralarını yazmalarının yeterli olduğu belirtildi. En çok tercih edilen maddeler sırasıyla 17 (n=271; hasta, tanısı konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir), 19 (n=223; hasta tedavisi konusunda bilgilendirilmelidir). 18 (n=130; hasta, hastalığının prognozu konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir), 15 (n=116; hasta istediği

doktoru seçebilmeli ve doktorunu ismen bilmelidir), 26 (n=100; hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir) ve 20. (n=84; hasta, tedavisinin riskleri konusunda bilgilendirilmelidir) maddeler olarak tespit edildi. Maddelerin tercih edilme sırasına baktığımızda, birinci tercih olarak daha çok 17. madde (n=195, %44.9), ikinci tercih olarak 18. madde (n=100, %23.1) ve üçüncü tercih olarak 19. madde (n=105, %24.5) işaretlenmiştir. Maddelerin tercih sıralaması açısından yaş, cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$). Hekimlik süresi arttıkça 14. maddenin (Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile, hasta dilediği sağlık kurumunu seçebilir) tercih edilme oranı artması ($r=-0.343$, $p=0.037$), 16 (Hasta, muayene bulguları konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir) ($r=0.31$, $p=0.038$) ve 32. (Hasta ve yakınları organ ve doku bağışi hakkında bilgilendirilmelidir) ($r=0.59$, $p=0.034$) maddelerin ise tercih edilme oranının azalması nedeniyle anlamlı bir fark olduğu görüldü.

41. maddeye (Sizce hasta hakları yönünden öncelik taşıyan hasta grupları var mıdır?) hekimlerin %71.9'u (n=348) olumlu, %28.1'i (n=136) ise olumsuz bildirimde bulunmuştur. Bu maddenin hekimlerin polikliniklerine gelen hasta sayılarını ve hasta başına ayrılan süre ile ilgili değerlendirmeleri, ötenazi hakkı, dini vecibelerini yerine getirme hakkı, hekim veya yakınının muayene sırasında beklemesi, hekimlerin hasta hakları ve hekimlik pratiği ile ilgili kanun ve yönetmeliklerle ilgili bilgi sahibi olup olmama durumlarını inceleyen 37-38 ve 39. maddeler ve oluşturulan 3 faktör (Bilgilendirme Hakkı, İzin ve Saygı Hakkı, Seçme Hakkı) ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

41. maddeye "evet" cevabı verenlerin işaretlediği 42. maddeye 57 hekimin (%16.4) hasta hakları yönünden öncelik taşıyan yaşlı, acil, engelli hasta ve adli olguların tümünü birden işaretleyerek Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 10. maddesi ile uyumlu cevap verdiği, diğerlerinin ise Tablo-17'de belirtilen diğer cevapları verdikleri tespit edildi. Hasta hakları yönünden öncelik taşıyan yaşlı, acil, engelli hasta ve adli olguların tümünü birden

işaretleyen hekimler ile diğer seçenekleri işaretleyenler arasında “bilgilendirme hakkı” faktörü ($\chi^2=5.09$, $df=1$, $p=0.024$) ve hasta hakları ile ilgili genel grup ($\chi^2=4.956$, $df=1$, $p=0.026$) açısından tespit edilen anlamlı farkın; tümünü işaretleyen hekimlerin, “bilgilendirme hakkı” faktörünün kapsadığı maddeler için “tamamen katılıyorum” seçeneğine daha yakın cevaplar vermesinden kaynaklandığı saptandı.

Tablo-17: Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre öncelik taşıyan hasta gruplarının ankete katılan hekimlerin belirttiği seçenekler

Madde 42*	n	%
Sadece acil hastalar	119	34.2
Yaşlı ve acil hastalar	23	6.6
Acil ve engelli hastalar	25	7.2
Acil hastalar ve adli olgular	12	3.4
Yaşlı, acil ve engelli hastalar	86	24.7
Yaşlı, acil, engelli hastalar ve adli olgular	57	16.4
Diğer kombinasyonlar	26	7.4
TOPLAM	348	100

* Madde 42: 41. soruya cevabınız “Evet” ise öncelik taşıyan hasta gruplarını yazınız (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) Yaşlı hasta Acil vaka
Engelli hasta Adli vaka

Hekimlerin hasta hakları ile ilgili bilgilerini çoğunlukla mezuniyet sonrası eğitimlerden ($n=156$, $\%32.7$) aldıkları saptandı (Tablo-18). Bununla ilgili 43. maddenin (Hasta hakları ile ilgili eğitimi nerede aldınız?) oluşturulan 3 faktör ile karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo-18: Hekimlerin “hasta hakları ile ilgili eğitimi nerede aldınız?” sorusuna verdikleri cevaplar

MADDE 43*	n	%
Tıp fakültesindeyken derslerden	99	20.8
Mezuniyet sonrası eğitimlerden	156	32.7
Medyadan	42	8.8
Çevremden	79	16.5
Tıp fakültesindeyken derslerden - Mezuniyet sonrası eğitimlerden	29	6.1
Tıp fakültesindeyken derslerden - Medyadan	8	1.6
Tıp fakültesindeyken derslerden - Çevremden	9	1.9
Mezuniyet sonrası eğitimlerden - Medyadan	12	2.5
Mezuniyet sonrası eğitimlerden - Çevremden	7	1.5
Medyadan - Çevremden	18	3.8
Diğer kombinasyonlar	18	3.8
TOPLAM	477	100

* Madde 43: Hasta hakları ile ilgili eğitimi nerede aldınız?

44. maddedeki soruya (Tablo-19) “medyanın tutumunu olumsuz, abartılı ve acımasız buluyorum” şeklinde cevap verenlerin “medya acımasız ancak doktorlarda kusurlu olabilir, medyanın bu konuda ayırımı objektif yapması gerekir” şeklinde cevap verenlere göre Hasta Hakları Yönetmeliği ($\chi^2=20.153$, $df=8$, $p=0.01$), Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği ($\chi^2=20.573$, $df=8$, $p=0.008$) ve Türk Ceza Kanunu’nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri ($\chi^2=19.959$, $df=8$, $p=0.01$) hakkında bilgi sahibi olma maddesine “hiç katılmıyorum” seçeneğini daha yüksek oranda işaretlemeleri nedeniyle anlamlı bir farkın olduğu tespit edildi. Bu iki seçeneği işaretleyenler arasında “seçme hakkı” faktörü ($\chi^2=9.791$, $df=2$, $p=0.007$) ve hasta hakları ile ilgili genel grup ($\chi^2=6.255$, $df=2$, $p=0.044$) açısından tespit edilen anlamlı farkın; “medya acımasız ancak doktorlarda kusurlu olabilir, medyanın bu konuda ayırımı objektif yapması gerekir” şeklinde cevap veren hekimlerin, “seçme hakkı”

faktörünün kapsadığı maddeler için “tamamen katılıyorum” seçeneğine daha yakın cevaplar vermesinden kaynaklandığı saptandı. Bu maddenin; hekimlerin polikliniklerine gelen hasta sayılarını ve hasta başına ayrılan süre ile ilgili değerlendirmeleri, hekim veya yakınının muayene sırasında beklemesi ile karşılaştırılmasında anlamlı fark olmadığı izlendi ($p>0.05$).

Tablo-19: Sağlık çalışanları açısından medyaya bakış

SORU 44: MEDYA VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN BAKILDIĞINDA, MEDYAYA BAKIŞINIZ NE ŞEKİLDEDİR? :	n	%
a) Medyanın tutumunu olumsuz, abartılı ve acımasız buluyorum	188	38.9
b) Medya acımasız ancak doktorlarda kusurlu olabilir. Medyanın bu konuda ayırımı objektif yapması gerekir	292	60.5
c) Medya doğruları gösteriyor ve uyarıcı, denetleyici görevini yerine getiriyor. Tıp ve hekim hataları affedilemez	3	0.6
TOPLAM	483	100

45. maddedeki soruya (Meslek hayatınız boyunca hasta hakları konusunda hiç şikayet edildiniz mi?) hekimlerin %23.8’inin ($n=115$) şikayet edildikleri yönde, %76.2’sinin ($n=369$) şikayet edilmedikleri yönde bildirimde buldukları görüldü. Hekimlerin yaşı ($Z=-4.573$, $p<0.001$), hekimlik süresi ($Z=-4.449$, $p<0.001$) ve bir günde bakılan hasta sayısı ($Z=-5.603$, $p<0.001$) arttıkça, hastaya ayrılan süre ($Z=-7.778$, $p<0.001$) azaldıkça daha fazla şikayet edildikleri ortaya çıktı. Kadın hekimlerin %13.5’i ($n=21$) erkek hekimlerin %28.7’si ($n=94$) meslek hayatları boyunca en az bir kere şikayet edildiklerini bildirirken, erkek hekimlerin daha fazla şikayet edilmeleri nedeniyle anlamlı bir fark saptandı ($\chi^2=13.478$, $df=1$, $p<0.001$). Çocuk sahibi olan hekimlerin ($\chi^2=16.051$, $df=1$, $p<0.001$), kendisinde veya birinci derece yakınlarında hastalık bulunan hekimlerin ($\chi^2=10.118$, $df=1$, $p=0.001$) ve uzman hekimlerin araştırma görevlilerine göre ($\chi^2=13.127$, $df=1$, $p<0.001$) daha fazla şikayet edilmiş oldukları tespit edildi. Üniversite Hastanesi ($n=22$, %9.6) ve

Özel Hastanelere (n=5, %10.9) göre Devlet Hastanelerinde (n=66, %42.3) ve SB Eğitim Hastanesinde (n=22, %40.7) çalışan hekimlerin daha çok şikayet edilmiş olmaları nedeniyle anlamlı bir fark tespit edildi ($\chi^2=67.503$, df=3, p<0.001). Uzmanlık alanı, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği ve Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında bilgi sahibi olma ile şikayet edilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Hasta olarak başvurduğu kurumlarda hekim veya birinci derece yakınlarının %32'sinin (n=155) hasta hakları konusunda şikayetleri olduğu ortaya çıktı. Hekimlerin yaşı (Z=-3.726, p<0.001) ve hekimlik süresi (Z=-3.445, p=0.001) azaldıkça daha fazla şikayet ettikleri tespit edildi. Çocuk sahibi olmayan hekimlerin daha çok şikayetçi konumunda oldukları görüldü ($\chi^2=13.627$, df=1, p<0.001). Araştırma görevlilerinin uzman hekimlere göre ($\chi^2=$, df=1, p<0.001) daha çok şikayetçi oldukları izlendi. Devlet Hastanelerine göre Üniversite Hastanesi ($\chi^2=14.16$, df=1, p<0.001) ve Özel Hastanelerde ($\chi^2=5.76$, df=1, p=0.016) çalışan hekimlerin daha çok şikayetçi olmaları nedeniyle anlamlı bir fark tespit edildi. Cinsiyet, uzmanlık alanı, hekim veya yakınının muayene sırasında beklemesi, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği ve Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında bilgi sahibi olma ile şikayet edilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Hekim veya birinci derece yakınlarının başvurdukları sağlık kurumuna göre şikayet ettikleri kurumlar Üniversite Hastanesi (n=62, %39.5), Devlet Hastaneleri (n=44, %28), Devlet Hastaneleri ile Üniversite Hastanesi birlikte (n=12, %7.6) ve SB Eğitim Hastanesi (n=11, %7) olarak sıralanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlıkta hak ve adalet, eşitlik ve yararlılık, ancak sağlığı toplumsal bir olgu olarak değerlendiren anlayışla sağlanabilir. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi de “herkes hastalıkların önlenmesi, sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık düzeyine kavuşma hakkına sahiptir” demektedir (12). Bu kapsamda çalışmamızda; hastanelerde çalışan uzman hekim ve araştırma görevlilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeyleri ve görüşleri değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza hekimlerin katılımı %37.3 oranında olmuştur. Katılım oranının en fazla olduğu hastaneler, Özel Hastaneler (%60.5) ve SB Eğitim Hastanesi (%67.5) olarak tespit edilmiştir. Üniversite ve Devlet Hastanelerinde ise bu oranın daha düşük olduğu görülmüştür. Özdemir ve ark. (13) İzmir ilindeki hekimlerin hasta haklarına yaklaşımı ile ilgili yaptığı bir çalışmada da hekimlerin katılımı % 37.8 olarak saptanmıştır. Üniversite Hastanelerinde katılım oranı %42, Devlet ve diğer hastanelerde %58 olarak bildirilmiştir (13). Ayrıca bu çalışmada, Üniversite Hastanelerinde çalışan hekimlerin sorulara daha düşük yüzdelerde cevap verdikleri saptanmış ve Üniversite Hastanelerinde tıp eğitiminin daha ön planda olduğu ve tıp etiğinin daha geri planda tutulduğu kanısına varılmıştır (13). Bizim çalışmamızdaki katılım oranı da bu görüşü destekler niteliktedir.

Tanı veya tedaviye yönelik girişimlerin hastalara uygulanabilmesi ya da hastaların bilimsel araştırmalara katılabilmeleri için bilgilendirilerek aydınlatılmalarını öngören ve bu aydınlatma doğrultusunda kendi iradeleri ile karar vermelerini gerektiren “aydınlatılmış onam” öğretisi, günümüzde tıp etiğinin merkezinde yer alan kavram haline gelmiştir. Aydınlatılmış onam teriminin ilk kez ABD’nde 1957 yılında, Salgo adlı hastanın açtığı davada kullanıldığı bildirilmektedir. Hastalara açıklanması gereken bilgi miktarı konusundaki davalar açısından da bir kilometre taşı teşkil etmiş olan bu dava

sonucunda mahkeme, hastanın kendi tedavisi ile ilgili bir karar alabilmesi için gerekli olan bilgileri vermeyen hekimin görevini kötüye kullandığına karar vermiştir. Bu karar uyarınca doktorlar; hastalarına haklarını, bedenlerine uygulanacak olan işlemin yararlarını ve varsa risklerini açıklama ödeviyle yükümlü hale gelmişlerdir (14). Carmen ve ark. (15) aydınlatılmış onam öğretisinin iki istisnai durumda göz ardı edilebileceğinden bahsetmiştir. Bunlardan biri yoğun bakım hastalarında olduğu gibi iletişim kurulamayan durumlar bir diğeri ise kültürel farklılıklar olarak belirtilmiştir. Hekim uygun bir tedavi yöntemi uygulasa ve başarılı olsa bile aydınlatma, onam ve sır saklama gibi yükümlülüklerinde gösterdiği özensizlik nedeni ile sorumlulukla karşı karşıya kalabilir. Yüksek Sağlık Şurası kararlarına göre, aydınlatılmış onam elde etmeye ilişkin yükümlülüklerin yerine getirilmemesi, hekimlerimizin en çok suçlandıkları konuların başında gelmektedir. Hekim olarak sorumluluklarımızı kavrayabilmemiz için her şeyden önce kişilerin insan olarak sahip oldukları manevi değerlerin neler olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Bu değerlerin başında “kişilik hakkı” gelmektedir ve bu kavram “insanın fiziki ve ruhi yapısı ile toplum içindeki durumunun sayılması ve korunması” şeklinde tarif edilebilir. Çocuğun canlı olarak doğduğu anda başlayan ve kişinin ölümü ile sona eren kişilik hakkının ihlal edilmesi sorumluluğun ana unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır. Adli ve etik açıdan hem kişilik hakkına olan saygı hem de hekimlerin sorumlulukla karşı karşıya kalmamaları açısından aydınlatılmış onamın tıbbi müdahalelerin vazgeçilmez şartı olarak kabul edilmesi ve bunun için de tüm müdahalelerden önce;

- Kişiye anlayabileceği dilde ve detayda açıklama yapılmalı,
- Bu açıklama kişinin psikolojik durumunu kötü yönde etkilememeli,
- Kişiye durumunu değerlendirebilmesi için yeterli zaman tanınmalı,
- Aydınlatma ve onam yazılı olmalı,
- Onam şahıs herhangi bir baskı altında olmadan, hukuka ve genel ahlaka uygun olarak alınmalı,
- Aydınlatmayı tıbbi müdahaleyi yapacak olan hekim yapmalıdır (16).

Hastanın, kesin olarak belirttiği takdirde, “bilgilendirilmeme hakkı”na sahip olduğu da unutulmamalıdır (17). Anketimizdeki “tıbbi müdahaleler sırasında

hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır” ve “bir araştırmaya denek olarak alınacak hastalardan yazılı izin alınmalıdır” maddelerine hekimler “büyük ölçüde katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” seçeneklerini daha fazla işaretleyerek, hastalardan aydınlatılmış onam alınması yönünde tutum göstermişlerdir. Ocaktan ve ark. (18) alışmasında hekimlerin %98.7’si, hastaların araştırmalara katılması için onayının alınması yönünde tutum göstermişlerdir. Aydınlatılmış onam ile ilgili olarak; Ersoy’un (14) alışmasında, çalışmaya katılan hastaların %29.7’si kendilerine verilen bilgiyi anladıklarını belirtmişlerdir. Ataç ve ark. (14) alışmasında, hastaların %49.8’i kendisine anlayacağı dilde bilgi verildiğini söylediği bildirilmiştir. Günay ve ark. (19) rasgele seçtikleri 100 cerrahi hasta dosyasında aydınlatılmış onam bulunup bulunmadığı ile ilgili yaptıkları bir çalışmada, olguların 80’inde hasta dosyası içinde herhangi bir rıza formu bulunmadığını, rıza alınan olguların 13’nde matbu bir formun imzalatıldığı, 7’sinde şahısların kendi el yazıları ile müdahaleyi kabul ettikleri görülmüştür. İncelenen formlarda rıza formlarında gerek dil ve gerekse içerik bakımından belli bir standart olmadığı görülmüştür. Turla ve ark. (17) cerrahi hastaları üzerinde yaptıkları çalışmalarında, hastaların %89.9’u ameliyat öncesi bilgilendirildiklerini söylemişlerdir. Daha öncesinde aynı hastanede hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada, hekimler %64.7 oranında mesleki uygulamaları öncesi hastalarına aydınlatma yapıp, onam aldıklarını belirtmişler, hasta ve hekimler arasındaki cevapların farklılığını da, tarafların bu işlemden farklı şeyler anladığı şeklinde yorumlamışlardır (17). zdemir ve ark. (20) alışmasında hekimlere yöneltilen “her türlü tıbbi girişim öncesi hastanın bilgilendirilmesi zorunlu mudur?” sorusuna hekimlerin %97.2’si “iletişim kurulabiliyorsa evet” cevabını vermiştir. Ataç ve ark. (21) alışmasına katılan hekimlerin %80.4’, hastaların tanı ve tedavileri hakkında bilgilendirilmelerinin gerekli olduğunu, buna rağmen hekimlerin %60.8’i hastalarını tanı hakkında ve %49’u tedavi hakkında bilgilendirme yaptıklarını bildirmiştir. Yine aynı çalışmada, hekimlerin %84.3’ hastaya yönelik tanı ve tedavi prosedürlerinden önce bilgilendirme gerektiğini düşünmesine rağmen hekimlerin %47’si bunu klinikte uyguladıklarını söylemişlerdir (21). Atıcı’nın (1) alışmasında, hekimlerin %80’i hastaların

bilgilendirilme hakkı olduğu yönünde düşünce belirtirken aynı hekim grubunun %74'ü hekimin hastasını bilgilendirme zorunluluğu olduğu konusunda tutum göstermişlerdir. Blackhall ve ark. (22) aydınlatılmış onam ile ilgili çalışmalarında, Amerika'da yaşayan Afrika kökenlilerin %88'i, Avrupa kökenlilerin %87'si, Kore kökenlilerin %47'si ve Meksika kökenlilerin %65'inin aydınlatılmış onam formu doldurularak bilgilendirme istedikleri saptanmış ve etnik, kültürel farklılıkların önemi üzerinde durulmuştur.

Tıbbi uygulamalar sırasında her hastanın yeterince aydınlatıldıktan sonra tedaviyi reddetme hakkı vardır (23). Hasta önceden kabul ettiği tedavi veya girişimleri, onam verdikten sonra da reddedebilir veya onamını geri alabilir (14). Kamu yararı dışında hiç kimseye isteği ve bilgisi dışında tıbbi müdahale yapılamaz. Bu husus kendi hakkında karar verebilme yeterliliğinde olan erişkinler için geçerli olmakla birlikte, yetersiz yetişkin hastaların ve küçüklerin tedavilerinde kendileri adına onam verecek ya da reddedecek vekil karar vericilere ihtiyaç vardır. Yasal açıdan yeterli kabul edilen bir yetişkinin karar verme kapasitesi, tıbbi durumuyla ilgili karar vermesi gerektiğinde çeşitli nedenlerle azalabilmektedir. Tıbbi girişimle ilgili yanlış edinilmiş bilgiler, dini inançlar, abartılı ve gerçeğe dayanmayan korkular, duygusal değişimler bu kapasiteyi olumsuz yönde etkileyebilir. Söz konusu çocuk olduğunda, çocuk ve ailesinden onam alınırken hekimin görevi, çocuğun yararını gözetme, söylenenleri anlayabileceği yaştan itibaren çocuğu karara katmaya çalışma, ailenin ve çocuğun kararını olumsuz yönde etkileyen faktörleri sorgulayarak düzeltme yolunda çaba harcama, tüm çabalar başarısız kaldığında ve tedavi edilmeme önemli bir risk taşıyorsa yasal yola başvurma şeklinde tanımlanmaktadır (23). Çalışmamızda, konu ile ilgili madde hekimlere "Hasta kendisine uygulanacak olan tedaviyi reddedebilmelidir" şeklinde yöneltilmiştir. Bu maddeye hekimlerin yaklaşımı "katılıyorum" ve "büyük ölçüde katılıyorum" şeklinde olmuştur. Özdemir ve ark. (20) çalışmasında hekimlere yöneltilen "hekim tarafından cerrahi girişim kararı verilen bir çocuğun velisi bu girişime izin vermiyorsa tutumunuz ne olurdu?" sorusuna hekimlerin %54'ü yönetmeliğe uygun olarak mahkeme kararı ile ameliyat edilmesi gerektiğini,

%34'ü velisinden izin alınamadığı için ameliyat edemeyeceğini ve %11'i ise izin olmasa da ameliyat edeceğini belirtmiştir. Ataç ve ark. (21) çalışmasına katılan hekimlerin %86.3'ü hastanın tedaviyi reddetme hakkı olduğu düşüncesinde olduklarını bildirmişlerdir (21).

Günümüzde hasta hakları kavramının yerleşmiş olması, hasta özerkliğinin önem kazanması ve benzeri gelişmeler hastalara gerçeğin söylenmesi eğilimini arttırmıştır. Hekimlerin büyük bir çoğunluğu, gerçeğin söylenmesi gerektiğini düşünmektedir. Aynı zamanda hastalarda hastalıkları ile ilgili gerçeği bilmek istemektedirler. Bununla birlikte gerçeği söyleme görevinin kısıtlanabileceği düşünülen bazı klinik durumlar bulunmaktadır. Bunlar hastanın bilgilendirmeyi istememe hakkı, yeterlilik sorunu, tıbbi aciller, tedavi önceliği ve kültür farklılığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimler her hastanın neyi duymak isteyeceği ve ne kadarına tahammül edebileceği konusunda doğru değerlendirmeler yapmak ve buna göre açıklamalarının içeriği ve şeklini ayarlamak durumundadırlar (24). Konishi ve ark. (25) yaptığı bir çalışmada, Japonya'daki sağlık kurumlarında çalışan hemşirelerin kültürel özelliklerinden dolayı, hayati tehlike içeren tetkik ve tedavi yöntemleri, ölüm hali ve benzeri durumlar gibi olaylarda hasta ve hasta yakınlarına bilgilendirme yapmaktan kaçındıkları belirtilmiştir. Çalışmamızda "hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir" maddesine hekimlerin yaklaşımı "katılıyorum" ve "büyük ölçüde katılıyorum" şeklinde olmuştur. Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında "hasta hastalığı konusunda yakınlarının bilgilendirilmemesini isteyebilir" ifadesine katılan hekimler, tüm grubun %93'ünü oluşturmuştur. Özdemir ve ark. (20) çalışmasında hekimlere yöneltilen "ölen bir hastaya ait bilgilerin açıklanması konusundaki yaklaşımınız ne olurdu?" sorusuna hekimlerin %48'i yakınlarına açıklanabileceğini, %43'ü yönetmeliğe uygun olarak açıklanması gerektiğini ve %20'si ise ölümlerle birlikte bireyin kişilik haklarının ortadan kalktığı için açıklanabileceğini belirtmiştir. Aynı çalışmada "hastaya ait tıbbi bilgilerin yakınlarına açıklanması konusundaki yaklaşımınız ne olurdu?" sorusuna hekimlerin %76'sı yönetmeliğe uygun olarak hastanın iznine bağlı olduğunu,

%14'ü açıklanmasında bir sakınca olmadığını ve %7'si de açıklanmaması gerektiğini belirtmiştir (20). Yine aynı çalışmada "18 yaşın altındaki hastalarda tıbbi girişim sırasında veli izin verirse çocuktan izin almaya gerek var mıdır?" sorusuna, hekimlerin %74'ü yönetmeliğe uygun olarak iletişim kurulabiliyorsa alınması gerektiğini, %9'u izin alınması gerektiğini ve %15'i ise izine gerek olmadığını belirtmiştir (20).

Hastanın mahremiyet hakkı, hastaya ait bilgilerin gizliliğini ve hastanın beden mahremiyetini kapsar. Hastaya ait bilgilerin gizliliği, hastanın sırlarının saklanması ile bunların sağlanması için gerekli tedbirlerin alınmasını içerir. Hastanın beden mahremiyeti hakkının sağlanması ise hastanın, sağlık hizmetlerinden yararlanması sırasında olumsuzluklar oluşturabilecek bazı şartların ortadan kaldırılmasını amaçlar (26). Mahremiyet hakkının bu boyutunda tartışılması gereken konularından biri, sağlık kurum ve kuruluşlarında eğitim alan kişilerin, sağlık hizmetlerinin verilmesi sürecinde yer almalarıdır. Hasta kendisine tanınan mahremiyet hakkına dayanarak, tıp eğitimi alan öğrencilerin tedavisi ile ilgili girişim süreçlerinde yer almalarını istemeyebilir, ancak hasta haklarının vazgeçilmez unsurlarından biri olan mahremiyet hakkını ihlal etmeyecek bir yaklaşımla, hastaların eğitim alan sağlık personeli adaylarına gereken kolaylığı sağlaması olasıdır (27). Anketimizdeki "hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir" maddesine hekimler "tamamen katılıyorum" seçeneğini daha çok tercih ederek bu konudaki tutumlarını Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak sergilemişlerdir. Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında hekimlerin %100'ü mahremiyetin korunması yönünde tutum sergilemişlerdir. Özdemir ve ark. (20) çalışmasında hekimlere yöneltilen "eğitim hizmeti veren sağlık kuruluşlarında tıbbi girişim sırasında intörn ve/veya stajyerlerin odada bulunabilmesi için hastadan izin alınmalı mıdır?" sorusuna hekimlerin %62'si gerek olmadığı, %37'si ise yönetmeliğe uygun olarak hastadan izin alınmasının gerekli olduğu cevabını vermiştir. Diğer kliniklere göre hasta mahremiyetine saygının, uygulanması zor ve sorumluluğu yüksek birimler olan acil servislerde bile etik kurallar ve yönetmeliklere uygun olarak hasta mahremiyetine saygı

gösterilmesinin önemi belirtilmektedir (28). Hastalara acil müdahalede bulunulması gereken – yasaların özel olarak izin verdiği ve tıp etiği kurallarına uygun – durumlarda, hekimlerin kısmen de olsa zorunlu olarak hastanın mahremiyet hakkını geri plana ittiklerini ancak hekimlerin bunu alışkanlık haline getirmemeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, bayan hekimlerin “bilgilendirme hakkı” ve “izin ve saygı hakkı” faktörlerine daha duyarlı olmalarını belki de bayan hekimlerin genel olarak hastalara daha duygusal yaklaşımları ile açıklayabiliriz, ancak bu hususta daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda “Hasta istediği doktoru seçebilmeli ve doktorunu ismen bilmelidir” maddesine hekimler “katılıyorum” ve “büyük ölçüde katılıyorum” şeklinde cevaplamışlardır. Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında, hekimlerin %94.3’ü “hasta kendisini muayene edecek hekimi seçebilmelidir” ve %61.1’i ise “hastalar, hekim ve hemşireleri ismen tanımalıdır” ifadelerine katılmışlardır. Atıcı’nın (1) çalışmasında hekimlerin %60’ı hastanın hekimi seçme hakkının olduğu, %26’sı hastanın kimi zaman bu hakkı olduğu ve %14’ü ise böyle bir hakkın olmadığı şeklinde düşüncelerini ortaya koymuşlardır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızı desteklemekte ve hekimlerin çok yüksek oranda olmasa da çoğunluğunun bu hasta hakkı maddesini desteklediğini göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda çocuk sahibi olan hekimlerin bu maddeyi daha fazla destekledikleri yönünde bir sonuç da ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda ortaya çıkan Devlet Hastaneleri ve SB Eğitim Hastanesinde çalışan hekimler ile Üniversite Hastanesi ve Özel Hastanelerde çalışan hekimler arasındaki hasta hakları faktörlerine bakış açısındaki farklılığın büyük ölçüde çalışma koşulları ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Nitekim, bir günde baktıkları hasta sayısı daha fazla ve bir hasta için ayırdıkları süre daha az olarak tespit edilen Devlet Hastaneleri ve SB Eğitim Hastanesi’nde çalışan hekimlerin, bu sayı ve sürenin hasta ve doktor lehine daha kabul edilebilir olduğu Üniversite Hastanesi ve Özel Hastanelere göre

daha düşük Likert ölçekli cevaplar verdikleri saptandı. Atıcı'nın (1) hekimlerin hastalara ayrılan zamanı ve hastalarıyla iletişimi yeterli bulma durumlarını değerlendiren çalışmasında, hekimlerin %12'si hastaya ayrılan zamanı yeterli, %52'si kısmen yeterli ve %36'sı yetersiz olarak değerlendirmiş, hastayla olan iletişimi ise hekimlerin %54'ü yeterli, %34'ü kısmen yeterli ve %12'si yetersiz bulunduğunu belirtmiştir. Hastaya ayrılan zamanı yeterli ve kısmen yeterli bulan hekimlerin %96.9'unun hastanın tedavi ile ilgili görüşünü alma yönündeki düşüncesi her zaman ve kimi zaman şeklinde olmuştur. Bu çalışmada da bizim çalışmamızda olduğu gibi hasta için daha fazla zaman ayıran hekimlerin bilgilendirmeye daha çok önem veren hekimler olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hekimler için en önemli üç hasta hakkı sorulduğunda, "hastaların, tanısı, tedavisi ve hastalığının prognozu konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir" cevabı yüksek oranda gelmiştir. Buda hekimlerin, hastaların bilgilendirilmesine verdiği önemi açıkça göstermektedir. Zencir ve ark. (29) yaptıkları bir çalışmada, hekim ve hemşireler için en önemli hasta haklarını, bizim çalışmamızla uyumlu olarak, hastanın hastalığı ile ilgili tanı, tetkik, tedavi, riskler ile prognoz konusunda bilgilendirilmesi şeklinde tespit etmişlerdir. İntörn hekimlere yönelik yapılan bir çalışmada da en önemli hasta hakkı, hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi şeklinde bulunmuştur (12). Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında, hekim ve hemşirelerin hasta hakları konusunda verilen tutum örneklerine karşı düşünceleri, yüksek oranda hastaların bilgilendirilmesi yönünde olmuştur.

Tüm dünyada tartışılmakta olan, ülkemizde son yıllarda belli tabular yıkılarak, tartışılabilir bir boyut kazanan ötenazi, Grekçe eu (iyi, güzel) ve thanatos (ölüm) sözcüklerinden oluşmuş olup, "acısız ölüm" anlamına gelir. Ötenazi uygulanması için genel yargı, başka bakım seçeneklerinin hepsinin tükenmiş olması ya da hasta tarafından reddedilmiş olmasının yanı sıra, ötenazinin hasta tarafından açıkça ve ısrarla istenmiş olması, hiçbir gerileme umudu bulunmaması, hastanın kararını bilgilendirilmiş durumda ve özgürce verip değişmez olması gerekir. Tıp ötenaziye izin vermeden önce, ölmekte

olan hastanın özel kaygılarını ve gereksinimlerini tanımlamaya ve ele almaya çabalamalıdır. Hastanın ölmek istediği konusunda hiçbir kuşku kalmamalıdır (30). “Pasif ötenazi”, hastanın hayatının uzatılmasını sağlayacak bazı ilaç, araç-gereç, sun’i beslenme gibi destekleri hekimin hastası için kullanmaması ya da kullanımını durdurmasına verilen addır. “Aktif ötenazi” ise, hekimin derin bir sedasyonu takiben öldürücü bir enjeksiyonla hastanın hayatını sonlandırması şeklindedir. Konuyla ilgili bir diğer kavram olan “yardımlı intihar” da hekim hastaya kendini öldürebilmesi için gerekli bilgi ve malzemeyi sağlar. Öldürücü enjeksiyonu hasta kendisi yapar ya da sedasyonu ve öldürücü enjeksiyonu sağlayacak mekanizmayı hasta kendi çalıştırır (31). Günümüzde ötenazi, klasik tanımından uzaklaşarak yaşamsal desteklerin kesilmesi ya da sınırlandırılması anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Bazı yazarlar ötenazinin hastayı öldürmek olmadığını, iyileşemeyecek durumdaki hastaların ölmesine izin verme ve yaşatılmaları için çaba harcamamak olarak değerlendirilmesi gerektiğini söylemektedirler (32). ABD’de aktif ötenazi yasak olmasına karşın, ölümü kolaylaştırmak, tedavi uygulamamak, tedaviye son vermek yasaldır. İtalya, Almanya, İsviçre, Avusturya, Danimarka, İspanya, Finlandiya, Yunanistan ve İzlanda yasaları, isteği üzerine bir kimseyi öldürmeyi ayrı bir suç olarak ele almışlar ve adam öldürmeye göre daha hafif bir ceza ile karşılaşmışlardır. Hollanda’da hastalar ölme hakkını kullanabilmekte veya kendisini öldürmesi için hekime devredebilmektedir. Hollanda’da 1984 yılından itibaren ötenazi uygulayan hekimler aleyhine dava açılmadığı gibi 1993 yılında yürürlüğe giren kanunla hekimler bu konudaki tüzüğe uymak koşulu ile yasal olarak korunmaktadır (33). Çalışmamızda hekimlere yöneltilen, “Hasta ve hekim gerekli gördüğü takdirde hastanın ötenazi hakkı olmalıdır” maddesine cevap veren 477 hekimin 157 (%32.9) si “hiç katılmıyorum”, 110 (%23.1) u “kısmen katılıyorum”, 86 (%18) sı “katılıyorum”, 42 (%8.8) si “büyük ölçüde katılıyorum”, 82 (%17.2) si ise “tamamen katılıyorum” seçeneğini işaretlemiştir. Burada hastaların ötenazi hakkının olmaması yönünde cevaplar alınmasına karşın hastaların ötenazi hakkı olmalıdır yaklaşımındaki hekim sayısı da az değildir. Bu madde ile hekimlerin hekimlik süresi ile arasında, hastaların ötenazi hakkı olmasına “hiç

katılmıyorum” seçeneğini işaretleyen hekimlerin hekimlik süresi ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Gündüz ve ark. (30) öğretim üyesi, uzman-asistan-pratisyen doktor ve 5. sınıf öğrencilerinden oluşan katılımcılar ile yaptıkları bir çalışmada, hekimlerin %64.11’inin ötenazi konusunda bilgi sahibi olduğunu, %35.88’inin ise yeterli bilgi sahibi olmadıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada hekimlerin %65.88’i, “hukuki ehliyeti tam olan bir hastanın kendi yaşamı üzerinde karar vermeye hakkı olmalıdır” şeklinde tutum sergilemiştir. Yine bu çalışmada hekimlerin %63.72’si aktif ve/veya pasif ötenazi uygulanmasına taraftar oldukları ancak yasal düzenlemeler yapılsa dahi, hekimlerin %68.82’sinin ötenazi eyleminde görev almak istemedikleri görülmüştür. Ege ve ark. (31) tıp, hukuk ve normal popülasyona uyguladıkları anket çalışmasında, katılımcıların %69.7’si “her insanın kendi hayatı üzerinde karar verme hakkı vardır” şeklinde tutum olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, aklen sağlam ve kendi özgür iradesi ile ötenazi kararı veren hastanın isteğiyle bu işlemi gerçekleştiren hekimin suçlu sayılmayacağını düşünenler %68.1 oranında tespit edilmiştir. Sözen ve ark. (32) çalışmasında da hekimlerin %76’sı ötenazinin yasal olarak düzenlenmesinin toplumsal bir gereksinim olduğunu, %59’u ise ötenazi uygulayan hekimin cezalandırılmaması gerektiği görüşünü bildirmişlerdir. Günaydın ve ark. (33) çalışmasında, hekimlerin %68.2’sinin ötenaziye karşı oldukları, %53.6’sının ötenazinin dini yönden günah olduğu görüşünü tespit etmişlerdir. Rynnänen ve ark. (34) uzman hekimlerin %34’ü, hemşirelerin %46’sı, pratisyen hekimlerin ise %50’si bazı koşullar halinde hastanın ötenazi hakkı olmalıdır görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada pasif ötenazinin daha çok destek bulduğu ve genç katılımcıların yaşlılara göre daha anlamlı olarak ötenazi hakkını savundukları görülmüştür. Dickinson ve ark. (35) aktif ötenazi ve yardımcı intihar şeklindeki ötenazi hakkını yoğun bakım hekimlerinin geriyatristlere oranla daha fazla desteklediğini bildirmişler ve bununla ilişkili hastalarla aralarında kurdukları sadakat gibi çeşitli faktörlerden bahsetmişlerdir. Bizim çalışmamızda hasta haklarına genel yaklaşım altında hekimlerin ötenazi hakkına katılıp katılmadığı değerlendirilmiş, hekimlik süresi dışında ötenazi ile ilgili anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ötenazi ile ilişkili

çeşitli faktörler (uzmanlık dalı, yaş, cins vb.) ile ilgili ayrıntılı yorumlar için, sadece ötenazi hakkının ele alındığı farklı ve ayrıntılı bir çalışmaya gerek olduğunu düşünmekteyiz.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 10. maddesinde "sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır. Acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve özürülüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır" denmektedir (11). Hekimlerin bu konudaki tutumlarını öğrenmek için sorulan "Sizce hasta hakları yönünden öncelik taşıyan hasta grupları var mıdır?" sorusuna hekimlerin %71.9'u "evet" cevabını vermiştir. Ancak yönetmeliğe uygun olarak sayılan dört grubun tümünü işaretleyen hekimlerin oranı %16.4'te kalmıştır. Öncelikli grubu yalnızca acil hasta olarak gören hekimlerin oranı %34.2, yaşlı, acil ve engelli hastalar ile sınırlayan hekimlerin oranı ise %24.7 olarak bulunmuştur. Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında hekimlerin %77.8'i bazı grupların öncelik taşıdığını belirtmiştir. Bunların içinde bebek-çocuk-gebe %63.5, acil vakalar %38.1, yaşlı hastalar %31.7, ağır ve kronik hastalar %26.9, özürülü ve ortopedik sorunlular %13.5 oranında tercih edilmişlerdir. Burada dikkat çekici nokta, bu sorunun yanıtı olarak adli vakaların hiç belirtilmemiş olmasıdır. Bizim çalışmamızda da adli vakalar seçeneklerin içine konmasına rağmen çok düşük oranda tercih edilmiştir.

Çalışmamızda, "Hasta hakları ile ilgili eğitimi nerede aldınız?" sorusuna hekimlerin %32.7'si "mezuniyet sonrası eğitimlerden", %20.8'i "tıp fakültesindeyken derslerden", %16.5'i "çevremden" ve %8.8'i "medyadan" diyerek cevaplamıştır. Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında benzer soruya, hekimlerin %48.8'i "mezuniyet sonrası eğitimler", %32.5'i "çevre", %30.9'u "mezuniyet öncesi eğitimler" ve %8.1'i de "medya" şeklinde cevaplamışlardır. Sonuçlar benzerlik göstermekle birlikte Ocaktan ve ark. çalışmasındaki "çevre" cevabındaki yüksek oran dikkat çekicidir. Bizim çalışmamızda, ankete katılan

hekimlerin birden fazla seçenek işaretleyebilmeleri nedeni ile farklı kombinasyonlarda oluşmuştur. Bu verilerden anlaşıldığı gibi, tıp eğitiminde hasta hakları ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılmamaktadır.

Medyanın, tıp dünyasındaki hemen her etkinliğe, gelişime, insan sağlığını ilgilendirmesi açısından ilgi duyması ve haber değeri taşıyan bilgi ve gelişmeleri sayfalarına, ekranlarına taşıması elbette doğal bir sonuçtur. İnsanlar sağlık alanı ile yakından ilgilidir ve bu konudaki haber ya da yorumları yakından takip ederler (36). 1997’de ABD’de 2256 deneğin kullanıldığı ulusal bir araştırmada, katılanların %50’sinin orta, %25’inin önemli derecede medyada yer alan sağlık haberlerine güvendiği; tıbbi haberleri %40 oranında televizyon, %36 oranında hekimler, %35 oranında dergiler ve %16 oranında ise gazetelerden aldıkları ortaya çıkmış. Deneklerin %58’i bu haberler sonucu önlem aldıklarını, davranış değiştirdiklerini, %42’si ise daha çok bilgi almak için doktora başvurduklarını ifade etmişlerdir (37). Dünyanın her yerinde olduğu gibi, Türkiye’de de insanlar, sağlıkları ile ilgili her tür konuda daha fazla bilgi sahibi, sorunlarına çözüm bulmak, yaşadıkları ya da yaşayabilecekleri sağlık sorunlarını yakından tanımak ve anlamak çabasındadırlar. Bu amaçla da medyayı daha fazla kullanma eğilimindedirler. Bu talebin ve ilginin farkında olan medya da konuya ilişkin her türlü bilgiyi ve bilgi vereni kendisi için iyi bir malzeme olarak değerlendirmektedir. Ancak ülkemizde bu durum özellikle son 10 yıldır abartılı düzeylerde yaşanmaya başlamıştır. Kamuoyunda sağlık haberlerine yönelik yoğun bir ilgi ve talep yükselişi bulunmakta, medya bu ilgiyi kendi lehine çevirmeye çalışmakta ve tıp dünyası da bundan payına düşeni olumlu ya da olumsuz boyutları ile almaktadır. Sorun da büyük oranda burada başlamakta, medya ve tıp alanları her geçen gün birbirlerine daha fazla eklemlenmekte, dolayısıyla etik boyutları ile de tartışılır hale gelmektedirler (36). Çalışmamızda hekimlere yöneltilen “Medya ve sağlık çalışanları açısından bakıldığında, medyaya bakışınız ne şekildedir?” şeklindeki soruya ankete katılan hekimlerin %60.5’i “Medya acımasız ancak doktorlar da kusurlu olabilir. Medyanın bu konuda ayırımı objektif yapması gerekir” cevabını vermiştir. Ocaktan ve ark. (18) yaptıkları çalışmada ise

hekimler aynı soruya %82.1 gibi yüksek bir oranda “Medyanın tutumunu olumsuz, abartılı ve acımasız buluyorum” şeklinde yanıtlamışlardır. Hekimler tarafından sağlık habercisine yöneltilen eleştiriler; yeterince araştırılmadan malpraktis gibi yansıtılan, rutin uygulamada olan girişimlerin yeni bir buluşmuş gibi yansıtan, hastalıkların tedavisinde hastaları bahsi geçen hekime yönlendirme amacını taşıyan, sonuçlanmamış araştırmaları kamuoyuna duyurarak hastalarda düş kırıklığı yaratan, alternatif tıp yöntemlerini öne çıkaran haberler, hastanın görülmeden teşhis konduğu televizyon programları ve gazete köşe yazıları ve konu içeriği ile bağdaşmayan, sansasyonel başlıklar olarak özetlenebilir. Hekimlerin de ticari kaygılara yönelik bir çaba ile medyayı kullanması, kişisel ya da kurumsal reklamlarını yapmaları da aynı ilke ve değerler açısından bakıldığında yine yanlıştır (36). Türkiye Gazetecileri Hak ve Sorumluluk Bildirgesi (1998) ulusal bir kaynak olarak, habercilik etkinliğinin kural ve ilkelerini belirleyen bir belgedir. Konumuz sağlık olduğundan bildirgenin sağlıkla ilgili hükümlerine göz atacak olursak şu temel ilkelerin getirildiği anlaşılmaktadır;

- Sağlık konusunda sansasyondan kaçınılmalı, insanlara umutsuzluk veya sahte umut verecek yayın yapılmamalıdır. İlaç tavsiyesinde mutlaka uzmana danışılmalıdır.
- Hastanelerde araştırmalar yapan, bilgi ve görüntü almaya çalışan gazeteci, kimliğini belirtmeli ve girilmesi yasak olan bölümlere ancak yetkililerin izniyle girmelidir.
- Yetkilinin, hastanın veya yakınının izni olmaksızın hastane ve benzeri kurumlarda hiçbir yolla ses ve görüntü alınmamalıdır (38).

Anketimize katılan hekimlerin %23.8’i meslek hayatı boyunca hasta hakları konusunda şikayet edildikleri, %76.2’si ise şikayet edilmedikleri yönünde bildirimde bulunmuştur. Şikayet edilme ile hekim yaşı, hekimlik süresi ve bir günde bakılan hasta sayısı arasında doğru, hastaya ayrılan süre ile arasında ise ters orantı olduğu görülmüştür. Bir günde baktıkları hasta sayısı daha fazla ve bir hasta için ayırdıkları süre daha az olarak tespit edilen Devlet Hastanelerinde ve SB Eğitim Hastanelerinde şikayet edilme oranı, bu sayı ve

sürenin hasta ve doktor lehine daha kabul edilebilir olduğu Üniversite Hastanesi ve Özel Hastanelere göre daha yüksek olduğu saptandı. Ocaktan ve ark. (18) çalışmasında, şikayet edilen hekimler (%40.8) bizim çalışmamıza göre daha yüksek oranda bulunmuştur.

Yücel ve ark. (39) yaptıkları araştırmada, İstanbul Tabip Odası'nın 1982-2001 yılları arasındaki hekimlik uygulamaları ile ilgili şikayetler ve sonuçları incelenmiştir. 20 yıllık süre içinde hekimlerle ilgili 1525 başvuru değerlendirmeye alınmıştır. Burada ilk 16 yıllık dönem içinde 569 (%37.3) olan başvuru sayısının son 4 yıllık zaman dilimi içinde 956 (%62.6) olduğu, başka bir deyişle, 16 yıllık dönemde yıllık ortalama 35 olan başvuru sayısı, son 4 yıllık dönemde 7 kat artarak, yıllık ortalama 239'a ulaşmıştır. 20 yıllık periyot içinde 1525 başvurunun büyük bir kısmının (n=570, %37.4) hasta haklarını ihlal etmek ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu 570 başvurunun 457 tanesine işlem yapılmasına gerek görülmemiş, 37 hekime uyarma, 13 hekime para ve 63 hekime de geçici olarak meslekten alıkoyma cezaları verilmiştir. Hasta haklarını ihlal etmek kapsamında, tıbbi hata ve/veya ihmalde bulunmak (tüm başvuruların %72.1'i) ve gerçek dışı rapor ve/veya belge düzenlemek (tüm başvuruların %10.7'si) konuları değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 10/02/2004 ve 07/02/2005 tarihleri arasında hasta hakları kurullarında görüşülen, sağlık personeli hakkında yapılmış 1867 başvurunun incelenmesinde, bu başvuruların %55'inin uzman hekim, %5'inin pratisyen hekim, %3'ünün asistan ve %2'sinin baştabip ve yardımcıları hakkında yapılmış olduğu saptanmış. Başvuruların daha çok poliklinik (%38) ve klinik (%17) hizmetlerinden kaynaklandığı görülmüş. Tüm sağlık personeli ele alındığında, başvuruların değerlendirilmesi sonucunda, başvuruların %19'u çalışanın aleyhine sonuçlanmıştır (40).

6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak hazırlanmış olan hekimlik meslek etiği genel kural ve ilkelerine göre, hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek

uygulanması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izlemek zorundadır. Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir. Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür. Hekim, mesleğini uygularken, sır saklama, mesleği ne olursa olsun acil durumlarda müdahale etme, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurma gibi yükümlülükleri yerine getirir. Hekimlik meslek etiği kurallarının hekim – hasta ilişkileri ile ilgili maddelerine baktığımızda; hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme ve bilgilendirilmeme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı, vb hasta haklarına saygı göstermek zorundadır. Hekim belli şartlara uymak koşulu ile hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Hekim, hasta dosyalarındaki belgelerin örneklerini istediği takdirde hastaya vermelidir. Hekim Meslek Etiği Kuralları'na baktığımızda, genel kural ve ilkeler ve hekim – hasta ilişkileri bağlamında Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ayna görüntüsü olduğunu ve tamamen paralellik gösterdiğini söyleyebiliriz (41).

Yeni ceza yasası yeni kavram ve kurumları ile tüm kamu görevlileri gibi sağlık mesleği mensupları ve hekimlerimize de ağır sorumluluklar yüklemektedir. Her tıbbi müdahale, kişinin vücut bütünlüğünü ve kendi geleceğini belirleme hakkını etkileyen bir davranıştır. Bir tıbbi müdahale kişide kalıcı değişiklikler oluşturabileceği gibi, özgürlüğünün kısıtlanmasına ve hatta ölümüne bile neden olabilir. Bu tıbbi müdahale sonucunda oluşan olumsuz etkiyi, kasıtlı yaralama veya öldürme çerçevesinden çıkaracak olan uygulamaları hekimler çok iyi bilmek zorundadırlar. Özellikle Ceza Hukuku açısından hekimlik mesleğini içerisine alan, özel kanun maddeleri mevcut değildir. Bu nedenle hekimler uyguladıkları tıbbi müdahaleler sonucunda oluşan istenmeyen durumlarda sorumlu olmamak için yaşadığı toplum

düzenini sağlama amacı ile oluşturulmuş Ceza Kanunlarının felsefesini çok iyi anlamak zorundadır. Zaman zaman hekim arkadaşlarımız meslekten men yetkisinin TTB yerine hakime verilmesini ve kendilerinin şoförlerle bir tutulmasını eleştirmektedirler. Bu düşünceyi destekleyen Cunningham'ın (42) çalışmasında, tıbbi şikayetlerin kanun önünde çözülmesi fikrine hekimlerin %88.5'u katılmamış, hekimlerin %85.4'ü bu şikayetlerin, konusunda uzmanlaşmış kişilerden oluşan bir heyet tarafından çözülmesi gerekliliğini savunmuşlardır.

Yeni ceza yasasında dört tür kusurluluk hali düzenlemiştir. Bunlar; kast, olası kast, taksir ve bilinçli taksirdir. Çalışma ortamlarına baktığımızda oldukça yoğun çalıştıkları görülen hekimlerimizin, elbette büyük çoğunlukla mesleğin etik kuralları çerçevesinde görev yapmaları nedeni ile uygulamada doğrudan kast yada olası kastla suç işlenmesi durumuyla çok seyrek karşılaşmaktadır. Yeni ceza yasasında hekimlerimiz açısından eski yasaya oranla daha geniş sorumluluklar ön görüldüğünden belki biraz daha fazla olası kastla işlenen suçlarla yüz yüze kalabiliriz. Ancak her şeye rağmen çoğunluğu, tıp mesleğinin riski ve zorlukları gereği taksirli suçlar oluşturacaktır (43,44).

Taksir dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranarak bir suçun işlenmesi halidir. Yeni ceza yasamızın 22. maddesinde düzenlenmiştir. 85. madde de taksirle öldürme ve 89. madde de taksirle yaralama fiilleri hüküm altına alınmıştır. Yeni ceza yasasının taksirli suçlar bakımından önemli bir farklı yanı vardır. Eski yasada mevcut olan oranlı kusur belirlenmesi yeni yasada artık yoktur. Bundan böyle bilirkişilerin raporlarına göre kişinin kusurluluğu ve kusurluluğun oranı yargıç tarafından belirlenecektir. Yeni cezanın eski yasadaki önemli bir farkı da temel cezanın belirlenmesinde cezanın alt sınırının altına inilmeyeceğine dair kuraldır. Yeni TCK 'da eski yasada olduğu gibi bilinçli taksir kurumuna yer verilmiştir. Yasanın tanımına göre kişinin ön gördüğü neticeyi istememesine karşın neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır. Sağlık mesleği mensuplarının esas olarak bilinçli taksirle hareket ettiğini düşünmemek gerekmektedir. Ancak elbette

istisnalarda olabilir, olacaktır. Bilinçli taksir basit taksire oranla daha ağır cezayı gerektirir. Önemli bir fark, kişinin basit taksirli suçtan işlediği suç hakim takdiri ile para cezasına çevrilebilirken, bilinçli taksir ile işlenen suçun cezası paraya çevrilemeyecek ve ertelenemeyecektir. Basit taksir ile bilinçli taksir arasındaki çok önemli bir fark da bilinçli taksirli yaralama kamu davasını gerektirmesine rağmen her türlü basit taksirli yaralama halleri şikayete bağlı tutulmuştur (43,44).

Sağlık mesleği mensubu ve özellikle hekimlerimiz açısından üzerinde özenle durulması gereken en önemli konu yeni yasayla getirilen yeni bir hüküm olan yasanın 83. maddesinde düzenlenen kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi ve 88. maddede düzenlenen kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi suçlarıdır (43,44).

İnsan üzerinde deney, ceza yasamızda yeni hükümlerden biridir ve yasanın 90. maddesinde düzenlenmiştir. On sekiz yaşından küçük ve büyük insanlar üzerinde deney, 90. maddede açıklanan kurallar içinde yapılması halinde ceza söz konusu değildir. Yine yeni yasamızda yeni bir suç tipi ile karşı karşıyayız. Yeni yasanın 91. maddesinde, hukuka aykırı olarak kişilerden organ ve doku alınması ile organ ve doku ticareti fiilleri, suç olarak tanımlanmıştır (43,44).

Hekimlerimizle doğrudan ilgili bir hüküm olmamasına rağmen dolaylı olarak ilgili ve eski ceza yasamızda karşılığı olan bir suç tipi 98. maddede düzenlenmiştir. Buna göre yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla yada başka her hangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların el verdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi cezalandırılacaktır. 99. maddede çocuk düşürtme ile ilgili, 101. madde de ise kısırlaştırma ile ilgili yaptırımlar ortaya konulmuş ve verilen cezalar ağırlaştırılmıştır (43,44).

Yeni ceza kanununun 250. maddesinde düzenlenen irtikap suçu kamu

görevlisinin görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak sureti ile kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi zorlama suçudur. Bu itibarla kamu sektöründe çalışan hekimlerin bıçak parası adı altında menfaat sağlamaları yeni ceza yasasında da yer alan ve hapis cezası öngörülen suç niteliğindedir (43,44).

Yeni ceza yasasının 257. maddesinde eski yasadan farklı olarak görevi kötüye kullanma ve görevi ihmal suçları tek bir madde altında toplanmıştır. Örneğin hastaneye gelen hastasını kendi muayenehanesine gelmesi gerektiğini hissettirecek nitelikte ancak zorlayıcı nitelikte olmayan davranışlarda bulunan ve/veya hileli davranışlar kullanan hekim 257. madde gereğince cezalandırılacaktır (43,44).

Kamu görevi nedeni ile kendisine verilen ve aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri kararları ve emirleri açıklayan, yayınlayan ve başkalarının bilgi edinmesini kolaylaştıran kamu görevlisi 258. madde gereğince cezalandırılacaktır. Hekim ile hasta arasındaki ilişkinin ve bu ilişki sebebi ile öğrenilen her türlü bilginin, hastanın mahremiyetine saygı bakımından gizli olduğu kabul edilmektedir. Bu suça verilecek ceza yeni ceza yasasında “meslek sırrını ifşa” başlığı altında 136 ve 137. maddelerinde düzenlenerek, eski yasaya göre ağırlaştırılmıştır. 285. madde gereğince ise hazırlık soruşturması aşamasına rapor vererek yada bilirkişi olarak katılacak hekimler yaptıkları iş nedeni ile öğrendikleri bilgileri aleni hale getirmeyecekler ve başkalarına açıklamayacaklardır (43,44).

Yasanın 279 ve 280. maddelerinde kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini görevi ile bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden ve bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisinin cezalandırılacağı belirtilmektedir (43,44).

Yine ceza yasamızın yeni maddelerinden biri olan 287. maddede, yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın kişiyi genital muayeneye gönderen

veya bu muayeneyi yapan failin cezalandırılacağı belirtilmektedir (43,44).

Çalışmamızda yaş ve meslek süresi fazla olan hekimler ile uzman hekimlerin Hasta Hakları Yönetmeliği, Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği ve Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları yönünde görüş bildirmelerini mesleki tecrübe ile birlikte yasa ve yönetmelikler hakkında bilgi sahibi olunması gerekliliği hususunun daha iyi anlamaları ile açıklayabiliriz. Ayrıca buradan çıkarılması gereken bir sonuç da, araştırma görevlilerinin eğitim sürecinde yasa ve yönetmelikler hakkında bilgi verilmesinin gerekli olduğudur.

Hukuk; işlerin çokluğu, hasta yoğunluğu, eğitim eksikliği, bunun böyle olabileceğini bilmiyordum gibi mazeretleri belki temel cezanın belirlenmesi, şartları varsa cezaların paraya çevrilmesi yada tecil edilmesi konularında kabul edebilecek, ancak cezalandırma açısından bu gibi mazeretleri geçerli saymayacaktır. Bu sorumlulukların altından kalkılabilmemesinin en önemli anahtarı öncelikle tüm sağlık mesleği mensuplarının sorumlulukları ve görevleri hakkındaki yasal düzenlemeleri en ince ayrıntılarına kadar öğrenmeleri, mesleklerinin hassasiyeti oranında iş ve eylemlerinde yüksek düzeyde alacakları eğitimden kaynaklanan bilgi ve tecrübeyi en dikkatli ve duyarlı biçimde hayata geçirmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde bilgisizliğin, tecrübesizliğin, dikkatsizliğin yol açacağı sonuçlarla birçok hekimimiz ve sağlık mesleği mensubumuz belki de çoğu zaman hak etmedikleri yaptırımlarla karşı karşıya gelebileceklerdir (43).

Bursa Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde ulaşabildiğimiz tüm uzman hekim ve araştırma görevlilerine yaptığımız bu anket çalışmasında, belki de hekimlerin çalışma şartlarının ağırlığından kaynaklanan yoğunluk nedeniyle katılımlarının düşük olmasına rağmen, 485 kişilik bir hekim grubu ile çalışmayı bitirerek, Bursa'daki hekimlerin hasta hakları ile ilgili tutumlarını yansıttığımızı düşünüyoruz. Yaptığımız çalışmada sonuç olarak; çalıştıkları kurum ve unvanlarına göre farklılıklar olsa da genelde tüm hekimlerin, hasta haklarına

saygılı ve özellikle hastanın bilgilendirilmesi, hekimini seçebilmesi ve mahremiyeti konusunda duyarlı olduklarını gördük. Anketimize katılan hekimlerin büyük kısmı, doğru olsun ya da olmasın, hekim hataları ile ilgili konuları kamuoyuna yansıtırken medyanın objektif olmasından yana tutum sergilemiştir. Anketimize katılan hekimlerin büyük bir kısmı meslek süreleri boyunca, hasta hakları konusunda şikayet edilmediklerini söylemişler, bu konuda şikayet alan hekimlerin de, bir günde baktıkları hasta sayısı arttıkça ve hastaya ayrılan süre azaldıkça şikayet edilme oranlarının arttığı görülmüştür. Çalışmamızda ayrıca, meslek sürelerine ve unvanlarına göre farklılıklar olsa da hekimlerin kendilerini, Hasta Hakları Yönetmeliği, Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği ve Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında yeterince bilgili olmadıklarını düşündüklerini tespit ettik. Tüm bu bulgulara göre, hekimlerimizin çalışma şartlarının iyileştirilmesi, hastalara daha fazla zaman ayırması için gerekli önlemlerin alınması, eğitim ve meslek hayatları boyunca, hasta ve hekim hakları ve de bu konuda meydana gelecek olumsuzluklar sonucu ortaya çıkacak yaptırımlar konusunda bilgilendirilmesi ile hasta ve hekim memnuniyetinin daha üst seviyede olacağı bir sağlık sisteminin oluşacağına inanıyoruz.

EK 1

Hasta hakları tüm dünyada yaygın bir şekilde tartışılmaktadır. Bu anket çalışmasında Bursa Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde bulunan Tıp Fakültesi, Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanesi, Devlet Hastanesi ve Özel Hastanelerde bulunan, dahili ve cerrahi bilim dallarında çalışan uzman doktor ve uzmanlık öğrencilerinin hasta hakları hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Anket çalışmamıza zaman ayırdığınız ve katıldığınız için teşekkür ederiz.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: Erkek Kadın
- 3) Medeni haliniz: Evli Bekar Boşanmış Diğer
- 4) Çocuğunuz var mı?: Evet (lütfen sayı belirtiniz.....) Hayır
- 5) Şu anda bir hastalığınız yada hasta yakınınız var mı?: Evet Hayır
- 6) Tıp Fakültesinden mezuniyet yılınız:
- 7) Unvanınız: Uzman hekim (.....yıldır) Araştırma görevlisi (.....yıldır)
- 8) Uzmanlık alanınız: Dahili Bilimler Cerrahi Bilimler
- 9) Çalıştığınız Kurum: Devlet Hst. Sağlık Bakanlığı Eğitim Hst
 Üniversite Hst. Özel Hst.
- 10) Çalıştığınız kurumda günlük hasta sayınız:
- 11) Çalıştığınız kurumda haftalık poliklinik günü sayınız:
- 12) Çalıştığınız kurumda bir hasta için ayırabildiğiniz süre:

Aşağıdaki cümleleri okuyup, düşüncenizi yandaki seçeneklere göre belirtiniz	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Tamamen katılmıyorum
13) Polikliniğimize gelen hasta sayısı ve hasta başına ayrılan süre normaldir					
14) Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile, hasta dilediği sağlık kurumunu seçebilir					
15) Hasta istediği doktoru seçebilmeli ve doktorunu ismen bilmelidir					
16) Hasta, muayene bulguları konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir					

Aşağıdaki cümleleri okuyup, düşüncenizi yandaki seçeneklere göre belirtiniz	Hiç katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Tamamen katılıyorum
17) Hasta, tanısı konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir					
18) Hasta, hastalığının prognozu konusunda yeterince ve anlayacağı dilde bilgilendirilmelidir					
19) Hasta tedavisi konusunda bilgilendirilmelidir					
20) Hasta, tedavisinin riskleri konusunda bilgilendirilmelidir					
21) Hasta yapılan tetkikler ve uygulanan tedavinin maliyeti konusunda bilgilendirilmelidir					
22) Hasta hastalığı ile ilgili alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmelidir					
23) Hasta kendisine uygulanacak olan tedaviyi reddedebilmelidir					
24) Hasta istediği zaman, kendisine ait tıbbi belgelerin suretini alabilmelidir					
25) Hasta, hastalığı hakkında kendisine, yakınlarına bilgi verilmesini veya verilmemesini isteme hakkına sahiptir					
26) Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir					
27) Tıbbi müdahaleler sırasında hastadan veya veli/vasisinden izin alınmalıdır					
28) Hasta bilgileri ve tetkik sonuçları vb araştırmalarda kullanılacaksa hastadan yazılı izin alınmalıdır					
29) Bir araştırmaya denek olarak alınacak hastalardan yazılı izin alınmalıdır					
30) Hasta kendini güvenlikte hissetmediği durumlarda yardım isteyebilmelidir					
31) Hasta ve hekim gerekli gördüğü takdirde hastanın ötenazi hakkı olmalıdır					
32) Hasta ve yakınları organ ve doku bağıışı hakkında bilgilendirilmelidir					
33) Sağlık kurumunun imkanları dahilinde hastanın dini vecibelerini serbestçe yerine getirmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır					
34) Sağlık hizmetinde görevli tüm personel; hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik ve şefkatli davranmalıdır					
35) Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları olmalıdır					
36) Hekim veya hekim yakını, hasta olarak başvurduğunda muayene için normal hasta sırasında bekletilmelidir.					
37) Hasta Hakları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim					
38) Hekim Etik Kuralları Yönetmeliği hakkında bilgi sahibiyim					
39) Yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimlik pratiği ile ilgili maddeleri hakkında bilgi sahibiyim					

40) Hasta hakları dendiğinde, sizin için en önemli olan 3 maddeyi belirtiniz (yukarıdaki maddeleri göz önüne alarak sadece madde numarasını belirtmeniz yeterlidir):

-
-
-

41) Sizce hasta hakları yönünden öncelik taşıyan hasta grupları var mıdır: Evet Hayır

42) 41. soruya cevabınız “Evet” ise öncelik taşıyan hasta gruplarını yazınız (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- Yaşlı hasta Acil vaka
- Engelli hasta Adli vaka

43) Hasta hakları ile ilgili eğitimi nerede aldınız: Tıp Fakültesindeyken derslerden Mezuniyet sonrası eğitimlerden Medyadan Çevremden

44) Medya ve sağlık çalışanları açısından bakıldığında, medyaya bakışınız ne şekildedir:

- a) Medyanın tutumunu olumsuz, abartılı ve acımasız buluyorum
- b) Medya acımasız ancak doktorlarda kusurlu olabilir. Medyanın bu konuda ayırımı objektif yapması gerekir.
- c) Medya doğruları gösteriyor ve uyarıcı, denetleyici görevini yerine getiriyor. Tıp ve hekim hataları affedilemez.

45) Meslek hayatınız boyunca hasta hakları konusunda hiç şikayet edildiniz mi?: Evet Hayır

46) Şimdiye kadar, sizin veya yakınlarınızın, hasta olarak başvurduğu kurumlarda, hasta hakları konusunda şikayeti oldu mu?: Evet Hayır

47) 46. soruya cevabınız “Evet” ise problem yaşadığınız kurumu belirtiniz:

- Devlet Hst. Sağlık Bakanlığı Eğitim Hst
- Üniversite Hst. Özel Hst. Sağlık ocağı

KAYNAKLAR

1. Atıcı E. Erişkin lösemili hastalarda hasta-hekim ilişkisinin tıp etiği ilkeleri açısından incelenmesi (Doktora Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2005.
2. Aydın E. Tıp etiğine giriş. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2001.
3. Kaymakçı M. Hasta hakları ve sorumlulukları. TC Sağlık Bakanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/haksor.htm> Erişim tarihi: 10/09/2006.
4. Arda B. Tıp etiği açısından insan hakları. Erdemir AD, Öncel Ö, Aksoy Ş (edr). Çağdaş Tıp Etiği. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2003. 41–52.
5. Özlü T. Hekiminizi nasıl alırdınız? İstanbul: Kaknüs Yayınları; 2003.
6. Görkey Ş. Hasta hakları. Hatemi H, Doğan H (edr). Medikal Etik-Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Mediko-Legal), cilt IV. İstanbul: Yüce Yayım; 2003. 100–126.
7. Sert G. Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde Hasta hakları. İstanbul: Babil Yayınları; 2004.
8. Aydın E. Hasta hakları ve tarihsel gelişimi. TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi Hasta Hakları Hizmet İçerik Kitabı. Yalova. 2004.
9. Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. Tıp etiği ışığı altında hasta ve hekim hakları. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi; 2000.
10. Yalvaç G. Karşılaştırma tablolulu Yeni Türk Ceza Kanunu ve ilgili mevzuat. Ankara, Adalet Yayınevi, 2004.
11. 23420 sayılı Resmi Gazete, 1 Ağustos 1998.
12. Önal E, Tümerdem Y. Hasta hakları, sağlık hakkı ve tıp etiği intörnlere yönelik bir anket bağlamında. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 1999;7:72–77.
13. Özdemir H, Ergöner AT, Sönmez E, Can İÖ, Salaçin S. The approach taken by the physicians working at educational hospitals in İzmir towards patient rights. Patient Educ Couns, 2006;61:87-91.
14. Kılıç C, Güven T, Ataç A. Aydınlatılmış onam kavramı ve ülkemiz yasaları ile tıp uygulamalarındaki yeri. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt II; 2003. 844–850.
15. Carmen MG, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: A review. The Oncologist, 2005;10:636-641.
16. Çoltu A, Erdemir AD, Durak D. Cerrahi müdahalelerde hasta onamının Adli Tıp ve Tıbbi Etik yönünden değerlendirilmesi. Hatemi H, Doğan H (edr). Medikal Etik-İlkeler ve Sorunlar cilt II. İstanbul, Yüce Yayım; 2000. 91–99.
17. Turla A, Karaarslan B, Kocakaya M, Pekşen Y. Hastalara yeterince aydınlatma yapıp yapılmadığı ve onam alınması durumunun saptanması. Türkiye Klinikleri Adli Tıp, 2005;2:33–38.
18. Ocaktan E, Yıldız A, Özdemir O. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışan sağlık personelinin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2004;57:129–137.
19. Günay Y, Elçioğlu Ö, Koç S. Hasta ve hekim hakları açısından hasta rızası. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2000;8:46–50.
20. Özdemir MH, Salaçin S, Ergöner A. Hasta Hakları Yönetmeliği ve hekim duyarlılığı. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2000;8:32–37.
21. Ataç A, Güven T, Uçar M, Kır T. A study of the opinions and behaviors of

- physicians with regard to informed consent and refusing treatment. *Mil Med*, 2005;170:566-571.
- 22.Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA*. 1995;274:820-825.
- 23.Şehiraltı M, Gündoğmuş ÜN. Etik ve yasal yönleriyle çocuklarda tedaviyi ret. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt II; 2003. 622–626.
- 24.Gülsoy R, Ataç A, Güven T. Gerçeği söylemenin istisnaları. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt II; 2003. 1044–1047.
- 25.Konishi E, Davis AJ. Japanese nurses' perceptions about disclosure of information at the patients' end of life. *Nurs Health Sci*, 1999;1:179–187.
- 26.Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nurs Ethics*, 2001;8:234-246.
- 27.Sert G, Görkey Ş. Hastanın tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı bağlamında beden mahremiyeti kavramı. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt II; 2003. 1022–1029.
- 28.Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: Privacy and confidentiality in emergency medicine Part I: Conceptual, moral and legal foundations. *Ann Emerg Med*, 2005;45:53-59.
- 29.Zencir GG, Erdal E, Zencir M. Hekim ve hemşirelerin hasta hakları konusunda tutumlarının incelenmesi. I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi, Kocaeli. Bildiri Kitabı; 1999. 105–113.
- 30.Gündüz T, Öner S, Çınar T, Din H. Hekimler ötenaziyi savunuyorlar mı? *Adli Tıp Bülteni*, 1996;1:82–88.
- 31.Ege B, Yemişçigil A, Aktaş EÖ. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, Antalya. Poster Sunuları Kitabı; 1995. 183–189.
- 32.Sözen Ş, Arıcan N, İnce N, Fincancı ŞK. Ötenazi: Bir etik sorun. I. Adli Bilimler Kongresi, Adana. Kongre Kitabı; 1994. 61–65.
- 33.Günaydın G, Demireli O, Şahin T, Demirci Ş. Hekimlerin ötenaziye yaklaşımları: Bir anket çalışması. 8. Ulusal Adli Tıp Günleri, Antalya. Poster Sunuları Kitabı; 1995. 191-194.
- 34.Ryynänen OP, Myllykangas M, Viren M, Heino H. Attitudes towards euthanasia among physicians, nurses and the general public in Finland. *Public Health*, 2002;116:322-331.
- 35.Dickinson GE, Lancaster CJ, Clark D, Ahmedzai SH, Noble W. UK physicians' attitudes toward active voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. *Death Studies*, 2002;26:479-490.
- 36.Vural AM. Medya ve tıp etiği: Medyanın sağlıksızlaşması ve sağlığın medyatikleşmesi. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt II; 2003. 890–898.
- 37.Kocabıyık Z. Sağlık haberlerinde medyanın sorumluluğu. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt I; 2003. 228–232.
- 38.Demircan T. Hasta hakları açısından medya ve tıp etiği. Uluslararası Katılımlı III. Ulusal Tıp Etiği Kongresi, Bursa. Kongre Kitabı, cilt I; 2003. 215–222.
- 39.Yücel R, Şendağ N, Doğan İ. İstanbul Tabip Odası hekimlik uygulamaları

- 2001 istatistik yıllığı. Hatemi H, Doğan H (edr). Medikal Etik – İlkeler ve Sorunlar cilt IV. İstanbul, Yüce Yayım; 2003. 76–99.
- 40.TC Sağlık Bakanlığı hasta hakları uygulamaları istatistikleri. <http://www.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/istatistik.htm> Erişim tarihi: 10/09/2006
- 41.Erdemir AD, Elçioğlu ÖŞ. Tıp etiği ilkeleri ışığında hasta ve hekim hakları. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2000.
- 42.Cunningham W. New Zealand doctors' attitudes towards the complaints and disciplinary process. N Z Med J, 2004;117:1198.
43. Karabeyoğlu HÜ. Gerekçeli, açıklamalı Türk Ceza Kanunu; yeni yasalarla ilgili tanıtım semineri notları. TC Adalet Bakanlığı. <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/130.doc> Erişim tarihi: 10/09/2006.
- 44.Başkan T. Hekimlerin ceza hukuku karşısındaki tutumları. Çetin G, Yorulmaz C (edr). Yeni yasalar çerçevesinde hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğu, tıbbi malpraktis ve adli raporların düzenlenmesi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:48. 2006. 9–30.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yakın ilgi ve desteklerini esirgemeyen, mesleki tecrübe ve bilgilerinden her zaman yararlanma olanağı bulduğum saygıdeğer hocalarım Prof Dr Atınç ÇOLTU ve Prof Dr Dilek DURAK'a, tezimin hazırlanmasında büyük ilgi ve katkıları olan Doç Dr Recep FEDAKAR'a en derin saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr Ahmet Hüsamettin AYDINER

ÖZGEÇMİŞ

1972 yılında Berlin’de doğdum. İlk öğrenimimi Kütahya Uygulama İlkokulu ve Bursa Ziya Gökalp İlkokulu’nda, orta öğrenimimi Bursa Cumhuriyet Lisesi’nde ve lise öğrenimimi Bursa Demirtaşpaşa Endüstri Meslek ve Teknik Lisesi Elektrik Bölümü’nde tamamladım. 1990 yılında başladığım Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden 1997 yılında mezun oldum. 1998-2002 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi ve Uludağ Üniversitesi Mediko Sosyal ve Psikolojik Danışma Merkezlerinde pratisyen hekim olarak çalıştım. 2002 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı’nda uzmanlık eğitimime başladım. Halen bu bölümde eğitimime devam etmekteyim.