

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



HASTA HAKLARI KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

NURİYE GÜNEY

DANIŞMAN

Prof. Dr Gencay ŞAYLAN

LEFKE 2013

LEFKE AVRUPA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HASTA HAKLARI KONUSUNDA BİR
ARAŞTIRMA**

NURİYE GÜNEY

DANIŞMAN

Prof. Dr Gencay ŞAYLAN

LEFKE 2013



İntihal Farkındalık Bildirimi

Öğrenci Adı & Soyadı: Nuriye GÜNEY

Öğrenci Numarası: 110009

Programı:

Tezsiz Y.Lisans

Tezli Y.Lisans

Doktora

Bu lisansüstü çalışmanın (tez) yazımında kendime ait olmayan düşünceleri ve ifadeleri tırnak içinde alıntı yaparak ve kaynak göstererek kullandığımı, aksi takdirde bunun intihal, intihalin de disiplin soruşturması sonucunda Üniversite'den uzaklaştırma ve diğer hukuki sonuçları olduğunun farkında olduğumu bildiririm.

Nuriye GÜNEY
(İmza)

TEZ MERKEZİ TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

| | |
|----------------------------------|---|
| Referans No | |
| Yazar Adı / Soyadı | NURİYE GÜNEY |
| Uyruğu / T.C. Kimlik No | KKTC- 177503 |
| Telefon / Cep Telefonu / e-Posta | 03922282052/05338630369 |
| Tezin Dili | Türkçe |
| Tezin Özgün Adı | Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti' nde Bir Hastaneden Taburcu Olan Hastaların Hasta Hakları Üzerine Bilgi Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma |
| Üniversite | Lefke Avrupa Üniversitesi |
| Anabilim Dalı | İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi |
| Tez Türü | Master |
| Yılı | 01-2013 |
| Sayfa | 107 |
| Tez Danışmanı | Prof Dr Gencay ŞAYLAN |

HASTA HAKLARI KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

Tezi Hazırlayan: Nuriye GÜNEY

Özet

Hasta hakları kişilerin; hasta olmadan önce, hastalandıkları zaman yararlanacakları ulaşılabilir yeterli ve etkin sağlık hizmetinin önceden bulunuyor olmasını, hastalandıklarında ya da sağlıklılık halini kaybettiklerinde bir sağlık kurumunda yetkin ve standart bir sağlık hizmeti almalarını, hastalıkların insanlarda bıraktığı kalıcı olumsuzluklarla birlikte yaşayabilmek için gerekli olan hizmetlerden yararlanmalarını ifade eder.

İnsan haklarının tıp alanındaki bir yansıması olarak ele alınan hasta hakları, Dünya’da ve Türkiye’de yeni gelişmekte olan bir kavram olmakla birlikte Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde henüz mevzuat düzeyinde bile ele alınmayan bir kavram olmasından dolayı bu araştırmanın konusu K.K.T.C’de hasta hakları olarak seçilmiştir.

Bu araştırmanın amacı, hastalar arasında hakları konusunda farkındalık yaratmak, ülkemizde hasta hakları bilincinin oluşturulması ve yaygınlaştırılması için neler yapılması gerektiği ile ilgili bazı sonuçlara ulaşmak ve ülkemizde bu konuda yapılmış olan çalışmaların sınırlı olmasından dolayı ileride konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmalara kaynak oluşturmaktır.

Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’ndeki hasta potansiyeli, örneklemini ise K.K.T.C’de bir hastaneden 21/11/2012-21/12/2012 tarihleri arasında dahiliye, koroner, beyin cerrahisi, ortopedi, göz, KBB, kadın doğum, üroloji, nöroloji, kalp damar cerrahisi, hemodiyaliz, intaniye, göğüs, onkoloji, hematoloji kliniklerinde yattıktan sonra taburcu olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya 110 hasta katılmıştır. Veri toplama aracı olarak 3 bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyodemografik

verilere, ikinci bölümün A kısmında katılımcıların hasta hakları uygulamaları hakkında bilgi düzeyleri ve uygulamaya yönelik görüşlerine, B kısmında katılımcıların hizmet aldıkları hastanede hasta hakları uygulamalarına ne derece riayet edildiği konusundaki değerlendirmelerine, üçüncü bölümde ise katılımcıların hasta hakları uygulamalarına yönelik genel bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulardan oluşan anket kullanılmıştır. Anket toplam 43 sorudan oluşmaktadır. Araştırma verilerinin analizi için SPSS bilgisayar programında frekans, yüzde gibi tanımlayıcı istatistikler ve Chi-Square testi uygulanmıştır.

Verilerin analizi sonucunda K.K.T.C' de kişilerin hasta hakları ile ilgili bilgi düzeylerinin oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Haklar, İnsan Hakları, Hasta, Hasta Hakkı, Hastaneler.

STUDY OF PATIENT RIGHTS

Thesis Author: Nuriye GUNEY

ABSTRACT

Patient rights of people mainly refer existence of adequate health services when they become sick(ill) or when some deterioration occurs. In addition to that, they also refer permissions of conditions for the maintenance of life when adverse effects on the health of patient.

Patient's rights law is intended to secure good medical practice, but it can also serve to improve understanding between patient and medical staff if both were aware of their rights.

Patient rights that could be considered as the reflection of human rights have been developed in the world and as well as in Turkey. However, this issue has not been regulated legislatively in TRNC and even it seems that the awareness level in this sphere is almost nil in our country.

The aim of this survey was to collect and prepare the data to raise and generalize the patient's rights in our country, and also to search what has been done and what could be done to have solid base to raise and generalize the patient's rights.

The target search population was TRNC patients potential and the search questionnaires was applied on 110 patients in one of the TRNC hospitals between the 21/11/2012-21/12/2012 in Internal diseases, Brain surgery, Neurology, Orthopedics, Hemodialysis, Hematoloji, chest, Heart diseases. And a data tool consisting on 3 parts of questionnaires was used.

The first part of the questioner consists on the data of socio-demographic. In second section part A consists data about the significantly elevated levels of patients view about their rights and about the practice of the rights, In part B the participants patients were asked for the assessment about the implementation of patient rights and respects about the patient rights in the hospitals they were treated, and in the part 3 general questions about the patients rights were asked to see the level of patients

about the rights. the questioner consists of 43 questions. The SPSS computer program for analysis ,frequency percentage descriptiv statistics method,and Chi-square were used in research data collection.

The results of the Data shows that Paitents in TRNC has very low level about their rights .

Key Words: Rights, Human Rights, Patient, Patient Rights, Hospitals.

ÖNSÖZ

Bu gün tüm gelişmiş ülkelerde sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta odaklı sağlık hizmet sunumunu sağlamaya yönelik hasta hakları uygulamaları başlatılmış ve bu doğrultuda Hasta Hakları Birimleri oluşturulmuştur. Kaliteli sağlık hizmeti alma hakkının tam olarak yerine getirilmediği durumlarda, hastaların öncelikli olarak kullanabileceği başvuru yollarından olan Hasta Hakları Birimleri; hastaların sağlık kurumları ve sağlık personeli karşısındaki edilgen konumunu güçlendirerek, değiştirecek; sağlık hizmetlerine hastaların daha aktif katılımını teşvik ederek, hastaların bilgilendirilmesini ve hizmetten tam olarak yararlanmalarını sağlayacaktır.

Sağlık çalışanı olarak, hastaların haklarını bilerek talep etmesini ve hasta hakları uygulamalarıyla topluma ve sağlık çalışanlarına benimsetilmeye çalışılan hasta hakları kültürünü destekliyor ve yapılan çalışmalarını ilgiyle takip ediyorum. Ancak ülkemizde bu konuda yapılmış çalışma sayısının çok az olduğunu ve halkın konuyla ilgili bilgi düzeyinin yeterli olmadığını gördüm. Bu nedenle araştırma konusu olarak hasta hakları konusunu seçtim.

Bu çalışmamın başlangıcından tamamlanmasına kadar her türlü desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Prof Dr Gencay ŞAYLAN ve öğrenimim boyunca desteğini eksik etmeyen değerli aileme şükranlarımı sunarım.

Nuriye GÜNEY

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

| | |
|---|------------|
| ÖNSÖZ | iii |
| ÇİZELGE VE ŞEKİLLER LİSTESİ..... | iv |
| KISALTMALAR DİZİNİ..... | vi |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. İNSAN HAKLARI..... | 5 |
| 2.1. İnsan Hakları Kavramı..... | 5 |
| 2.1.1. İnsan Haklarının Sınıflandırılması..... | 7 |
| 2.1.1.1. Birinci Kuşak İnsan Hakları (Klasik Haklar)..... | 7 |
| 2.1.1.2. İkinci Kuşak İnsan Hakları (Sosyo-Ekonomik Haklar)..... | 13 |
| 2.1.1.3. Üçüncü Kuşak Haklar (Dayanışma Hakları)..... | 15 |
| 2.1.1.3.1. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar | 16 |
| 2.1.1.3.2. Kadın Hakları..... | 17 |
| 2.1.1.3.3. Çocuk Hakları..... | 17 |
| 2.1.2. İnsan Haklarının Tarihsel Gelişimi..... | 18 |
| 3. SAĞLIK VE HASTA HAKLARI..... | 25 |
| 3.1. Hasta Hakları Kavramının Doğuşu ve Gelişimi..... | 29 |
| 3.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi..... | 32 |
| 3.3. Hasta Hakkı Tanımı..... | 38 |
| 3.4. Hasta Hakkının Amaç ve Kapsamı..... | 40 |
| 3.5. Hasta Hakları Kavramının Uluslararası Bildirge Ve Yönetmeliklerde Düzenlenişi..... | 41 |
| 3.5.1. Lizbon Bildirgesi..... | 42 |
| 3.5.2. Bali Bildirgesi..... | 44 |
| 3.5.3. Amsterdam Bildirgesi..... | 45 |

| | |
|--|----|
| 3.5.4. Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Oviedo)..... | 45 |
| 3.5.5. Roma Sözleşmesi (2002)..... | 46 |
| 3.5.6. Aydınlatılmış Onam..... | 48 |
| 3.5.7. Mahremiyet ve Özel Yaşama Saygı Hakkı..... | 52 |

4. HASTA HAKLARI KAVRAMININ TÜRKİYE VE KUZAY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ' NDEKİ GELİŞİMİ.....55

| | |
|---|----|
| 4.1. Osmanlı İmparatorluğu Ve Türkiye Cumhuriyeti Döneminde İnsan Hakları Anlayışının Gelişimi..... | 55 |
| 4.1.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi..... | 55 |
| 4.1.1.1. Tanzimat ve Islahat Fermanları..... | 55 |
| 4.1.1.2. I. Meşrutiyet Dönemi ve Kanun-i Esasi..... | 57 |
| 4.1.1.3. II.Meşrutiyet Dönemi..... | 58 |
| 4.1.1.4. 1921 Anayasası..... | 59 |
| 4.1.1.5. 1924 Anayasası..... | 60 |
| 4.1.1.6. 1961 Anayasası..... | 61 |
| 4.1.1.7. 1982 Anayasası..... | 62 |
| 4.2. Türk Hukukunda Hasta Haklarına İlişkin Düzenlemeler..... | 63 |
| 4.3. Hasta Hakları Yönetmeliği Uygulamaları..... | 71 |
| 4.4. Hasta Hakları Kavramının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti' ndeki Gelişimi..... | 73 |

5. ALAN ARAŞTIRMASI.....76

| | |
|--|----|
| 5.1. Gereç ve Yöntem..... | 76 |
| 5.1.1. Araştırmanın Amacı ve Türü..... | 76 |
| 5.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme..... | 76 |
| 5.1.3. Araştırmanın Yöntemi..... | 76 |
| 5.1.4. Güvenilirlik Analizi..... | 77 |
| 5.2. Bulgular..... | 77 |
| 5.2.1. Sosyodemografik Bulgular..... | 77 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.2. Hasta Hakları Farkındalığına Yönelik Elde Edilen Bulgular ve Analizleri..... | 80 |
| 5.2.3. Hasta Haklarının Ülkemizde Bir Hastanede Uygulanmasına Yönelik Elde Edilen Bulgular ve Analizleri..... | 81 |
| 5.2.4. Katılımcıların Hasta Hakları İşleyişi Hakkındaki Bilgileri..... | 83 |
| 6. DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 91 |
| KAYNAKÇA..... | 96 |

ÇİZELGE VE ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Çizelge 4.1. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Hasta Haklarının Genel Gidişi.... | 75 |
| Çizelge 5.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı..... | 77 |
| Çizelge 5.2. Katılımcıların Yaş Düzeylerine Göre Dağılımı..... | 78 |
| Çizelge 5.3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı..... | 79 |
| Çizelge 5.4. Katılımcıların Hasta Hakları Farkındalığına İlişkin Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı..... | 81 |
| Çizelge 5.5. Katılımcıların Hizmet Aldıkları Hastane' de Hasta Haklarına Ne Derece Uyulduğuna Dair Verdikleri Cevapların Dağılımı..... | 82 |
| Çizelge 5.6. Katılımcıların Hak İhlaline Uğradıklarında Hangi Merciyeye Başvuracakları Hakkındaki Bilgileri..... | 83 |
| Çizelge 5.7. Katılımcıların Şikayetlerini Hangi Merciyeye Yapacakları Hakkındaki Bilgilerinin Cinsiyet Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları..... | 84 |
| Çizelge 5.8. Katılımcıların Şikayetlerini Hangi Merciyeye Yapacakları Hakkındaki Bilgilerinin Yaş Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları..... | 85 |
| Çizelge 5.9. Katılımcıların Şikayetlerini Hangi Merciyeye Yapacakları Hakkındaki Bilgilerinin Eğitim Durumu Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları..... | 85 |
| Çizelge 5.10. Hasta Hakları İşleyişi Kakında Bilgi Sahibi Olma Durumu..... | 86 |
| Çizelge 5.11. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Cinsiyet Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları..... | 87 |
| Çizelge 5.12. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Yaş Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları..... | 87 |
| Çizelge 5.13. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Eğitim Durumu Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları..... | 88 |

| | |
|--|----|
| Çizelge 5.14. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgilerin Alınma Yolları..... | 89 |
| Çizelge 5.15. Tıbbi Muayene Ve Tedavileri Esnasında Hak İhlaliyle Karşılaşmalarına Rağmen Şikayet Etmeme Nedenleri..... | 89 |
| Şekil 5.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı..... | 78 |
| Şekil 5.2. Katılımcıların Yaş Düzeylerine Göre Dağılımı..... | 79 |
| Şekil 5.3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı..... | 80 |

KISALTMALAR DİZİNİ

K.K.T.C: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

KBB: Kulak Burun Boğaz

AGİK: Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

BM: Birleşmiş Milletler

UNESCO: United Nations Educational Scientific And Cultural Organization
(Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Teşkilatı)

NHS: National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmeti)

JCAH: Joint Commission on Accreditation of Healthcare (Hastane Akreditasyonu
Ortak Komisyonu)

NWRO: National Welfare Rights Organization (Ulusal Refah Hakları Örgütü)

AHA: Amerikan Hastaneler Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AMA: American Medical Association (Amerikan Tabipler Birliği)

VD: Ve Diğerleri

TDK: Türk Dil Kurumu

SABİM: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi

HASTA HAKLARI KONUSUNDA BİR ARAŞTIRMA

1. BÖLÜM

1. GİRİŞ

Hastalık hali, insanı zayıf düşüren bir durumdur ve hasta olarak tanımlanan insan bir başka insanın destek ve müdahalesine gereksinim göstermektedir. Her insanın bir gün karşılaşılabileceği bir durumdur. Hasta kişi, bedensel veya ruhsal rahatsızlıklarından dolayı diğer insanlara göre daha zayıf bir durumdadır. İşte bu durumdaki bir insanın hakkı olarak karşımıza çıkan hasta hakları kavramı, esas olarak insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uyarlanmasını ifade eden ve üçüncü kuşak insan hakları arasında sayılan hakları kapsamaktadır (İktisadi Kalkınma Vakfı, 1997, s. 3). En önemli hedefi, sağlık hizmetlerinin herkes için eşit düzeyde, ulaşılabilir ve sürekli olması ve insanların bunun bilincine varmış olmasıdır. Sağlık alanındaki bilimsel teknolojik gelişmeler ve yüksek teknolojiye dayalı sağlık hizmeti sunumu, insan hakları alanında sağlanan ilerlemeler ve bireye öncelik veren yaklaşımlar, sağlık sistemlerinden kaynaklanan olumsuzluklar, genel eğitim düzeyindeki iyileşmeler ve kitle iletişim araçlarının etkisi ile özellikle son elli yılda hasta hakları kavramını gündeme gelmiştir. Tıp bilimindeki bu hızlı gelişmeler bir takım hukuki sorunları da beraberinde getirmektedir. Yapılan yasal düzenlemeler ve hekimler açısından konulan etik kurallar ile hastalar korunmaya çalışılmaktadır.

Genel bir tanımlama ile hasta hakları kişilerin; hasta olmadan önce, hastalandıkları zaman yararlanacakları ulaşılabilir yeterli ve etkin sağlık hizmetinin önceden bulunuyor olmasını, hastalandıklarında ya da sağlıklılık halini kaybettiklerinde bir sağlık kurumunda yetkin ve standart bir sağlık hizmeti almalarını, hastalıkların insanlarda bıraktığı kalıcı olumsuzluklarla birlikte yaşayabilmek için gerekli olan hizmetlerden yararlanmalarını ifade eder. Hasta hakkı kavramının öznesi hasta olarak kabul edilen kişiler girmektedir. Hasta hakkı ile kişi hakkı birbirinden ayrılmaz. Demek ki hasta hakkı kavramı değerlendirilirken kişiler hukuku, medeni hukuk, borçlar hukuku vs. dan ayrı değerlendirilmemelidir. Hasta

hakkı kişinin hastalığı dönemi için geçerli bir kavram olmakla beraber hastalığın sona ermesi ile son bulmamaktadır. Mesela hastanın sırlarının hekim tarafından tedavi bittikten sonra da devam etmesi, sır saklama yükümlülüğü içinde oluşan bir güven unsurudur.

İnsan haklarının tıp alanındaki bir yansıması olarak ele alınan hasta hakları, Dünya’da ve Türkiye’de yeni gelişmekte olan bir kavram olmakla birlikte Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde henüz mevzuat düzeyinde bile ele alınmayan bir kavramdır. Kıbrıs Türk Tabipler Birliği’nin 2010 yılında yaptığı bir çalışma sonuçlarına göre sağlık hizmeti sunumunda sorunla karşılaşan ve hiç bir ilgili merciye başvurmeyen hastaların oranı %22, bu durumdan şikayetçi olan hastaların oranı ise sadece %2’dir (Kıbrıs Türk Tabipler Birliği, 2010). Bu oranın düşük olmasının sebebi Ülkemizde insanların hasta haklarıyla ilgili farkındalıklarının bulunmaması olarak gösterilebilir. Ayrıca yine Kıbrıs Türk Tabipler Birliği’nin 2011 yılında yaptığı diğer bir araştırmaya göre ise vatandaşların % 74 oranında bir kesiminin hasta haklarını savunacak bir kurumun mevcudiyetini bir ihtiyaç olarak gördüğünü göstermektedir. Ancak bu kesimin sadece % 29’u böyle bir kuruma üye olup, katkı yapabileceğini belirlemiştir. Böyle bir kurumu yararlı gördükleri halde üye olmayı düşünmeyenlerin oranı ise % 45’ tir. % 26’lık bir kesim ise böyle bir kurumun bir şey değiştirebileceğine hiç inanmamaktadır. Ayrıca yine aynı araştırmaya göre hekimlerin % 56’sı hekim haklarının, % 45’i ise hasta haklarının kötüye gitmekte olduğunu düşünmektedir. Hasta haklarında değişen bir şey olmadığına inananlar % 29.3, bazı konularda geliştiğine inanalar % 12 ve her konuda iyiye doğru gittiğine inanalar ise % 13,6’ dır. Tüm bunların nedeni hasta haklarının Ülkemizde yasayla temsil edilmemesi ve dolayısıyla hastaların hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarıdır. Bu bağlamda çalışmamızın amacı; hastalar arasında hakları konusunda farkındalık yaratmak, ülkemizde hasta hakları bilincinin oluşturulması ve yaygınlaştırılması için neler yapılması gerektiği ile ilgili bazı sonuçlara ulaşmaktır. Ülkemizde bu konuda yapılmış olan çalışmaların sınırlı olmasından dolayı ileride konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmalara kaynak oluşturmak ta bu çalışmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır.

Bu amaçlar doğrultusunda çalışmamız altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmanın gerekçesi açıklanarak konuya genel bir giriş yapılmış, ikinci bölümde insan hakları kümesi olan sağlık ve hasta haklarının tanımı, üçüncü bölümde hasta hakları kavramının kökeni, tarihsel gelişimi ile uluslararası belgelerde düzenlenmesi incelenecek, dördüncü bölümde hasta haklarının Türkiye'deki gelişim süreci kanun, tüzük ve yönetmelikler düzeyinde açıklanacak, Ülkemizdeki durumu ile Hasta Hakları Yasa Tasarısı'na değinilecek ve K.K.T.C'deki farkındalık düzeyini ölçmeyi amaçlayan bir alan araştırması sonuçlarına, beşinci bölümde araştırma gereç yöntemi ile ilgili bilgiler, anketten elde edilen bulgular altıncı ve son bölümde ise araştırma sonuçları doğrultusunda yorum ve değerlendirmelere yer verilecektir.

Betimsel Alan araştırması Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti' nde bir hastanede yatan hasta olarak hizmet aldıktan sonra taburcu olan hastalara yapılmıştır. Hastanenin yatak kapasitesi 450' dir. Bu çalışmada dahiliye, koroner, beyin cerrahisi, ortopedi, göz, KBB, kadın doğum, üroloji, nöroloji, kalp damar cerrahisi, hemodiyaliz, intaniye, göğüs, onkoloji, hematoloji kliniklerinden hizmet aldıktan sonra taburcu olan hastalara soru kağıdı uygulaması yapılmıştır.

Araştırmada gönüllülük esas alınmış yüz yüze görüşme yöntemiyle soru kağıdı doldurulmuştur. Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti' ndeki hasta potansiyeli, örneklemini ise K.K.T.C' de bir hastaneden 21/11/2012-21/12/2012 tarihleri arasında dahiliye, koroner, beyin cerrahisi, ortopedi, göz, KBB, kadın doğum, üroloji, nöroloji, kalp damar cerrahisi, hemodiyaliz, intaniye, göğüs, onkoloji, hematoloji kliniklerinde yattıktan sonra taburcu olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya rastgele seçilen 110 hasta katılmıştır.

Araştırmaya öncelikle konu ile ilgili yerli ve yabancı literatürün taranması ile başlanmıştır. Çalışmanın kuramsal alt yapısını oluşturan ve konuya temel olan insan hakları, sağlık hakkı ve hasta hakları gibi kavramlar tartışılmış ve böylece çalışmanın kuramsal çerçevesi ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Bu konuda kitaplar ve dergilerde yayınlanan makaleler gibi yayınların yanı sıra kurumsal internet sitelerinden

yararlanılmıştır. Konuyla ilgili yasal düzenlemeler çalışma metnine aktarılarak yorumlanmıştır.

2. BÖLÜM

2. İNSAN HAKLARI

2.1. İnsan Hakları Kavramı

Hak olgusu, insan hakları kavramıyla birlikte geliştiğinden, kullanıldığında ilk olarak insan haklarını akla getirir. Hak kavramı her çağ ve toplum tarafından farklı biçimlerde algılanmış, insanların tarih boyunca toplumsal yaşam içinde özgürlük alanlarını genişletme yönündeki sürekli mücadelelerinin bir sonucu olarak, hak ve özgürlük tanımı giderek gelişmiştir. Günümüzde ise artık toplumsal ve ulusal tanımlamaların ötesine geçerek evrensel bir boyut kazanmıştır (İktisadi Kalkınma Vakfı, 1997, s. 22).

Referanslarda sağlığa, insan haklarının kelime anlamı, *“kişinin sırf bir insan olduğu için sahip olduğu haklar”* dır (Donnelly, 1995, s. 19). İnsan olmak yaşamın bir parçası olarak bir takım hakların sahibi olmak demektir. İnsan hakları bireylerin ona göre hareket edebildikleri ve devletlerin yasa çıkardıkları ve yargılama yaptıkları ilkelerdir. Aynı zamanda insancıl iradelerin kendisine doğru yöneldiği değerlerdir. Değer olarak insan hakları kuşkusuz hiçbir zaman tümüyle ulaşılamayan, ancak toplum halindeki yaşama bir anlam kazandırmaya yetenekli, ideal bir ufuk oluşturur (Gülmez, 2001, s. 21).

İnsan haklarının kaynağı insanın ahlaki doğasıdır. Bunun ise, bilimsel olarak araştırılan ihtiyaçlara dayanan insan doğası ile ilişkisi çok zayıftır. İnsan haklarına sadece hayat için değil, onurlu bir hayat için ihtiyaç duyulur. Uluslararası insan hakları sözleşmelerinde belirtildiği gibi, insan hakları insan kişinin özündeki onurdan kaynaklanır. İnsan hakları ihlalleri bir kimsenin insanlığını inkâr eder fakat kişinin ihtiyaçlarını tatmin etmesini her zaman engellemezler. İnsan haklarına sağlık gereklerinden dolayı değil, onurlu bir hayat için, insana özgü değerli bir hayat için ihtiyaç duyulan şeylerden dolayı sahibizdir (Donnelly, 1995, s. 27-28). Örneğin konut hakkından mahrum bırakılan, seçme-seçilme özgürlüğü engellenen ya da seyahat özgürlüğü kısıtlanan insanların hayatları devam eder fakat bu ve benzeri durumlarda onurlu ve mutlu bir yaşamdan söz edilmez.

Herkesin aynı oranda mutlu olması mümkün olmadığından dengeli bir dağılım adına herkes için geçerli düzenlemeler ve bir takım sınırlamalar getirilmesi gereklidir. Kişi, toplum yaşamında vatandaş olarak kamu hayatına girdiğinden, bu niteliğiyle kamu hayatının düzenleyicisi olan devletin kanun ve nizamlarına tabidir. İyi işleyen bir demokratik rejimde yasalar, nelerin yasak olduğunu belirler ve bunu yaparken kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin özüne dokunmazlar. Bu aynı zamanda hukuk devletinin olmazsa olmaz koşuludur. Bireyin bu yasal çerçevede içinde söz konusu haklardan yararlanarak onları kullanması, kişi özgürlüğünün bir ifadesidir. Böylece, bireye tanınan temel haklar ve bireyin bunlardan yararlanma özgürlüğü, birbirini tamamlayarak insan haklarının temelini oluşturur. İnsan günlük yaşamında insan hakları ile iç içe yaşamaktadır. Özgür bir şekilde düşündüğünü söyleyebilmek, istediği yere gidebilmek, yerleşebilmek, diğer bireylerle ve devlet makamlarıyla olan ilişkilerinde insanca ve hakça muamele görebilmek, insanın günlük yaşamında farkına varmadan ve değerini bilmeden kullandığı ve yararlandığı haklardan örneklerdir (Mumcu, 1992, s. 7).

İnsanların bilinçli ya da farkına varmadan haklarını kullanabilmeleri, ancak insan haklarına saygıyla mümkün olur. İnsan hakları, sınırlama değil saygı olduğu zaman anlam kazanır. İnsan hakları, görüşme ve diyalog yoluyla bireysel ve sosyal uyumsuzlukların barışçı yoldan geride bırakıldığı bir birlikte yaşama olanak sağlar. Herkesin kişisel etiği ile sosyal ilişkilerini yöneten yasalar arasındaki ilişkiyi olanaklı ve gerçekleştirilebilir kılar (Gülmez, 2000, s. 22).

İnsan hakları diğer hak kategorilerinden bazı özellikleriyle ayrıştırılmaktadır. Bu özellikler şunlardır:

- *“İnsan hakları tanımı gereği evrenseldir: Bütün insanlar zamana ve mekâna bağlı olmaksızın insan haklarına sahiptir.*
- *İnsan hakları doğuştandır: İnsan hakları, insanların doğuştan sahip oldukları, insan kişiliğinden ayrılmaz haklardır.*
- *İnsan hakları toplum öncesidir: İnsanlar herhangi bir sosyal oluşumun üyeleri olarak değil, bundan da önce sırf insan olarak var oldukları için bu haklara sahiptirler.*

- *İnsan hakları mutlaktır: İnsan haklarının varlığı herhangi bir kayda veya şarta bağlanamaz. Hiçbir düşünce veya mülahazayla varlıkları inkâr edilemez, geçersiz kılınamaz.*
- *İnsan hakları vazgeçilmezdir: Kişiler insan haklarını sözleşmeyle başkalarına devredemeyecekleri gibi, bunlardan feragat de edemezler.*
- *İnsan hakları birey haklarıdır: İnsan haklarının öznesi hiç şüphe yok ki insan toplulukları değil, yalnızca birey olarak insandır.*
- *İnsan hakları çoğunlukla özgürlük haklarıdır: İnsan haklarının çoğu özgürlüğün açılımlarıdır.*
- *İnsan hakları temel haklardır: İnsan hakları temel haklardır; çünkü varlıkları egemenin iradesine bağlı değildir.*
- *İnsan hakları esas olarak devlete karşı ileri sürülen iddialardır: İnsan hakları pozitifdir ve esas hedefi kişileri devletin baskısından korumaktır. Bu çerçevede devletin insan haklarıyla ilgili olarak, tanıma, dokunmama, koruma ve temin/tedarik olmak üzere başlıca dört görevi vardır” (İnsan Hakları Başkanlığı, 2006, s. 40).*

2.1.1. İnsan Haklarının Sınıflandırılması

İnsan haklarının tarihsel sürecini ve toplumsal dinamiklerini daha iyi anlamak için sınıflandırılarak incelenmesi gerekir. Zaten tarihsel süreç içinde koşullara bağlı olarak farklı kategorilerde ilk ortaya çıkmaktadır. Bu güne kadar ortaya çıkan haklar kronolojik olarak aşağıdaki gibi gruplandırılmaktadır.

2.1.1.1. Birinci Kuşak İnsan Hakları (Klasik Haklar)

Klasik haklar ya da sivil haklar ve özgürlükler olarak da adlandırılan 17.-18. yüzyıl düşünürlerince dile getirilmiş, Amerikan ve Fransız Devrimleri ile büyük ölçüde uygulamaya geçirilmiştir. Klasik hakların arkasında, o dönemde ticaret yaparak zenginleşen yeni bir sınıf olan burjuvazi bulunmaktadır. İleri sürülen hak talepleri, ancak devrim niteliğinde bir toplumsal ve siyasal düzen değişikliği ile karşılanabilmiştir. Burjuvazinin elini kolunu bağlayan feodal düzen yıkılmış, kapitalizme geçiş sürecinde, eski egemen sınıf olan aristokrasi tasfiye edilmiştir (Uygun, 2000, s. 31-43).

İlk kez, burjuvazinin kendi sınıfsal çıkarlarını savunmak için, klasik hakları ileri sürmesi biçiminde ortaya çıkmış olsa da, insan hakları kuramı, çok uzun zaman

önce bu kökenden ayrılmış ve evrenselleşmiştir. John Locke birinci kuşak hakları “hayat” “özgürlük” ve “mülkiyet” olarak saymış, Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi’nin yazarlarından Thomas Jefferson (1743-1826) buna “mutluluğu arama” hakkını eklemiş, Fransız Devrimi sırasında ilan edilen İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi “özgürlük”, “mülkiyet”, “güvenlik” ve “baskıya karşı direnme” şeklinde kısa bir liste sunmuştur (Magee, 2000). Birinci kuşak hakların 17. ve 18. yüzyıllarda, çeşitli ülkelerde bildirme ve anayasalarla kabul edilen haklar gözden geçirildiğinde “klasik haklar” adıyla geçtiği görülmektedir. Uygun (2000, s. 85), bu hakları aşağıdaki ana başlıklarla sıralamaktadır:

- *“Yaşam hakkı ve kişi dokunulmazlığı*
- *Kişi özgürlüğü ve kişi güvenliği*
- *Düşünce ve düşünceyi açıklama özgürlüğü*
- *İnanç ve ibadet özgürlüğü*
- *Konut dokunulmazlığı*
- *Mülkiyet hakkı*
- *Eşitlik hakkı*
- *Dernek kurma hakkı*
- *Toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı*
- *Çalışma özgürlüğü*
- *Seyahat etme özgürlüğü*
- *Dilekçe hakkı*
- *Seçme ve seçilme hakkı*
- *Kamu hizmetine girme hakkı*
- *Tarafsız bir yargıç önünde yargılanma hakkı.”*

Birinci kuşak hakların temel özelliği, kişilere, devletin karışamayacağı özel bir alan yaratmasıdır. Bu özel alan içinde, kişiler diledikleri gibi hareket edebilirler. Klasik haklar, devlete kişilerin özel alanına girememesi ve karışamaması yükümlülüğünü yükleyen haklardır, bu yönüyle kişileri devlete karşı korurlar. Örneğin “düşünce özgürlüğü” devleti, düşüncelerinden ötürü kişileri kınayıp suçlamama ve düşüncelerin açıklanmasına engel olmama yükümlülüğü altına sokarken, dernek kurma hakkı, devletin kişilerin dernek kurmasına engel olmaması gerektiğini ifade etmektedir. Klasik hakları kullanabilmek bakımından kişinin

ihtiyacı olan en önemli şeyi özgür olmaktır. Devlete düşen görev ise, kişiye karışmama ve pasif bir tutum takınmaktır (Uygun, 2000, s. 13-42). Birinci kuşak haklar negatif haklara karşılık gelmektedir ve bu görüşe göre devletin, bireyin özel yaşamına karışmama, engel olmama sorumluluğu bulunmaktadır.

Temel Kişi Hak ve Özgürlüklerini Güvence Altına Alan Uluslararası Belgelere Göre Hakların Tanımları

- Yaşam Hakkı

İnsan haklarının en kutsalı, en dokunulmazı olarak nitelendirilen Yaşam Hakkı, öldürülmeme hakkını ifade eder. Bu devletin, bir yandan yetki alanı içinde bulunan bireyleri öldürmeme, diğer yandan da diğer bireyler tarafından öldürülmelerini engelleme yükümlülüğü anlamına gelir. Uluslararası insan hakları hukukunda birincil sırayı teşkil eden yaşam hakkı ilkeleri insan hakları kapsamında bir haktır. Bu hak yasayla korunur, hiç kimse bu haktan keyfi ya da kasıtlı olarak yoksun bırakılamaz, olağanüstü rejim gerekçesiyle bu hakka aykırı önlem alınamaz. Yasadışı, keyfi ya da seri infazların ve bunun bir özel türü olan kayıpların da yaşam hakkının devlet tarafından ağır biçimde çiğnenmesini oluşturduğu kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler Evrensel Bildirgesi'nin 3.maddesi, Türkiye'nin taraf olmadığı Uluslararası Medeni ve Siyasal Haklar Sözleşmesi'nin 6.1 hükmü ve Türkiye'nin taraf olduğu 10 Kasım 1959 tarihli Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 37/a maddesi ile Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2/1 maddesi yaşam hakkını güvence altına alır.

- İşkenceyi Önleme

Yalnız fiziksel bütünlüğe değil, moral ve entellektüel bütünlüğü de ağır biçimde zarar veren işkence insanlık onuruna karşı bir saldırı olarak nitelendirilmekte ve uluslararası insan hakları hukukunda hiçbir kural dışılık tanımayan mutlak bir yasağın konusunu oluşturmaktadır. İşkence ile aralarında nitelik değil, derece farkı bulunan zalimce, insanlık dışı ya da aşağılayıcı davranış ve cezalar da işkence gibi mutlak olarak yasaklanmaktadır.

İşkenceyi yasaklamaya ilişkin belgelerin en eskisi 1215 tarihli Magna Carta Libertatum'dur. Daha sonra 1776 tarihli Virginia İnsan hakları Bildirisi ve 1789 Fransız İnsan Hakları ve Yurttaş Hakkı Bildirisi'nde de işkenceyi yasaklamaya ilişkin hükümler yer almıştır. Birleşmiş Milletler Evrensel Beyanname'sinin 5.maddesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2, 3 ve 5.maddeleri, Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5/2 maddesi işkence yasağı ile yakından ilgili maddelerdir.

Birleşmiş Milletlerin 9 Aralık 1975 tarihli İşkencenin Önlenmesi Sözleşmesi'ne göre savaş, savaş tehdidi, iç siyasal istikrarsızlık ya da benzeri diğer olağanüstü haller türünden hiçbir istisnai koşulun işkenceyi haklı kılmadığı madde 2/2'de ifade edilmiştir. Bunun anlamı işkence yasağının olağan ya da olağanüstü olsun her koşulda, rejimde geçerli olduğudur.

- Özgürlük ve Güvenlik Hakkı

Özgürlük hakkı ile kişinin fizik ya da beden özgürlüğü, yani fizik mekan içinde hareket, yer değiştirebilme serbestisi ifade edilirken, güvenlik hakkı bu özgürlüğe keyfi olarak karışılmasına karşı korunmayı içerir. Özgürlük ve güvenlik hakkı, birbiriyle sıkı bağlantılı bir dizi hakkı içermektedir: Kişinin tutuklanmasının nedenleri ve kendisine yöneltilen suçlamalar hakkında bilgilendirilme hakkı, tutulma yada tutulmanın yargısal denetimi, diğer bir deyişle tutulan ya da tutuklanan herkesin derhal yargıç önüne çıkarılarak yargılanma ya da salıverilme hakkı, tutulma ya da tutuklamanın yasallığının denetimi, yasaya uygun olmayan tutulma ya da tutuklama için tazminat hakkı özgürlük ve güvenlik hakkı kapsamında değerlendirilmektedir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5. maddesi kişi özgürlüğüne devletin keyfi müdahalesini önleme amacına yöneliktir.

- Özel Yaşama İlişkin Haklar

Temel öğeleri gizlilik ve bağımsızlık olan özel yaşama ilişkin haklar birbirleriyle bağlantılı bir dizi hak içerir. Bunlar özel yaşamına saygı hakkı, esas olarak kamusal bir faaliyete ayrılmamış ve üçüncü kişilerin giremediği bir yaşamı ve buradaki insan ilişkilerini kapsayan, hukuksal düzeyde tanımlanabilir olmayan çok

geniş bir alanı içerir. Uluslararası sözleşmelerde açıkça yer verilmeyen cinsel yaşam, özellikle cinsel tercihler, ya da kişisel verilerin korunmasını içerir. Özel yaşama ilişkin hakların kapsamının devlet bakımından karışmama yükümlülüğü kadar karışmaları önleme ve cezalandırma yükümlülüğüne de özel bir önem kazandırır. Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı (AGİK) kapsamında Moskova Belgesi devletin bireyin kişisel alanına usulsüz ya da keyfi her tür karışmasının demokratik topluma zarar vereceğini vurgulayarak özel yaşamın, aile yaşamının, konutun, haberleşmenin korunması hakkını doğrulamaktadır.

- Düşüncüyü Açıklama Özgürlüğü Hakkı

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 9 ve 10. maddeleri düşüncüyü açıklama hakkını koruma altına alır. AGİK çerçevesinde Kopenhag Belgesi de herkesin iletişim hakkı da dahil olmak üzere düşüncüyü açıklama özgürlüğü hakkına sahip olduğunu bildirmektedir. Belgeye göre bu hak, görüşlerini açıklama özgürlüğü olduğu kadar kamu otoritelerinin karışması olmaksızın ve sınırlar hesaba katılmaksızın öğreni ve düşünceleri alma ve aktarma özgürlüğünü de kapsamaktadır. Bu ifade AİHS'nin ilgili hükmüne koşuttur. Öte yandan Kopenhag Belgesi, bu özgürlüğün kullanılmasının özel bir boyutunu da vurgulayarak belgelerin çoğaltılmasına ilişkin her türlü araca ulaşma ve bunları kullanmaya hiçbir sınır getirilmemesi gerektiğini bildirmektedir.

- Adil Yargılanma Hakkı

Adil yargılanma hakkı, uluslararası sözleşmelerde genel olarak herkesin davasının yasayla kurulmuş, bağımsız ve tarafsız bir mahkeme tarafından, makul bir süre içinde, kamuya açık olarak ve hakkaniyete uygun biçimde görülmesi olarak düzenlenmektedir. Adil yargılama hakkı, sanık hakları ile suçsuzluk karinesi, ceza yasalarının geriye yürümezliği gibi ilkelerle sıkı sıkıya bağlantılıdır.

- Sanık Hakları

Savunmanın güvenceleri olan sanık hakları, genel olarak suçlamının nedeninden ve niteliğinden en kısa zamanda, anladığı bir dilde bilgilendirilme

hakkını, savunmanın hazırlanması için gerekli zaman ve kolaylıklara sahip olma hakkını, sanığın kendini savunma ya da kendi seçeceği bir müdafinin yardımından yararlanma hakkını, tanıkların dinlenmesinde hak eşitliğini ve sanığın gerektiğinde bir çevirmenin yardımından ücretsiz yararlanma hakkını içermektedir.

- Vatandaşlık Hakkı

Evrensel Bildirge'de tanımlandığı üzere, hem bir vatandaşlığa sahip olma, hem keyfi olarak vatandaşlıktan yoksun bırakılmama, hem de vatandaşlığı değiştirme haklarını içerir.

- Toplanma Özgürlüğü Hakkı

Toplanma özgürlüğü hakkı, barışçı ya da silahsız toplantı veya gösteri düzenleme ya da bunlara katılmayı içerir. Bu hak düşünceyi açıklama özgürlüğü hakkının önemli gerçekleşme biçimlerinden biridir ve esas olarak siyasi nitelikteki toplantı ve gösterilere ilişkindir. Paris Şartı'nda ayırım gözetmeksizin herkesin toplantı düzenleme özgürlüğünün bulunduğu doğrulanmaktadır.

- Örgütlenme Özgürlüğü Hakları

Dernekleşme Hakkı ulusal hukuklardaki biçim koşullarından bağımsız olarak, siyasi partiler, dinsel topluluklar, ticari ortaklıklar ve sendikalar da dahil olmak üzere, kamu hukuku kişileri dışındaki her türlü örgütlenmeyi içerir. Sendikalaşma hakkı çıkarlarını korumak üzere sendikalar kurma ve bunlara katılma hakkının yanı sıra sendikalara üye olmama hakkını da içerir. Sendika ile, çalışanların, ortak çıkarlarını temsil eden her türlü örgüt kastedilmektedir.

- Seyahat Özgürlüğü Hakkı

Seyahat özgürlüğü hakkı içinde; bir ülkenin sınırları içinde dolaşma ve yerleşme, bir ülkeden ayrılma ve bir ülkeye girme, bir ülkeden sınır dışı edilmeme, sürgün edilmeme olmak üzere dört farklı haktan söz edilmektedir.

- Haberleşme Özgürlüğü

Türkiye'nin de taraf olduğu BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 12. maddesinde özel hayatın gizliliği ve dokunulmazlığı kapsamında haberleşme özgürlüğü zikredilir. "Hiç kimse özel hayatı, ailesi, meskeni veya yazışması hususlarında keyfi karışmalara, şeref ve şöhretine karşı tecavüzlere maruz kalmaz. Herkesin bu karışma ve tecavüzlere karşı kanunla korunmaya hakkı vardır." Aynı konu AIHS'nin 8.maddesinde ve Türkiye'nin taraf olmadığı BM Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi'nin 1. maddesinde de işlenmiştir.

- Vicdan İtirazcıları

Henüz haklar listesine girmemiş olmakla birlikte kişisel inançları dolayısıyla askerlik hizmetinin reddedilmesi bir hak olma yolundadır.

2.1.1.2. İkinci Kuşak İnsan Hakları (Sosyo-Ekonomik Haklar)

Klasik hakların anayasalarla güvence altına alındığı 18. ve 19. yüzyıllarda Avrupa ülkelerinde, insanların büyük çoğunluğu, yoksulluk nedeniyle bu haklardan yararlanamamıştır. Oysa herkesin bu haklara doğuştan sahip olduğu kabul edilmekteydi. İnsanların yaşama hakkı olmasına rağmen hasta olduklarında yoksulluk nedeniyle tedavi olamadıklarından ölmekteydiler. Konut dokunulmazlıkları olmasına rağmen yaşayacak bir konutları yoktu. Aynı şekilde düşünce özgürlükleri de vardı; ama günde 16-18 saat çalışmaktan, ne düşünecek zamanları, ne de düşünmek için gerekli olan asgari eğitimleri bulunmaktaydı. Bu koşullar altında, görkemli törenlerle ilan edilen haklardan toplumda varlıklı küçük bir kesim dışında kimse yararlanamıyordu. Oysa bu haklar tüm insanlar için ilan edilmişti (Uygun, 2000, s. 23). Bir başka deyişle, tanımları gereği, evrenseldirler.

Yaşanan deneyimlerle, insan haklarından yararlanabilmek için, insanların sadece özgür olmalarının yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Özgür oldukları halde, yoksulluk ya da başka nedenlerle bu haklardan yararlanamayanların desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla, 19. yüzyıldan başlayarak insan hakları düşüncesinde bir dizi önemli gelişmeler olmuştur. İnsan hakları, artık yalnızca bir özgürlük olarak

değil; aynı zamanda, devletten bir hizmet isteme yetkisi veren haklar olarak da, düşünölmeye başlanmıştır (Önder, 2003, s. 24). Yoksul kişilerin insan haklarından yararlanması için, devletin sunacağı hizmetler, artık birer hak olarak düzenlenmiş ve bunlar “sosyal haklar” başlığı altında tanımlanmıştır. İkinci kuşak hakların büyük çoğunluğu, devlete bir hizmet sunma görevi yükleyen haklar niteliğindedir. Bu nedenle gerçekleştirilmelerinin büyük mali kaynakların kullanılmasını gerektirdiği öne sürölmektedir. Günümüzde hâlâ çoğu ölkede ikinci kuşak haklar uygulanması ile mali olanaklar arasında güçlü bir ilişki bulunduğu kabul edilmektedir (Uygun, 2000, s. 13-42). İkinci kuşak haklar, devlete bazı edimlerde bulunma yükümlölüğü getirmektedir. Bu nedenle pozitif haklara karşılık gelmektedir. Birinci kuşak hakların güvence altına alınmasında burjuvazi önemli rol oynamıştı. İkinci kuşak haklar bakımından itici güç, sanayi devrimi ile ortaya çıkan işçi sınıfıdır. İkinci kuşak haklar sayesinde, yoksul ya da zengin herkes insan haklarından yararlanma olanağına kavuşmuştur. Sosyal hakların doğuşuyla, klasik haklar öneminden hiçbir şey yitirmemiş, aksine, her iki hak grubu da, insan onurunun korunması, insanca bir yaşam düzeninin güvence altına alınması bakımından zorunlu öğeler olmuştur. Uygun (2000, s. 86), ikinci kuşak hakları şu şekilde sıralamaktadır:

- “Çalışma hakkı
- Sendika kurma hakkı
- Grev ve toplu sözleşme hakkı
- İşyeri yönetimine katılma hakkı
- Dinlenme hakkı
- Sosyal güvenlik hakkı
- Parasız öğrenim ve eğitim görme hakkı
- Kültürel yaşama katılabilme hakkı
- Sağlık hakkı
- Beslenme hakkı
- Konut hakkı
- Anne, çocuk, sakat, yaşlı gibi korunmaya muhtaç kesimlerin korunmasıyla ilgili haklar.”

İkinci kuşak haklar genel olarak toplumun geniş kesimlerinin birinci kuşak haklardan yararlanamaması üzerine ortaya çıkmıştır. Birinci kuşak hakların devlete

yüklediği pasif tutuma karşılık, ikinci kuşak haklar devlete bazı görevler yüklemektedir. Ancak tek başına ne birinci kuşak, ne de ikinci kuşak haklar insanın onurlu bir yaşam sürmesi için yeterlidir. Tüm hakların bir bütün olarak kabul edilmesi ve uygulanması gereklidir (Önder, 2003, s. 36-53).

2.1.1.3. Üçüncü Kuşak Haklar (Dayanışma Hakları)

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, daha öncekilerden farklı olarak yeni haklar ortaya çıkmıştır. Kollektif haklar veya dayanışma hakları olarak da adlandırılan bu yeni grup, "üçüncü kuşak" hakları oluşturmaktadır. Üçüncü kuşak hakların oluşum sürecinin henüz tamamlanmadığı kabul edilmektedir (Kaboğlu, 1996, s. 4-34).

Bu hakların insan hakkı olarak nitelendirilmesinin bile tartışmalı olduğunu öne sürenler bulunmaktadır. 21. yüzyılın insan hakları kuramında, üçüncü kuşak haklarla ilgili tartışmaların önemli yer tutacağı düşünülmektedir (Uygun, 2000, s. 31-43). Dayanışma haklarını doğuran nedenlerin başında, bilimsel ve teknik ilerlemenin yarattığı sorunlar gelmektedir. Çevre kirliliğinin korkunç boyutlara ulaşması, nükleer silahların tüm insanlığı yok edecek bir savaş tehlikesine yol açması, ülkeler ya da bölgeler arasında çok büyük gelişme farklarının bulunması ilk akla gelen ciddi sorunlardır. İnsanlık, bu sorunların çözümü için çeşitli arayışlar içine girmiştir. Konunun insan hakları çerçevesinde düşünülmesi, bu çözüm arayışlarından birini oluşturmaktadır (Kaboğlu, 1996, s. 4-34). Arda (2000, s. 90), dayanışma hakları kapsamında, bugüne kadar ileri sürülen hakları şöyle sıralamıştır:

- *“Sağlıklı bir çevre hakkı*
- *İnsanlığın ortak mal varlığına (kültürel miras) saygı hakkı*
- *Gelişme (kalkınma) hakkı*
- *Bariş hakkı*
- *İletişim hakkı*
- *İnsani yardım hakkı*
- *Hasta hakları”.*

Üçüncü kuşak haklar, birinci ve ikinci kuşak haklardan farklı niteliktedir. Gerçekleşebilmeleri için kişilerin, kurumların ve devletin ortak çabası gerekmektedir. Örneğin, temiz ve sağlıklı bir çevrede yaşamak için çevrenin kirletilmemesi, kirletenlerin engellenmesi gerekir. Bu yalnızca devlete değil, aynı zamanda kişilere ve kurumlara da düşen bir görevdir. Devlet, kişiler ve kuruluşlar bu hakları gerçekleştirmek için dayanışma içinde olmalıdır (Kaboğlu, 1996, s. 4-34).

İnsan haklarının hukuksal güvenceye bağlanması bakımından, birinci kuşak haklarda burjuvazi sınıfı, ikinci kuşak haklarda işçi sınıfı önemli rol oynamıştır. Üçüncü kuşak haklar ise, kişiler, gruplar ve devletler kadar, sınıflar arasında da bir dayanışmayı gerektirmektedir. Birinci kuşak haklar burjuvazi ile aristokrasi, ikinci kuşak haklar işçi sınıfı ile burjuvazi arasında bir çekişme ya da mücadeleyi yansıtır. Üçüncü kuşak haklar ise mücadele değil, dayanışmayı ifade etmektedir (Kaboğlu, 1996, s. 4-34). Üçüncü kuşak haklarda, artık hakların öznesi birey değil tüm toplum ya da toplumun belli bir kesimidir. Belli başlı üçüncü kuşak hak örnekleri; ekonomik, sosyal, kültürel haklar, kadın hakları ve çocuk haklarıdır.

2.1.1.3.1. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar

Ekonomik, sosyal ve kültürel haklar, 1948 BM Evrensel Bildirgesi'nin 22-27 maddelerine, 1966/76 Ekonomik/Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'ne, 1961 Avrupa Sosyal Antlaşması'na ve 1954 Avrupa Kültürel Antlaşması'na konu olmuştur. Bu hakların anayasal eksenini sosyal adalet, sosyal refah ve sosyal güvenlik olarak tanımlanmaktadır. Ekonomik haklar mülkiyet, sözleşme özgürlüğü ve özel girişim özgürlüğünü, sosyal haklar bireysel nitelikte çalışma hakkı ve sosyal güvenlik haklarının yanı sıra toplu sözleşme, grev gibi toplu haklarını içermektedir. BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi halkların ekonomik gelişmelerine kendilerinin serbestçe karar vermeleri, doğal kaynak ve zenginliklerinin serbestçe kendilerinin işletme ve kullanma hakları bulunduğunu ifade etmektedir. Kültürel hakların ilk tanımını veren belge BM Evrensel Bildirge'dir. Ayrıca UNESCO genel konferansı da 1966 yılında 11 maddelik bir Uluslararası Kültürel İşbirliği Bildirgesi kabul etmiştir. Bu Bildirgede her kültürün

saygı görmeye hakkı bulunduğu, her halkın kendi kültürünü geliştirme hakkı ve bütün kültürlerin insanlığın ortak mirasının bir parçası olduğu belirtilmektedir. Avrupa Konseyince benimsenen yaklaşıma göre kültürel farklılıkların korunması ve kültürel bakımdan farklı olma hakkı demokratik, çoğulcu toplumların ön koşuludur.

2.1.1.3.2. Kadın Hakları

Kadın hakları konusundaki en önemli belge Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 18 Aralık 1979 tarihinde kabul edilen "Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi"ne ilişkin Sözleşmedir. Türkiye bu sözleşmeyi 24 Temmuz 1985 tarihinde onaylamış ve 14 Ekim 1985 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlayarak uygulamaya koymuştur. Sözleşme, taraf devletlerin özellikle siyasi, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda olmak üzere bütün alanlarda erkeklerle eşit olarak insan hakları ve temel özgürlüklerinden yararlanmalarını ve bu hakları kullanmalarını garanti etmek amacıyla, kadının tam gelişmesi ve ilerlemesini sağlamak için yasal düzenleme dahil bütün uygun eylemleri alacaklarını ifade etmektedir (Madde 3). Türkiye bu sözleşmenin tabiyetin korunması, kazanılması veya değiştirilmesinde eşit haklar içeren 9.maddenin birinci fıkrasına, Adalet Divanı'nın mecburi yargısını kabul etme konusundaki 29. maddenin birinci fıkrasına, medeni haklar bakımından kadınların erkeklerle benzer hukuki ehliyete sahip olması ve kullanmasını içeren 15. maddesinin 2. ve 4. fıkralarına, ve evlilik ve aile ilişkileri konusunda ayrımcılığı önlemeye yönelik 16. maddenin (c),(d),(f) ve (g) fıkralarına çekince koymuştur.

2.1.1.3.3. Çocuk Hakları

Çocuk Hakları Sözleşmesi, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler genel kurulunda kabul edilmiş ve 2 Eylül 1990 tarihinde de uluslararası hukuk kapsamında yürürlüğe girmiştir. Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre 0-18 yaş arasında bulunan her kişi çocuk sayılmaktadır. Çocuk hakları sözleşmesinin temel eksenini çocuğun yüksek menfaatinin sağlanması ve her türlü suistimale karşı korunması oluşturur. 54 maddeden oluşan sözleşmenin 6.maddesi "Her çocuğun temel yaşama hakkına sahip olduğunu" ve çocuğun hayatta kalması ve gelişmesi için sözleşmeye taraf devletlerin

azami çabayı göstereceğini zikretmektedir. Madde 37 ise hiçbir çocuğun işkence veya zalimce, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele ve cezaya tabi tutulmayacağını, hiçbir çocuğun yasadışı ya da keyfi biçimde özgürlüğünden yoksun bırakılmayacağını hükme bağlamıştır. Sözleşme aynı zamanda çocuğun ekonomik sömürüye ve her türlü tehlikeli işte ya da eğitimine zarar verecek ya da sağlığı veya bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlaksal ya da toplumsal gelişmesi için zararlı olabilecek nitelikte çalıştırılmasına karşı korunma hakkının olduğunu da (Madde 32/1) kabul etmektedir. Türkiye, sözleşmeyi 1990 yılında imzalamasına karşın ancak 1994 yılında 4056 sayılı yasa ile sözleşmeyi onaylamış ve 27.1.1995 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlayarak uygulamaya Koymuştur. Türkiye, sözleşmenin temel olarak azınlık haklarıyla ilgili olan ve kendi dilinde, dininde ve kültüründe eğitim alma hakkını içeren 17, 29 ve 30. maddeleri hükümlerine çekince koymuştur (Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, 2012).

İnsan hakları çeşitli ölçütlere göre gruplara ayrılabilirse de, bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. Birinci, ikinci ve üçüncü kuşak hakların tümü, insanca bir yaşam sürdürebilmek için gerekli haklardır ve hepsi birbirine bağımlıdır. Birinin yokluğu diğerlerinin kullanılmasını da olumsuz yönde etkilemektedir. Her biri, insanın temel bir gereksinimini karşılamaya yönelik, insanın doğasından kaynaklanan taleplerdir. İnsan haklarının niteliklerine ya da başka özelliklerine göre gruplara ayrılması, inceleme ve anlaşılma kolaylığı sağlamaktadır. Gerçekte, insan hakları bir bütündür ve insanca bir yaşam için gerekli asgari koşullardır.

İnsan haklarının “bütüncül olma” özelliğinden başka, diğer iki önemli özelliği de “evrensel” ve “devredilemez” oluşudur. İnsan haklarının evrensel oluşu, her yerde ve insan olan herkes için geçerli olmasıdır. Devredilemez oluşu da vazgeçilemez ve ikame edilemez olmasını ifade etmektedir (Kuçuradi, 1996, s. 40).

2.1.2. İnsan Haklarının Tarihsel Gelişimi

İnsan hakları kavramı insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır. Hak kavramı, toplum ortaya çıkınca, yani belli bir iş bölümü çerçevesinde insan tutum ve

davranışlarını, insanlar arasındaki ilişkileri düzenleyen kurallar kaçınılmaz hale gelmiştir. Devlet olarak tanımlanan üstün irade, bu gereksinmeyi, yani düzenleyici kural yapmayı (hukuk)ve uygulamayı gerçekleştirmek üzere ortaya çıkmıştır. Kural demek, aynı zamanda toplum üyesi bireyin neler yapabileceğini ve neleri yapmayacağını belirtmektir.

Değişen ve gelişen tarihsel koşullar, bazı yaşamsal sorunları değiştirmeyi başarmışsa da; en ilkel topluluklardan günümüz çağdaş demokrasilerine kadar geçen dönemde, ezilmiş ve korunmaya muhtaç insanların omuzlarında yükselen insan hakları düşüncesi, her dönemde toplumsal sorunların öbeğinde yer almayı başarmıştır.

İnsan haklarının toplumun ortaya çıkışı ile hak kavramı gündeme geliyor. Toplum demek, önceden belirlenmiş kurallar ve yasalar çerçevesinde insanların birbirleri ile ilişki kurması anlamına geliyor. Bir başka deyişle, toplumun oluşması ile beraber kurallar (özellikle kurallar) insanların ne zaman, nerede neyi yapabileceklerini ya da yapamayacaklarını belirliyor. Böylece hakların ortaya çıkışı antik Mezopotamya uygarlığında hukuk varsa hak da oluyor. Zaten hukuk sözcüğü köken olarak hakların çoğulu anlamına geliyor.

Ortaçağ döneminde ise, eski çağ toplumlarında olduğu gibi sınıfsal farklılıklar yoğun olarak yaşanmış; bireyler, temel hak ve hürriyetler açısından hukuksal eşitlik ve güvencelerinden yoksun bir hayat sürdürmüşlerdir. Zira bu dönemde kilise etkisinde kalan insanlar düşünsel varlıklarını gösterememiş, bu doğrultuda bilim ve sanattaki gelişmelerin önü tıkanmıştır. Ancak tüm bu sıkıntılar sonucunda, hümanist akım önce İtalya'da sonra da diğer Avrupa toplumlarında yayılmış, düşünsel çıktılarını yavaş yavaş aldığı yeni bir sürece adım atılmıştır (Tanör, 1990, s. 92).

Yeniçağ döneminde hümanist akım ile başlayan insan hakları alanındaki gelişmeler; 16. yüzyıldan itibaren Rönesans ve Reform hareketleri, coğrafi keşifler ile bilim, sanat ve ekonomik alandaki gelişmeler ışığında hız kazanmıştır. Bu

gelişmeler; bireylerde demokrasi ruhunun gelişmesine katkı sağlayarak, insan hakları ve özgürlük kavramlarının modern anlamda tekrar ele alınmasına zemin hazırlamıştır. Bu dönemde özellikle Nicolo Machiavelli (İtalya, 1469-1527) ve Jean Bodin (Fransa, 1530-1596) gibi düşünürler doğal hukuk teorisini benimseyerek, bu teorinin gereklerinin ömür boyu devam edeceği görüşünde birleşmişlerdir. İnsan hakları alanında oluşturulan birikimler İngiltere’de özel bir anlam kazanmış, 1215 yılında imzalanan “Magna Carta Libertatum” ile kişi haklarının sağlanmasında o döneme göre büyük ilerlemeler kat edilmiştir. İngiltere, daha sonraki yıllarda 1628 tarihli “Petition Of Right” (Haklar Dilekçesi), 1641 tarihli “Great Remantrance” (Büyük Uyarı), 1679 yılında Kral II. Charles döneminde imzalanan “Habeas Corpus Act”, 1689 yılında deklare edilen “Bill Of Rights” (Haklar Bildirgesi) ve 1701 tarihli “Act of Settlement” ile insan ve vatandaş hakları beyannamelerini hayata geçirmiştir. Bu beyannameler; insan hakları, temel hak ve özgürlüklerinin uluslararası alanda tanımlanması/güvenceye alınması, kralın yetkilerinin parlamento lehine kısıtlanması ve daha sonraki yıllarda Amerika’da ve Fransa’da yayımlanan özgürlük bildirelerine zemin hazırlaması açısından evrensel öneme sahiptir.

İnsan hakları alanında yayımlanan bu bildireler Avrupa kıtası dışında ilk etkilerini Amerika’da göstermiş ve 1776 yılında “Virginia Haklar Bildirgesi” yayımlanmıştır. Bu bildireye göre; seçilmişlerin halka karşı sorumluluğu, yasama ve yürütmenin yargıdan bağımsız olması gerekliliği, kişi güvenliği, vicdan hürriyeti, söz hürriyeti, basın hürriyeti, dilekçe hakkı ve mülkiyet hakkı gibi hakların kişinin doğuştan sahip olduğu devredilemez ve dokunulamaz hakları olması münasebetiyle devletin bu haklar üzerinde yaptırımının olamayacağı kabul edilmiştir (Anar, 2000, s. 71).

Burjuva sınıfının ticaretteki gelişmelerin ışığında kazandıkları ekonomik başarılar, siyasal ve sosyal alanlarda yeni hak ve düzenlemelerin yapılması konusunda egemen güç üzerinde baskıyı artırmıştır. Bu sınıfın yanı sıra 17. yüzyılda Thomas Hobbes, John Locke, Brete et de Montesquieu ve Jean Jacques Rousseau gibi düşünürlerin öncülüğünde yayılan “İnsan Hakları Öğretisi” akımı insan hakları alanında derin tartışmaların oluşmasına vesile olmuştur.

Doğal hukuk akımıyla birlikte anılan “İnsan Hakları Öğretisi”, doğal yaşam ve toplum sözleşmesi gibi tezleriyle de insan hakları alanında sınırlı bazı gelişmeleri tetiklemiştir. Ancak zamanla bu düşünce üzerinde başlayan eleştiriler, insan haklarıyla ilgili yaklaşımlara yeni dayanaklar oluşturmuştur. Özellikle 16. ve 17. yüzyıllarda dinsel, siyasal, bilimsel ve felsefi düşünce akımlarının tetiklemesiyle endüstri devrimine girilmiş, insan üretim mekanizmasında adeta araçsallaşmıştır. Bu dönemle birlikte ortaya çıkan yeni toplumsal sınıf emekçiler/işçiler, insan hakları alanındaki gelişmelerin öbeğinde yer almıştır.

Yakın çağa kadar geçen dönemde, insan hakları alanında edinilen kazanımlar, İngiltere dışındaki diğer Avrupa ülkeleri içinde referans kabul edilmiştir. Bu kazanımlar zamanla, Fransız aydın ve düşünürleri de etkileyerek, 1789 tarihinde “Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Beyannamesi” yayımlanmasına vesile olmuştur. Bu bildirgeye göre, kişi hak ve özgürlükleri çerçevesinde insanın devredemeyeceği, zaman aşımı nedeniyle kaybedemeyeceği, doğal ve kutsal temel haklarının olduğu deklare edilmiştir. Bu bildirgenin İngiltere’de yayımlanmış bildirgelerden farkı, insan haklarına evrensel nitelik kazandırmış olması ve bireyciliği odak noktasına taşıyarak insan haklarını kavramlaştırmasıdır. Bu bildirgeden sonra, tüm dünyada anayasal faaliyetler başlamış ve bu bağlamda temel hak ve hürriyetler birçok ülke anayasalarında güvence altına alınmıştır (Uzak ve Altuntaş, 2007, s. 82).

Ancak bireyci yaklaşım özellikle 19. yüzyıl sonlarında eleştirilmeye başlanmış, “yaşama ve sağlık hakkı” gibi temel insan hakları alanında yaşanan sıkıntılardan dolayı kişinin beyannamede geçen haklarından tam anlamıyla yararlanamadığı ileri sürülmüştür. Bununla birlikte bireyci yaklaşım hızla değişen sosyal ve ekonomik alanlarda devleti pasifleştirmiş, bu hızlı değişime ayak uyduracak, bireyi rahatlatacak sosyal çevresiyle adaptasyonu artıracak negatif statülü hakların yanında devletten bazı hizmetlerin ve yardım faaliyetlerin yapılmasını isteme yolunu açan pozitif statülü hakların tanınmasını da gerektirmiştir. Bu dönemde sanayi devriminin İngiltere’nin dışında diğer Avrupa ülkelerine yayılmasıyla üretim artmış, bununla birlikte insanlar son derece elverişsiz ortamlarda

çalışmaya mahkûm edilmiştir. Bu durum üzerine işçi sınıfı, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve bir takım siyasal ve sosyal hakların tanınması amacıyla yoğun bir çatışma ortamına girmiş ve bu durum Birinci Dünya Savaşı sonuna kadar devam etmiştir (Yürük ve Karakul, 1998).

20. yüzyıla gelindiğinde, insan hakları açısından son derece olumlu ve hızlı gelişmelerin yaşandığı bir döneme girilmiş ve özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında bireyin ulusal hukuk öznesi olmasının ötesinde, uluslararası hukuk öznesi konumuna geçişi sağlanmıştır. Bu dönemde İkinci Dünya Savaşına bağlı olarak oluşan yıkıntı, korku, dehşet, toplumsal-kültürel çöküntüler, insan hakları alanındaki ihlaller ve bu ihlallerin bir daha yaşanmaması için insan haklarının uluslararası bağlamda savunulması gerekliliği birçok toplum tarafından benimsenmiştir (Gözübüyük, 1996, s. 51).

Bu ihtiyaç insan hakları açısından ciddi açılımlar getiren ve 26 Haziran 1945 yılında 50 üye devlet tarafından imzalanan “Birleşmiş Milletler Antlaşması”yla doruğa ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler Antlaşması, insan haklarının dünya genelinde sağlanmasını, dünya barısı ve huzuru için en önemli şartlar arasında saymıştır. Antlaşma ayrıca, temel hak ve özgürlükleri uluslararası hukuk alanında ilk defa resmi ve evrensel bir değer olarak tanınmasını sağlamıştır. Ülkemiz de bu antlaşmayı, 15.05.1946 tarih ve 4801 sayılı yasa ile onaylamış, kurucu devletler arasındaki yerini almıştır (Öztürk ve Erdem, 2006, s. 66).

Birleşmiş Milletler Antlaşması’nda insan haklarına değinilmesine karşın kavramın içeriğinin belirlenmesi ve insan hakları alanında ihlallerin önlenmesi amacıyla “İnsan Hakları Komisyonu” kurulmuştur. Komisyon tarafından hazırlanan “İnsan Hakları Beyannamesi”, BM Genel Kurulu’na 10 Aralık 1948’de “Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi” adıyla kabul ve ilan edilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, temel hak ve hürriyetleri kapsayıcı bir şekilde tanımlayan, tanımlanan hak ve özgürlüklerden herkesin eşit bir şekilde yararlanmasını ve kişinin beden ve düşünce özgürlüğünü kesin hükümlerle güvence altına alan, uluslararası kabul gören resmi bir belgedir.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 191 devlet tarafından imzalanmış olması ve hatta temel hakları belirlemiş olmasına rağmen, uluslararası bağlayıcılığı bulunmamaktadır. Bu durumu aşmak ve üye devletlerin iç hukukunda uygulanmasını sağlamak için birçok sözleşme BM'ce yürürlüğe konmuştur. Bunlardan "İkiz Sözleşmeler" olarak da bilinen Ekonomik ve Toplumsal Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi ve Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi ile BM Ekonomik ve Sosyal Haklar sözleşmesi BM Genel Kurulu'nca 16 Aralık 1966 yılında kabul edilmiştir. Ancak en az 35 üye devletin onaylaması koşulu öngörüldüğünden, on yıl sonra yürürlüğe girebilmiştir. Bunların dışında yine BM örgütüne, Her Türlü Irk Ayrımcılığının Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme, İşkence ve Diğer Zalimane Gayriinsani veya Küçültücü Muamele veya Cezaya Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme gibi insan hakları konusunda temel oluşturan sözleşmeler kabul edilerek insan onuruna armağan edilmiştir (Çeçen, 2000, s. 31).

Bu gelişmelere Avrupa'nın ilk siyasal kuruluşu olan Avrupa Konseyi de kayıtsız kalmamıştır. Zaten bu uluslar arası kuruluşun var olma gerekçesi, ortak bir insan hakları anlayışına dayalı "Avrupa kimliği" oluşturmaktır. Bu bağlamda üye ülkelerin desteği ile Kasım 1950'de "İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Koruma Avrupa Sözleşmesi" Roma'da imzalanmıştır. Avrupa Konseyi üye ülkeleriyle sınırlı olan bu sözleşme, 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Bu sözleşmenin önemli tarafı bir taraftan imza atan devletlere insan hakları alanında yeni yükümlülükler yüklerken, diğer taraftan da zorunlu yargı yetkisi ve bireyin uluslararası hukuktan doğan hakları olduğu savıyla hakları ihlal edilen bireylere bireysel başvuru hakkını tanımasıdır. Sonuçta uluslararası antlaşma niteliği taşıyan bu sözleşmeyle birey hak sahibi konuma geçirilmiştir. Sözleşme bireysel hak ve özgürlüklerin denetiminin sağlanması açısından daimi olarak görev yapacak "Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi"nin kurulmasını da sağlamıştır. Türkiye bu sözleşmeyi 18 Mayıs 1954 tarihinde onaylamış, bireysel başvuru hakkını ise 1987 tarihinde kabul etmiştir (Bozkurt, 2003, s. 45).

Avrupa Konseyi tarafından ayrıca “Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi”nin ekonomik ve sosyal haklar yönünden desteklemesini sağlamak üzere, 18 Ekim 1961 tarihinde “Avrupa Sosyal Şartı”nı kabul etmiştir. Avrupa Sosyal Şartı 26 Şubat 1965’de yürürlüğe girmiştir. Sosyal şartla; çalışma hakkı, toplu sözleşme hakkı, sendika özgürlüğü, çalışan kadın ve çocukların korunması, sağlık yardımı, göçmen işçiler ve meslek eğitimi gibi hakların tüm üye ülkelerde standart hale getirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye, Sosyal Şartı 16 Haziran 1989 tarihinde onaylamış ve 14 Ekim 1989’da yürürlüğe koymuştur. Türkiye, Sosyal Şart’ın bir bölümünü onaylamıştır (Ünal, 2001, s. 89).

3. BÖLÜM

3. SAĞLIK VE HASTA HAKLARI

Sağlık hakkı, yaşama hakkı, sağlıklı yaşama hakkı, bedenine sahip olma hakkı gibi kavramlar çerçevesinde ele alınmaktadır ve sağlığın bozulmaması yani devamı ile bozulan sağlığın tıbbi müdahale ile tekrar eski haline kavuşturulması olmak üzere iki boyutludur. Sağlığın korunması anayasal koruma altındadır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 17. Maddesi şu hükmüyle kişilerin kişi dokunulmazlığı hakkını koruma altına almıştır:

“Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” (Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, 2009, s. 21).

Kişi dokunulmazlığı en temel haklardan biridir ve yaşam hakkından sonra gelir. Yani özgürlük ve hakların kökü durumundadır. Bu çerçevede 17. madde sağlık hakkı ile ilişkilendirilebilir.

Yaşama hakkı insan haklarının en vazgeçilmezi, insan varlığının ilk ve temel hakkıdır. Kişinin fizik ve ruhsal bütünlüğünü koruyabilmesi, devam ettirebilmesi; varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi şeklinde tanımlanan yaşama hakkı, ancak kişi güvenliğinin sağlanması ile insani bir hak niteliği kazanabilir. Bu yüzden yaşama hakkı olarak söz edilen aslında güvenlik içinde yaşama hakkıdır.

Sert (2004, s. 70), güvenlik içinde yaşama hakkının içeriğini oluşturan unsurları şöyle sıralamaktadır:

- *“Kişinin hak ve özgürlüklerinden söz edilebilmesi için öncelikle sağlanması gereken yaşam hakkı,*
- *Kişinin bedeni üzerinde sahip olduğu hakların korunması amaçlanan bedenine sahip olma hakkı,*

- *Bireyin davranış ve ilişkilerinin tercih ve yaşam tarzına ilişkin taleplerinin bağımsızlığının ve gizliliğin korunmasını kapsayan özel yaşam özgürlüğüdür.”*

Toplumun tüm üyelerinin gelirlerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılması temel insan haklarından olan yaşama hakkının bir parçası olarak ele alınmaktadır. Sağlık hakkı, bir yönüyle devletin müdahalesine kapalı (negatif statü hakkı) iken, diğer bir yönüyle da devletten bir talep hakkını (pozitif statü hakkı) içerir (Kurtulmuş, 1998, s. 49).

Hukuksal olarak bu hakkın tanımı Sütlaş (2000, s. 57) tarafından:

“...kişinin toplumdaki, devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilebilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi”

şeklinde yapılmaktadır. Bu tanım kişi için hem sağlıklı bir ortamın oluşturulması, hem mevcut sağlıklı durumun korunması, hem bozulmuş olan sağlığının iyileştirilmesini isteme hakkını kapsamaktadır (Sütlaş, 2000, s. 52-57).

Kişinin temel hakları arasında yer alan ve diğer hakların da olmazsa olmaz koşulu olan yaşama hakkı ile bu hakkın gerçekleşmesini sağlayan sağlık hakkı birbirleriyle çok yakından ilgili, iç içe geçmiş haklar olarak değerlendirilebilir. Kişilerin sağlığının korunmadığı, sağlıklı yaşamaları için gerekli önlemlerin alınmadığı, hizmetlerin verilmediği bir ortamda yaşama hakkından söz etmek anlamsız olacaktır. Yaşama hakkından söz edilebilmesi için iyi işleyen bir organizmanın varlığı ve devamlılığı önemlidir. Sağlık hakkı bu yönleriyle yaşama hakkına bağlı ve onu ayakta tutan en temel haklardandır (Sert, 2004, s. 48).

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi), Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bürosu'nca 28-30 Mart 1994 tarihlerinde Amsterdam'da gerçekleştirilen toplantıda kabul edilmiştir. Bu bildirgenin sağlık bakımından insan hakları ve değerlerini tanımlayan 1. maddesinde:

“herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma fırsatı verilmesi hakkına sahiptir”

ibaresi yer almaktadır. Aynı bildirin bakım ve tedavi başlıklı 5. maddesinde de kadın ve erkek olarak herkesin koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli sağlık bakımı alma hakkından bahsedilmektedir (Özlu, 2005, 30).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948) 25. Maddesinde ise;

“herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, sakatlık, hastalık, yaşlılık ve kendi denetimi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.”

ibaresi yer almaktadır (Sert, 2004, s. 42).

Sağlık Hakları’ nın ortaya çıkışını örneklendirmek için İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service, NHS) Sistemi’ nden bahsedilebilir. 18. yüzyılda İngiltere ‘ de sağlık hizmetleri pratik tecrübelerle dayanılarak verilmekte idi. Sağlık hizmetlerine sadece salgın ve felaketler zamanında önem verilip diğer zamanlarda bu hizmetler önemini yitiriyordu. 1831 yılında su çiçeği ve kolera salgınlarının baş göstermesi ve zaman içinde kendini tekrarlamasıyla sağlığa gereken önem verilmeye başlanmış ve başlangıçta kırık kol, çürük diş, kesiler gibi durumlarda ilgilenen hekimler, zaman içinde aile bireylerinin gebelik, doğum sonu ve giderek de çocuk sağlığı konularıyla ilgilenmeye başladılar. Ortaya çıkan hizmet türü bu günkü aile hekimliği modeliydi fakat bu hizmetten sadece maddi durumu iyi olanlar yararlanabiliyorlardı. 19. yüzyılda başlayan Britanya Sanayi Devrimi hızlı kentleşme, dayanılmaz çalışma koşulları, insanlık dışı yaşam ve sağlıksız çalışma koşullarını da beraberinde getirmişti. 1929 ekonomik bunalımından sonra sosyal sigorta uygulamaları Amerika Kıtası’ na yayılırken devletin vatandaşlarına asgari bir yaşam standardı sağlayacak politikalar geliştirme zorunluluğu ortaya çıktı. Devlet, kitlesel tüketimi artırmak için sosyal harcamaları ve refahı artırmaya yönelik tedbirler

almalıydı. 1930’larda İngiliz Sağlık Bakanlığı, Sovyetler Birliği ve diğer Avrupa ülkelerinde olan sağlık modellerini incelemeye başladı. 1942 yılı sosyal-demokratik ideolojiye sahip işçi partisi tarafından hazırlanan Beveridge Raporu ayrıntılı bir sosyal güvenlik sistemini içeriyordu. Bu raporun içerdiği devlet politikalarından biri; tek bir prim ile tüm risklerin karşılanması yani bireyin çalışıp çalışmadığına bakılmaksızın ulusal sağlık hizmeti ağını oluşturmaktı. Bu rapor, 1946 yılında yasalaştı ve ulusal sağlık servisi adı altında 1948 yılında yürürlüğe girdi. O dönemde tüm hastaneler devletleştirildi. Düşük gelire sahip olanlara ek katkı payları verildi.

Ortaya çıkan gelişmelerle Margaret Thatcher döneminde NHS bir çok değişikliğe uğradı. Önceleri ücretsiz olarak verilen hizmet, yaşamın giderek pahalılaşmasıyla hastalardan ek ücret talep etmek zorunda kalmasına yol açtı.

NHS amacı elden geldiğince, toplumun gereksinmelerine yönelik ve yerel olarak, sağlık hizmetinin her yönünü sağlayan, tam anlamıyla bütün bir sağlık sistemi oluşturmaktı.

Buna göre;

- Ulusal sağlık sistemi (NHS) yaşlılık, ölüm, hastalık ve anne ve çocuk, sakatlık ve iş kazaları ile meslek hastalıkları ve işsizlik risklerine karşı güvence sağlanmak,
- Yabancılar dahil tüm nüfusa gelirlerine bakılmaksızın, herkese eşit olmak üzere tıbbi yardım yapılmasını sağlamaktır.

Verilecek olan hizmetler;

1. Hastane ve uzman hizmetleri,
 2. Diş, oftalmik, eczacılık ve aile doktoru hizmetleri,
 3. Kişisel sağlık hizmetleri başlığıyla,
- Ambulans hizmetleri
 - Aile planlaması
 - Sağlık Ocakları

- Evde hasta ziyaretleri
 - Evde hemşirelik ve ebelik
 - Anne ve çocuk sağlığı
 - Bağışıklama ve aşılama
 - Diğer koruyucu ve bakım hizmetleri
4. Okul sağlığı hizmetleri

NHS sağlık hizmetlerinin yapısı 3 basamaklı olarak verilmektedir. NHS yapılan reformlarla yenilenmiş ve adeta modern bir görünüme bürünmüştür. Bu reformlar arasında bağımsız hastaneler, pratisyenlerin eğitimlerine bütçe ayrılması, NHS için bir iç piyasa yaratılması vs yer verilmiştir. NHS bugüne kadar hep politikacıların gündeminde olmuştur. Örneğin İktidardaki işçi partisi yapılan reformlara karşı çıkmaktadır. Son yıllarda NHS büyük bir baskı altındadır. Merkezi hükümetin maddi açıdan gerekli desteği vermemesi bu konuda oldukça eli sıkı davranması NHS'yi güç durumda bırakmaktadır. Buna karşılık insanların NHS'ye olan talepleri her geçen gün hızla artmaktadır.

Milli geliri içinde sağlık hizmetlerine en az pay ayıran sanayileşmiş ülke İngiltere' dir. Bu modele göre İngiltere'de sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinin finansmanı, %66,5'i devlet tarafından, %11,5'i yerel yönetimlerin topladığı vasıtalı vergilerden, %15'i işveren, işçi ve esnafın ulusal sigortaya katkısından, %7'si halkın gözlük, tıbbi cihaz vb araçların alınmasında ödedikleri küçük miktarlardan karşılanmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2010).

3.1. Hasta Hakları Kavramının Doğuşu ve Gelişimi

3.1.1. Hasta Haklarının Kökeni

Hasta haklarının tanınması ve tıbbi uygulamalarda gözetilmesi anlayışının, 20.yüzyılın son çeyreğinde gündeme geldiği kabul edilmektedir. Dickens (1998)' a göre tarihte avukatlar, rahipler ve subaylarla birlikte hekimler de toplumlarda baskın ve otoriter bir konumda olmuşlar, hizmet sundukları kişilerden kendi bilgeliklerine

ve kararlarına inanmalarını ve güvenmelerini beklemişlerdir. Geleneksel tıp anlayışı Hipokrat (MÖ 460-370) döneminin Hekim Andı'na dayanmaktadır. Hekim Andı'nın çok eski versiyonu, hekimlere, hastalarına sağlık durumları ve sundukları tedavinin doğası ve amacı ile ilgili bilgi vermeyi yasaklamıştır (Dickens, 1998, s. 38). Hipokrat Külliyyatı'nın 16. Bölümünde, hekimlerin hastalarından pek çok şey gizleme 'akıllılığı' gösterebileceği, hastaya bilgi verildiği zaman pek çok hastanın daha kötüsünü seçebileceği belirtilmektedir (Ersoy, 2003, s. 204-230). 18. ve 19. yüzyıllarda tıbbın sanattan bilime dönüştüğü, böylece bilimin popülerliği ile birlikte hekimlerin de toplumdaki seçkin konumlarını pekiştirdikleri iddia edilmektedir. Bu dönemlerde tıbbın, evlerdeki hasta yataklarından çıkarak hastanelerde, üniversite tıp bölümlerinde ve araştırma merkezlerinde uygulanmaya başlanmasına tanık olunmuştur. Bu yeni durumun hekimlerin sosyal, entelektüel ve bilimsel statülerine katkıda bulunmanın yanında, hastaların hekimlerine daha fazla saygı duyması ve hekimlerin yöntemlerini ve önerilerini sorgulamama ve koşulsuz kabullenme eğilimlerini de desteklediğine inanılmaktadır. Hem hekimler hem de hastalar, hekim önerilerinin tam bir itaatle yerine getirilmesi ve hekimlerin paternalistik (babacıl) rol üstlenmesi gerektiğini kabul etmişlerdir (Dickens, 1998, s. 39). 20. yüzyılda eşitlik ve sosyal demokrasi kavramlarının, her çeşit otoritenin geleneksel kaynaklarına olan sorgulama eğilimini artırdığı ileri sürülmektedir. Bu durumun, yaptıkları işi açıklamayan ve sorgulanamayan hekimleri de etkilediği, sonuçta da hekimlerin, üstün konumda olmak ya da buldukları toplumun sosyal ve entelektüel öncüleri olmak yerine, eşit katılımcılar konumuna geldiği iddia edilmektedir (Dickens, 1998, s. 40).

Tarihsel olarak hekim –hasta ilişkisinin, parasal anlayışa dayalı tipik bir “iş” ilişkisinden farklı olarak, “güven” anlayışı içinde biçimlendiği kabul edilmektedir.

Ancak Annas (2004), sağlık bakımında artan beklentiler ve maliyetlerdeki artışın hastaların kendilerini “müşteri” olarak görmelerine yönelik katkı sağladığını, hastanelerin de 1980'lerden itibaren kendilerini özel işletmeler olarak görmeye başladığını öne sürmektedir. Amerikan mahkemeleri ve yasama organlarının, ev sahibi-kiracı, satıcı-alıcı, işveren-çalışan, polis-zanlı, ve gardiyan-tutuklu ilişkileri gibi daha önceden yasayla düzenlenmemiş olan alanlarda, daha zayıf olan tarafı,

gücün kötüye kullanılmasından korumak üzere önlemler aldığını öne süren Annas (2004), tıp alanında hastaların haklarını kabul eden yasaların da benzer bir anlayıştan esinlendiğini ifade etmektedir.

Hasta haklarının tanınması üç temel öncüle dayanmaktadır. Bunlar :

- Sağlık hizmeti gereksinimi olan bireylerin, bir hekim veya sağlık kuruluşu ile ilişkiye girmekle otomatik olarak yitirilmeyen ve çoğu, “hak” olarak tanımlanabilecek çıkarları vardır (Annas, 2004, s. 5-6). Annas “hak” kavramını “çıkar” olarak tanımlamakta ve bireyin önceden var olan haklarının, hasta olması durumunda ortadan kalkmadığını ifade etmektedir. Bireyin sadece insan olması nedeniyle önceden yani doğuştan kazandığı haklar “insan hakları” olarak kabul edilmektedir. Annas (2004) hasta haklarını, insan haklarının sağlık alanında yansıması ve yeniden onaylanması olarak yorumlamaktadır.
- Birçok hekim ve sağlık kuruluşu bu hakların varlığını tam olarak bilmemekte ve uygulamada dikkate almamaktadır. Dolayısıyla bu hakların benimsenmesi ve korunması da mümkün olmamaktadır, hatta çoğu zaman “rücu hakkı” olmaksızın bunların uygulanması sınırlandırılmaktadır (Annas, 2004, s. 5-6).
- Tıbbi kararlar vermede hem hastalar, hem de hekimler açısından en yararlı model, hastanın haklarına ve kişiliğine saygı duyulduğu hekim-hasta ilişkisidir (Annas, 2004, s. 5-6).

Annas (2004), hastaların doğuştan gelen hakları olduğunu ve hastalık “özel durumunda” da bu hakların var olmaya devam ettiğini, ancak hekim ve sağlık kuruluşlarınca bu haklarının yeterince bilinmediğini ya da yaşama geçirilemediğini, aslında hasta ve hekim için en yararlı yöntemin hastaların haklarının gözetildiği bir sağlık hizmeti sunumu olduğunu belirtmektedir.

3.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Dünyada genel olarak hasta hakları hareketinin gelişimi tek bir ülkeyle sınırlı olmamıştır. Ancak hasta hakları hareketinin ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde gündeme geldiği kabul edilmektedir. İlk hasta hakları bildirgesi de bu ülkede yayınlanmıştır. Bu ülkede hasta hakları hareketini başlatan itici gücün Amerikan mahkemeleri ve özel sağlık sektörü olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde alınan bazı mahkeme kararları ile Amerikan Hastaneler Birliği'nin girişimleri hareketin doğmasında etkili olmuştur.

Hasta haklarının en önemlisi olan “aydınlatılmış onam hakkı”, 1972’de bir dizi mahkeme kararında önemle vurgulanmıştır. 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 izlemiştir (Görkey, 2003, s. 93).

Amerikan Hastaneler Birliği’ nin o dönemde hasta haklarını gündeme getirmesinin nedeni ise hastaneye yatırılan hastaların ortalama bir hafta hastanede kalması, hastaların genelde kendi haklarını savunamayacak durumda olmaları, sağlıklı bireylerle devletin ise genelde, hastanedeki hastaların haklarından çok hastaların barınması, eğitimi ve sağlık hizmetlerinde ırk ayrımı gibi konular ile ilgilenmesi olmuştur (Annas, 2004, s. 6).

1969 yılında Amerika’da Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAH) hastanelerle ilgili standartları yeniden gözden geçirmeye başlamıştır. Bu komisyon Amerikan Hastaneler Birliği ve Amerikan Cerrahlar Birliği’nin üyelerinden oluşan, özel ve gönüllü bir akreditasyon kuruluşu olup, hasta bakım standartlarının geliştirilmesine yönelik bazı önerileri kabul etmiştir. 1970 yılı Haziran ayında dönemin popüler tüketici örgütü olan Ulusal Refah Hakları Örgütü (NWRO) konu ile ilgili olarak yirmi altı maddeden oluşan bir belge hazırlamıştır. Bu belge “tüketici” bakış açısıyla da olsa, hasta haklarına ilişkin ilk kapsamlı belge olarak kabul

edilmektedir. Bu belgede; şikayetlere ilişkin prosedürler, hastane yönetim kurullarında toplumun temsil edilmesi, ödemenin kaynağı açısından ayırım yapılmaması, hasta nakillerine kısıtlılık getirilmemesi, mahremiyet gibi yeni hükümlere yer vermiştir. Uzun görüşmeler sonunda bu maddelerin bazıları JCAH'ın yenilenmiş standartları arasına girmiştir. 1980'lere gelindiğinde de "Hasta Hakları ve Sorumlulukları" başlığı ile akreditasyon kılavuzlarına girmiştir (Annas, 2004, s. 7). 1972 yılının sonlarında Amerikan Hastaneler Birliği (AHA), "bakım kurumsal bir yapı içinde verildiğinde geleneksel hekim-hasta ilişkisinin yeni bir boyut kazandığı, kurumun da hastaya karşı sorumluluğu bulunduğu" öncülüne dayanan bir Hasta Haklar Bildirgesini benimsemiştir.

1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği'nin ilan ettiği Hasta Hakları Bildirgesi (A Patient's Bill of Rights) 12 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler;

- *Hasta, tedavisi ve bakımı süresince saygı görme hakkına sahiptir.*
- *Hasta hekiminden hastalığı ile ilgili tanı, tedavi ve hastalığının aşamaları ile ilgili güncel bilgileri, kendisinin anlayacağı bir dille alma hakkına sahiptir. Bu bilgilerin hastaya verilmesinin tıbbi açıdan önerilmediği durumlarda, gerekli bilgiler hasta adına yetkili olan bir kişiye verilmelidir. Hasta kendi tedavisi ve bakımını düzenleyen hekimini bilme hakkına sahiptir.*
- *Hasta herhangi bir tedavi ve/veya yöntemle bağlanmadan önce hekiminden gerekli olan bilgiyi aldıktan sonra aydınlatılmış onamını verme hakkına sahiptir. Acil durumlar dışında, hastanın tedavisi veya bakımının anlamlı seçenekleri olması durumunda veya hastanın tıbbi alternatifler konusunda bilgi istemesi durumunda hastanın bu bilgilere ulaşma hakkı vardır. Hastanın aynı zamanda bu tedavi veya yöntemlerden sorumlu olan kişilerin isimlerini bilme hakkı vardır.*
- *Hasta, yasaların izin verdiği oranda tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Hasta bu tutumunun tıbbi sonuçları hakkında da bilgilendirilmelidir.*
- *Hasta, tıbbi bakım sürecindeki konuların mahremiyet olarak değerlendirilmesi hakkına sahiptir. Hastayı ilgilendiren olgu tartışması, konsültasyon, muayene ve tedaviler gizli tutulmalıdır. Hastanın bakımı ile doğrudan ilgili olmayan kişilerin bu süreçte bulunmaları hastanın iznine bağlıdır.*
- *Hasta, kendi bakımı ile ilgili tüm iletişim ve belgelerin gizli tutulmasını bekleme hakkına sahiptir.*

- *Hastanın, hastanenin olanakları ölçüsünde, talep ettiği hizmetlerin karşılanmasını bekleme hakkına sahiptir. Hastane, olgunun acil olması halinde, olguyu değerlendirmeli, gerekli hizmeti vermeli ve/veya -başka bir merkeze- sevkini yapmalıdır. Hasta, tıbbi açıdan uygun olması durumunda, alternatiflerin ve sevkini gerekliliği konusunda tam olarak aydınlatıldıktan ve açıklama yapıldıktan sonra başka bir merkeze sevk edilebilir. Hastanın sevk edileceği kurum hastanın –önceden- sevkini kabul etmiş olmalıdır.*
- *Hasta kendi tıbbi bakımını ilgilendirmesi nedeni ile, kendi hastanesi ile diğer sağlık merkezi arasında kurulan her türlü ilişki ile ilgili bilgiyi elde etme hakkına sahiptir.*
- *Hastanede hastanın tedavisi veya bakımının etkileneceği konularda, insan üzerinde araştırma uygulanıyor veya bununla ilgisi bulunuyorsa hasta bu konuda öneri alma hakkına sahiptir. Hastanın araştırma projelerine katılmayı reddetme hakkı vardır.*
- *Hastaların, tıbbi bakımlarının devamlılığını bekleme hakları vardır. Hastalar, hekimlerinin muayene saatlerini, ne zaman nerede bulunacaklarını önceden bilme hakkına sahiptir. Hastanın, hekimi tarafından bilgilendirileceği bir mekanizmanın hastane tarafından sağlanmasını bekleme hakkı vardır.*
- *Hasta faturasını inceleme ve bu konuda açıklama yapılmasını isteme hakkına sahiptir.*

Hasta, hasta olarak kendisine uygulanacak hastane kuralları ve düzenlemelerini bilme hakkına sahiptir (Görkey, 2003, s. 51; Annas, 2004, s. 8).

1992 yılında bu bildirge yeniden gözden geçirilerek, tıbbi kayıtlara erişim ve en gelişmiş tıbbi yöntemlerin kullanılması konuları da eklenmiştir (Annas, 2004, s. 8). Bu eklerle birlikte AHA'nın hasta hakları bildirgesinin metni; tıbbi bakımda hastaya saygı, mevcut tıbbi bilgi, aydınlatılmış onam, tedavinin reddedilebilmesi, mahremiyet, gizlilik, hizmet taleplerinin karşılanması, hastanın bakımıyla ilgili diğer kurumlar hakkında bilgi, araştırma projelerine katılmayı reddetme, tıbbi bakımın devamlılığı, mali ücretlerin incelenmesi ve açıklanması ve hastane yönetmelikleri hakkında bilgi, tıbbi kayıtlara erişim ve en gelişmiş tıbbi yöntemlerin kullanılması konularını içermektedir.

AHA tarafından ilan edilen bu bildirge, hasta hakları kavramını ilk kez ele alması açısından önemlidir. Ancak bildirge incelendiğinde, sıralanan bu hakların karşılanmadığı veya ihlal edildiği durumlarda, hastanın ne yapması gerektiği konusunda bir açıklık olmadığı göze çarpmaktadır. Hastaların haklarının çiğnendiği

durumda şikayet etme haklarının bulunmaması veya genel olarak hak arama ve çözüm bulma yollarının açıkça belirtilmemiş olması önemli bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Aslında bu sorun, yasal boyut kazanmamış bütün hak taleplerinde ortaya çıkan bir durumdur. Bir hakkın yasallaşması, doğal olarak o hakkı uygulamada güçlendirecek bir niteliktir. Bu bildirmede ilan edilen çerçeve eksik, karmaşık ya da uygulanması zor gibi görünse de, hasta hakları konusunda bir duyarlılık yaratması ve belki de hastaları hakları konusunda daha fazla bilgilenebilir yönlendirmesi açısından önem taşımaktadır. 1974 ile 1988 yılları arasında ABD’nde birçok eyalet, hasta hakları konusunda yönetmelik ya da yasa şeklinde bir düzenlemeyi kabul etmiştir (Annas, 2004, s. 8). Ancak Amerikan Hastaneler Birliği tarafından başlatılan bu gelişmeler ABD’nde yaygınlaşırken, Amerikan Tabipler Birliği (AMA) 1989 yılına kadar hasta hakları konusunda özgün bir çalışma yapmamış, hatta bu süreçte farklı bir tutum sergilemiştir. Hastaların tıbbi kayıtlardaki bilgilere ulaşma hakkı, tedavi kararları alma hakkı, saygı görme hakkı, gizlilik hakkı ve bakımın devam ettirilmesi hakkı gibi haklarını kabul eden Amerikan Tabipler Birliği Temsilciler Komitesi, *“hastanın temel sağlık (tıbbi) bakım hakkı vardır”* söylemini reddetmiş ve

“Herhangi bir ulusal sağlık bakım programı mevcut değilken ya da hastanın bir hekim ya da sigorta programıyla önceden varolan bir ilişkisi bulunmuyorsa ya da acil bir tıbbi durum yoksa Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık bakım hakkı yoktur” denmiştir.

Oysa 1948 yılından bu yana yapılan kamuoyu yoklamaları, çoğu doktorun ve Amerikalı’nın, bu hakkın var olduğuna ya da var olması gerektiğine inandığını göstermektedir (Annas, 2004, s. 5-6). Amerikan Tabipler Birliği’nin bu yaklaşımı ilginç ve tartışmaya değer bir durumdur. Hekimlik meslek örgütü olarak sağlık bakım hakkının varlığını, belli koşullar dışında kabul etmemesi Amerikan sağlık sistemi ile ilgili ip uçları verirken, bu tutum Dünya Hekimler Birliği’nin bildireleri ile de uyumlu değildir.

Bir çok ülke bu hakkı tüm vatandaşlarına yasalarla sağlamasına rağmen, 1993 yılına kadar Amerikan federal hükümeti sağlık bakımı hakkını istemeyi yasal kılan

bir düzenleme yapmamıştır (Wellman, 1995, s. 74). Tarihçi Paul Starr, Birleşik Devletler'deki hasta hakları hareketini “hakların genelleştirilmesinin” bir parçası olarak görmekte ve sağlık bakımının temel insan hakları olarak tanınmasına yönelik hareketi, tıbbi bakım sürecindeki haklar için çalışmaya yönelik hareketten ayırmaktadır. Kendi ifadesiyle;

“Yeni sağlık bakım hakları hareketi, daha fazla tıbbi bakım istemeye yönelik geleneksel taleplerin ötesine geçmiş ve tıpta otorite ve uzmanlığın dağılımını sorgulamaya başlamıştır” (Starr, 1982, s. 89).

Toplumların hukuk düzenleri tarafından kişilere sunulmuş olan ve hukuki değer taşıyan menfaatlere hak denir. Her türlü menfaat hak sayılmamaktadır. İrade ve menfaat teorisi değerlendirildiğinde, menfaatin ancak bir hukuki değer taşıması gerekecektir. İnsan bir hak sahibidir. İnsanların kazanmış oldukları bu haklar devlet eliyle yapılandırılır. Devletin sunduğu nisbi değerdeki bir sağlık hakkıdır. Hak toplum düzenini korumak amacıyla, devletlerin hukuk düzenleri tarafından kurulmuş hukuki menfaatlerdir. Hasta da bir hak sahibidir. Hasta gerçek kişidir ve dolayısıyla hak ehliyetine haiz bir hak öznesidir. Daha geniş bir tanımla Hatemi (2004, s. 91)'e göre; *“Hak; Hukuk düzeni tarafından korunan ve gerçekleşmesi hak sahibinin (Hak Öznesi) iradesine bırakılmış olan menfaatlerdir.”* Hukuk devleti sistemini benimseyen toplumlar kurulu düzenlerini sağlarken her toplumda olduğu gibi insanların sahip oldukları haklar devlet tarafından düzenlenir, denetlenir ve menfaat sahibine (insana) yani hak sahibine hukuk kuralları çerçevesinde geri verilir. Bireylerin temel hak ve hürriyetlerinin korunması aynı zamanda kamu yararını da meydana getirebilmektedir. Hukuk devleti olan Osmanlı döneminde yazılmış bilimsel eserlerden biri Hacı Paşa tarafından kaleme alınmış olan “kitab-ut talim” dir. Bu eserde hekimlerin hastalarına karşı davranışlarının nasıl olması gerektiği anlatılmış ve sistematik olarak hasta hekim ilişkisine yön verilmeye çalışılmıştır (Özdemir, 2004, s. 105).

İnsanlar hasta hakkı diye bir kavramın varlığını yeni yeni benimsemeye başlamışlardır. Demek oluyor ki bu kavram hukuk düzenine yavaş yavaş

yerleşmektedir. Sağlık kuruluşlarına veya bu kuruluşlarda çalışanlara karşı hastanın kazanmış olduğu tüm menfaatlere Hasta Hakkı denir. Hak kavramı sadece görünen bir zararın karşılığı değildir. Hak kişinin yaşamında kazandığı toplumsal bir kazançtır. Hasta uğrayacağı zarardan hekimi sorumlu tutmaktadır. Hekimle beraber sorumlu olabilecek yardımcı kişiler veya hastane gözden kaçırılmaktadır. Hasta hakkı yanlış tedavi, yanlış operasyondan ibaret değildir, uğranılan maddi zararı da kapsamaktadır. Hasta hakkı kavramı toplum yaşamında meydana gelen hukuki meselelerin çözümünde, hastaların karşı karşıya kaldıkları sorunların giderilmesinde başvurulan hukuki düzendir.

Kişilik hakkı ve hasta hakkı birbirine sıkı sıkıya bağlı haklardır. Hasta hakkı kavramı hukuki düzenlemede kişilere yapılan bedeni veya ruhi zararlardan dolayı uğranılan zararın giderilmesidir. Buna rağmen hasta hakkı ve sağlık hakkı iç içe düşünülmemelidir. Hasta hakkı için sadece hastalanmak gerekmez. Sağlık hizmeti almak ve tedaviye başlayıp zarar görmek farklı durumlardır. Hastalar sadece bedensel ruhsal bir nedenle hekime başvuran insanlar değildir. Aynı zamanda herhangi bir tıbbi müdahale yapılmasına gerek olmadığı halde şekil olarak bedeninde değişiklik meydana getirmek isteyen, estetik olmak isteyen kişiler de hasta kabul edilmektedir. Önemli olan alınacak sağlık hizmetidir. Vurgulanan asıl konu, tıbbi bir müdahale almak isteyen hastanın haklarının savunulmasıdır.

Hasta hakları, hasta-hekim; hasta-hastane (sağlık kurumu) ilişkilerinde kazanılan veya kaybedilen tüm haklardır. Hasta hakkı herkese karşı ileri sürülebilen bir mutlak hak olabileceği gibi, sadece muhataba karşı ileri sürülebilen nisbi hasta hak da olabilir. Sağlık hakkı ile hasta hakkı birbirinden ayrı olmasalar da farklı iki tanımdır. Sağlık hakkını devlet verir ve bu hak toplumun hukuk düzeni içinde kazanılmış bir kişi hakkıdır. Hukuk devleti olarak yönetilen ülkeler toplumun genel ihtiyaçlarını da sağlamakla yükümlüdür. Sağlık hakkı, hasta olsun veya olmasın her kişinin kazandığı bir haktır. Hasta hakkı ise ancak hasta olunca kullanılabilen bir haktır. Sağlık hakkı devletten talep edilir. Sağlık hizmeti veren kuruluşların oluşturulması buralarda çalışacak personelin sağlanması hastalık meydana geldiğinde müdahale edilebilecek acil kurumların oluşturulmasıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliği hasta hakkı kavramını uluslararası bildireler ışığında, hak, hukuk yanında hekimlerin sorumlulukları, hastane personelinin görevleri, yükümlülükleri olarak anlatmıştır. Türk mevzuatı içinde hasta hakkı en iyi bu yönetmelikle hukuki değer kazanmıştır.

Hasta hakkı uluslararası metinlerde de kabul edilmiş bir insan hakkıdır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde herkesin sağlıklı bir yaşam hakkına sahip olacağı belirtilmiştir. Sağlık hakkı insan hakları boyutunda devletlerin ilk görevleri arasına konulmuştur. Devlet nasıl kişilerin toplum düzenini sağlamakla yükümlü ve bu düzenin içine eğitim, ekonomi, sosyal, kültürel, v.s görevlerini de alıyorsa bunlardan bir tanesi de sağlık görevidir. Toplumun sağlık hakkını düzenlemekle yükümlüdür. Bir toplumun sağlık hakkı düzeni var olduktan hasta hakkı kavramı varlığını korumuş olacaktır.

Sağlık hakkı veya yaşam hakkı sağlıklı bir toplumda verilmiş olan sağlık haklarından yararlanmadır (Hakeri, 2007, s. 74). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. Maddesi'ne göre yaşam hakkı şöyle açıklanmıştır; “*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.*” (Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, 2009). Bu madde, 56. maddede şöyle devam etmektedir; “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.*” (Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, 2009). Maddenin devamı ise bu düzenin devlet eliyle yapılandırıldığını açıklamaktadır. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

3.3. Hasta Hakkı Tanımı

Fiziki veya ruhsal bir tıbbi müdahale ihtiyacında olan kişiye hasta denir. Hastanın sağlığının güvencesi, gereksinimlerinin karşılanması hasta hakkı ile olur. Sağlık kişiye verilmiş, her şeyden önde olan bir mutlak haktır. Nasıl kişilik hakkı

devredilemez, bekletilemez, vazgeçilmez bir haksa, hasta hakkı da kişilik hakkının sağlık boyutunda önem kazandığı bir hak çeşididir. Sağlık hizmetinden yararlanmak için hasta olmak gerekmez (Özay, 2006, s. 51).

İnsan gerçek kişidir. Kişi hakkını menfaati doğrultusunda herkese karşı ileri sürebilir. Kişi kazandığı bu menfaati kendisine zarar verenlere karşı da ileri sürebilmektedir. Hasta- hekim ilişkisinde tıbbi müdahale sonucunda zarar gören taraf kanunlar çerçevesinde hakkını kazanmaktadır. Şayet kamu yararı varsa ve hak sahibi bu hakkını talep etmezse savcı bu hakkın kamu yararı olması dolayısıyla durumu kontrol altına alır ve gerekli tüm müdahaleleri yapar (Hatemi, 2004, s. 85). Örnek olarak doktoru tarafından yapılan teşhis sonucunda hastada bulaşıcı bir hastalığın olduğu tespit ediliyor. Fakat doktor bir şey olmaz diyerek hastayı taburcu ediyor. Hasta daha da kötü oluyor. Hasta hekimin hareketini hasta hakkı olarak görmeyip herhangi bir şikayette bulunmuyor. Hastalığın bulaşıcı olması bir kamu tehlikesidir ve hastanın şikayet etmemesi bunun hukuki olarak araştırılmayacağı demek değildir. Olaya savcılık müdahale eder. Çünkü bu örnekte kamu sağlığı söz konusudur. Kişilik hakkı kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olması dolayısıyla hasta bu hakkını kimseye devredemeyeceği gibi kimsenin de bu hakkı ihlal etmesine müsaade etmemesi gerekmektedir. İşte bu noktada kanun hastalara uğrayacakları tüm haksız tıbbi müdahalelerde, bu haklarını herkese karşı ileri sürebileceğini mutlak hasta hakkı ile belirlemektedir.

Tıbbi müdahale kavramı içinde değerlendirilen en basitinden en ağırına kadar her çeşit müdahaleye maruz kalan ve sağlıklı olma, sağlıklı olma halini devam ettirme ve sağlığını geliştirme hakkını kullanmak isteyen ve genel anlamda hasta olarak tanımlanan kişilerin sahip olduğu hak grubu hasta hakkı olarak değerlendirilmektedir.

Örnek olarak düzenli göz muayenesine giden kişi de hasta sayılır ve hak sahibidir (Özlü, 2005, s. 29). Hekim kendisine müracaat eden hastaya herhangi bir tıbbi müdahalede bulunsun veya bulunmasın kişi hasta sayılır. Hasta olmak için ameliyat olmak veya teşhis koyulmuş olmak gerekmez. Mesela kişinin organ bağıışı

yapması, doku naklinin alınması da hasta olmak için yeterlidir (Polat, 2006, s. 140). Genel bir tanımlama ile hasta hakları kişilerin; hasta olmadan önce, hastalandıkları zaman yararlanacakları ulaşılabilir yeterli ve etkin sağlık hizmetinin önceden bulunuyor olmasını, hastalandıklarında ya da sağlıklılık halini kaybettiklerinde bir sağlık kurumunda yetkin ve standart bir sağlık hizmeti almalarını, hastalıkların insanlarda bıraktığı kalıcı olumsuzluklarla birlikte yaşayabilmek için gerekli olan hizmetlerden yararlanmalarını ifade eder (Yenerer Çakmut, 2010, s. 55).

3.4. Hasta Hakkının Amaç ve Kapsamı

Hasta hakkı kavramının içine hasta olarak kabul edilen kişiler girmektedir. Hasta hakkı ile kişi hakkı birbirinden ayrılmaz. Demek ki hasta hakkı kavramı değerlendirilirken kişiler hukuku, medeni hukuk, borçlar hukuku vs. dan ayrı değerlendirilmemelidir. Hasta hakkı kişinin hastalığı dönemi için geçerli bir kavram olmakla beraber hastalığın sona ermesi ile son bulmamaktadır. Mesela hastanın sırlarının hekim tarafından tedavi bittikten sonra da devam etmesi, sır saklama yükümlülüğü içinde oluşan bir güven unsurudur.

Tıbbi hataların büyük bir çoğunluğu yanlış ilaç kullanımından dolayı meydana gelmektedir. Doğal olarak bu hata hastanın yanlış ilaç kullanmasının dışında hekimin tedbirsizliğinden dolayı da vuku bulmaktadır.

İlaç sonrası meydana gelen tıbbi hatalarda asıl sorumluluk hekime aittir. Hekim bilmeden bir ilacı hastasına vermemelidir. İlacın yan etkileri varsa bu hastaya ilaç kullanımından önce bildirilmelidir. Hastanın ilaç karşısındaki etkileşimi hekimin kontrolünde olmalıdır. Hekim, hastasına istediği ilacı vermekte serbesttir. Fakat vereceği ilacın hasta üzerinde meydana getireceği her türlü zarardan da mesul olacaktır. Hekime düşen özen borcunu yeri getirmektir. Hekimin belirlediği ve hastanın kullanımına verilen ilaç sonrası zarar gören hastadan hekim sorumlu olacaktır. Hekimin özensizce yazdığı reçeteden dolayı, hastanın yanlış ilaç almasından ve uğranılan her türlü zarardan hekim sorumlu olacaktır (Göçmen ve

Göçmen, 2003, s. 103). Demek ki hekimler hastalarına verecekleri reçeteleri anlaşılır bir yazı karakteriyle yazmalıdırlar.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 2. Maddesinde Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve diş tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir. Hekimin tedavi ve muayene hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükellef olacağı belirtilmiştir. Demek ki hekim hastasına vereceği ilacın tüm içeriğini bilerek kullanmalıdır. Hasta üzerinde oluşabilecek tüm zararlardan hekim sorumludur. Hekimle birlikte çalışan hemşireden dolayı da kusursuz sorumluluğu bulunmaktadır (Hatemi, 2002, s. 189).

3.5. Hasta Hakları Kavramının Uluslararası Bildirge Ve Yönetmeliklerde Düzenlenişi

Hasta hakları hakkında birçok uluslararası belgeler düzenlenmiştir. Bunlardan en önemlileri, Lizbon Bildirgesi, Amsterdam Bildirgesi, Bali Bildirgesi, Alma Ata Bildirgesi, Helsinki Bildirgesidir. Hukuken bağlayıcılıkları olmasa da kanuni düzenlemelere etkileri oldukça fazladır. Bu bildirgeler uluslararası sağlık örgütlerince yapılmakta ve birçok ülkenin temsilcileri bu bildirgelere iştirak etmektedirler. Ülkeler arası örgütler hasta hakkı kavramının gelişmesine bu şekilde faydada bulunmaktadır (Er, 2008, s. 75).

Bildirgelerin içerikleri hukuki anlam içerse de bağlayıcılığı yoktur. Bireysel düşüncelerin ve etik anlayışın oluşturduğu ilkeler içermektedir. İnsan hakları bu bildirgelerin içeriklerinde de yer almaktadır.

Bu bildirgelerde dikkati çeken en önemli mesele hasta hakkı kavramının hekimler tarafından incelenmiş ve hekimi vicdanıyla baş başa bırakan meselelerinin

hukuki boyutu çok fazla irdelenmemiştir. Hakeri (2007, s. 92)'ye göre hekim-hasta arasında eşitlik yerine, insanın hekimine muhtaç olduğu, hastanın hekiminin vicdanıyla baş başa kaldığı ve ortada bir hiyerarşik yapının olduğu gözden kaçmamaktadır.

3.5.1. Lizbon Bildirgesi

Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında yayınlanmıştır. Hasta haklarının içerik ve esaslarını kapsayan bu bildirge içerik olarak Hasta Hakları Yönetmeliğine benzemektedir.

Lizbon Bildirgesi hastanın haklarını kısa metinler şeklinde belirlemiştir. Bu bildirge hastanın uygulamada karşılaşacağı haklarını ön plana çıkarmaktadır. Bu bildirgenin amacı, hekimin uygulamaya yönelik sorumluluklarının belirlenmesi ve hekimin yapacağı tıbbi müdahalelerden dolayı zarar görme ihtimali bulunan hastanın haklarının, güvence altına alınmasıdır. Hekim kendi vicdanını esas almakla beraber hastanın yararına olacak şekilde davranmalıdır. Hekimin, hastanın yararına olacak şekilde davranması zorunluluğu ahlaki bir yükümlülük teşkil ettiği kadar, yasayla da denetim altına alınmalıdır (Dinç, 2007, s. 96).

Lizbon Bildirgesi hastaya hekimini özgürce seçebilme hakkını getirmiştir (Sert, 2004, s. 27). Hastanın, dışarıdan herhangi bir müdahale olmaksızın, klinik ve ahlaki yargıları özgürce verebilen bir hekim tarafından hizmet almaya hakkı vardır. Hasta hekiminden yeterli bilgi aldıktan sonra, aldığı bu bilgi doğrultusunda tedaviyi kabul etmeye veya etmemeye karar verebilir. Hasta hekiminden, kendisiyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini beklemektedir.

Lizbon bildirgesine göre hastanın saygın bir şekilde ölmeye hakkı vardır. Hastanın bağlı bulunduğu din adamının manevi desteğini, ahlaki ve ruhsal tesellisini alma veya reddetme hakkı vardır.

Her hasta tedavi için başvurduğu sağlık kuruluşundan vasıflı bir tıbbi bakım talep etme hakkına sahiptir. İlgili sağlık kuruluşu ise, bu tedavi uygulanırken, hastaları arasında herhangi bir ayrımcılık yapmamalıdır. Hastanın yararına olan hekim ve tedavi seçilmeli, hastalar arasında seçim yapılmak zorunda kalınırsa, hastaların hakları dikkate alınarak eşit bir şekilde seçim yapılmalıdır. Hekim başladığı tedaviyi sonlandırmalıdır. Başka bir alternatif varsa hastayı yönlendirmelidir. Bu durum, hastanın, sağlık bakımında süreklilik hakkından kaynaklanmaktadır. Hasta kendi kaderini belirleme hakkına sahiptir. Hekim hastasını, verdiği kararın sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. Bu bilgilendirme neticesinde, oluşabilecek risklerden ise hasta sorumludur. Bilinci kapalı hastanın bilgilendirilmesi yasal temsilcisine yapılmalıdır. Eğer yasal temsilci yoksa hastanın rızası var sayılarak tedaviye başlanabilir.

Hekim hastasından veya hastanın yasal temsilcisinden onay alamazsa yasal yollara başvurmalıdır. Hekim, acil durumlarda kendi insiyatifini kullanmalı ve daha iyi sağlık hizmeti verebilmek için, hastasına yaptığı tüm tıbbi müdahalelerde, tedavi sürecini de dikkate alarak etik kurallara göre hareket etmelidir.

Lizbon bildirgesi esas olarak kendi içinde altı maddeyi barındırmaktadır. Bu maddelere baktığımızda Hasta Hakları Yönetmeliği'ne benzeyen maddelerle karşılaşılmaktadır. Bu bildirgenin içeriğinde yer alan genel başlıklar hasta haklarını tanımlamak için yeterlidir. Dinç (2007, s. 55), bildirgenin içeriğini aşağıdaki 6 başlık halinde toplamıştır:

- *“Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.*
- *Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.*
- *Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.*
- *Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir.*
- *Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir.*
- *Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir.”*

3.5.2. Bali Bildirgesi

Lizbon Bildirgesi'nin gözden geçirilmiş halidir. Bu bildirme ile hasta hakları daha kapsamlı hale getirilmiştir. Dünya Tabipler Birliği'nin 1995 yılında Endonezya'nın Bali şehrinde yapılan toplantısında kabul edilmiştir. Bu bildirmeye göre; hekim kendi yararına hareket ederken hastanın menfaatlerini düşünerek hareket etmek zorundadır. Hastanın menfaatleri ancak hekimin vicdanına kalmış bir şeydir. Hekim hastasına yapacağı tüm tıbbi müdahalelerde hastasının menfaatlerini vicdanı doğrultusunda hareket ederek meydana getirecektir.

Bu bildirmede genel olarak Lizbon Bildirgesi'nin içeriği daha da genişletilerek yazılmıştır. Hasta haklarının önemi irdelenmiş ve hekimin sorumlulukları daha açık bir şekilde belirtilmiştir. Bu bildirgenin içeriğinde esas alınan konular:

- *Her insan ayrımcılık yapılmaksızın yeterli ve kaliteli tıbbi bakım görme hakkına sahiptir.*
- *Her hasta herhangi bir dış müdahale olmaksızın özgürce klinik ve etik kararlar verdiğini bilen bir hekim tarafından hizmet alma hakkına sahiptir.*
- *Hasta her zaman yararına en uygun biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi genel kabul gören tıbbi ilkelere uygun olmalıdır.*
- *Kalitenin sağlanması her zaman sağlık bakım sisteminin bir parçası olmalıdır. Özellikle hekimler tıbbi hizmetlerde kalitenin sağlanmasında sorumluluklarını kabul etmelidir. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda potansiyel hastalar arasında bir seçim yapılması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır.*
- *Hasta sağlık bakımı sürekliliği hakkına sahiptir. Hekimin hastayı tedavi eden diğer sağlık kurumları ile koordinasyon sağlama yükümlülüğü vardır. Hekim ileri tedavi endikasyonu olan durumlarda hastaya yeterli destek ve tedavi için seçenekler sunmadan uygulanmakta olan tedaviyi sonlandıramaz (Demir, 2006, s. 98).*

Her ilke tek tek açıklanarak irdelenmiştir. Hekimlere tıbbi sorumlulukları anlatılmakla beraber vicdani olarak hastalara karşı sorumlulukları belirtilmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği, bildirgenin temeliyle birbirine çok benzemektedir (Demir, 2006, s. 98).

3.5.3. Amsterdam Bildirgesi

Avrupa Hasta Haklarının geliştirilmiş bir şekli olarak sunulan bu bildirme 28-30 Mart 1994 yılında kabul edilmiştir. Hastaların alacakları sağlık hizmetinin insan hakları değerlerine uygun olmasının esas alındığı bu bildirme öncelikli olarak kadın erkek eşitliğine değinmiştir. Bunun akabinde hastanın bilgilendirilmesi, hastadan tıbbi müdahaleler için onay alınması, hastanın mahremiyetine ve özel hayatına saygı duyulması, gerekli sağlık bakımı alma ve tedavisinin yapılmasını talep etme hakkı, hastanın haklarını ararken eşit muamele görmesi ve ayırım yapılmadan müdahalede bulunulması bu bildirmede yer almaktadır (Sert, 2004, s. 28).

3.5.4. Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Oviedo) (1997)

Hasta haklarının gelişimi sürecinde Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi de önemli katkılar sağlamıştır. Bu sözleşme Kasım 1996'da Strasbourg'daki toplantıda bir tasarı olarak kabul edilmiş, 04 Nisan 1997'de İspanya'nın Asturias özerk bölgesinin başkenti Oviedo'da, "Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesi: Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi olarak ilan edilmiştir (Sayek, 1998, s. 63).

Bu sözleşme, biyoloji ve tıp alanında artan bir hızla ortaya çıkan gelişmelerin insana saygı ve insan onurunun güvence altına alınmasını, bu alanın kötüye kullanılmasının önlenmesini, uygulamada ortaya çıkacak sorunların çözümü için kamuoyu oluşturulmasını, toplumun üyelerine haklarını ve sorumluluklarını bildirmek gibi amaçlarla yürürlüğe konulmuştur. Kapsamlı bir metin olan sözleşme, insan yararı ve gönencinin bilimin ve toplumun yararının üstünde tutulması, herkesin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanması, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılmasını önermektedir. Sözleşmede aydınlatılmış onam, özel yaşama saygı, bilgilendirme hakkı, acil durumda tıbbi bakım hakkı, bilimsel araştırma standartları, genetik ayrımcılık yapılmaması ve organ aktarımı konularını ele alınmıştır. Bu sözleşme

1997 tarihinde kabul edilmiş olup, Türkiye' de Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilanından önceki en güncel uluslararası belgedir. Hasta Hakları Yönetmeliği oluşturulurken bu bildirgeden önemli ölçüde yararlandığı kabul edilmektedir (Aydın, 2004, s. 555-557). Bu Sözleşme, Türkiye Cumhuriyeti tarafından 4 Nisan 1997 tarihinde imzalanmış; Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından da 3.12.2003 tarihinde onaylanmış ve buna dair Kanun, “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” adıyla ve 5013 Kanun numarası ile 9 Aralık 2003 tarihli ve 25311 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak aynı tarihte yürürlüğe girmiştir (Yılmaz Kayar, 2006, s. 85).

3.5.5. Roma Sözleşmesi (2002)

Avrupa Birliği' nin hasta hakları çalışmalarını koordine eden ve bu alandaki pek çok sivil toplum örgütüyle birlikte hareket eden "Active Citizenship Network Grubu" 2002 yılının Kasım ayında Roma'da Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi)'ni kabul etmiştir. Sözleşme, Avrupa Sosyal Modeli'nin öngördüğü kuralların uygulamadaki görülen kısıtlılık ve aksaklıklarını gidermek üzere, Avrupa kamuoyunda hasta hakları bilinci yaratmak, bu hakların en üst düzeyde korunmasını sağlamak ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında toplumun katılımını desteklemek gibi sosyal hedefleri amaçlamaktadır.

Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi, Roma (Kasım 2002)

- *Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı*
- *Yararlanma Hakkı*
- *Bilgi Hakkı*
- *Onay Hakkı*
- *Özgür Seçim Hakkı*
- *Özel ve Gizlilik Hakkı*
- *Hastaların Vaktine Saygı*

- *Kalite Standartları Hakkı*
- *Güvenlik*
- *Yenilik Hakkı*
- *Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı*
- *Kişisel Tedavi Hakkı*
- *Şikayet Hakkı*
- *Tazminat Hakkı*

Sözleşmede 14 adet hasta hakkı ifade edilmiştir. İlk iki madde, koruyucu tedbirlerin alınması hakkı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını dile getirmektedir. Bu yaklaşım hasta haklarının, yalnızca hastalık durumuyla sınırlı olmayan kapsamını gündeme getirmekte ve sağlık hakkı ile olan güçlü ilişkisini de ortaya koymaktadır. Sözleşmenin oluşturulmasında sivil toplumun öncülük yapmış olması, hasta haklarının toplumda benimsenmesi açısından da ayrıca değer taşımaktadır.

Lizbon Bildirgesi Ekim 2005’de Şili Santiago’da, Bali’den sonra ikinci kez gözden geçirilmiş ve güncellenmiştir. Santiago Bildirgesi, uygulamadaki sorunlar karşısında bazı uyarıcı ve yol gösterici eklemeleri içermektedir. Özellikle tıbbi uygulamalarda hekimin vicdanı ve hasta yararı gözetilmek durumunda ise de, hasta özerkliğine saygı ve adaletin sağlanması için çaba gösterilmesine özel vurgu yapılmaktadır.

Hasta hakları konusunda değişik uluslararası metinlerde farklı hasta hakları grupları verilmektedir. Ancak temel hasta hakları olarak tanımlanabilecek haklar nelerdir? Annas (2004)' a göre hasta haklarının merkezinde beş hak bulunmaktadır. Aydınlatılmış onam, gizlilik ve özel yaşama saygı hakkı, tedaviyi reddetme hakkı, acil bakım hakkı ve savunma hakkıdır. Bütün bildirgelerde yer alan aydınlatılmış onam hakkı hasta haklarının merkezinde bulunan en temel kavramdır. En temel hasta haklarının ise sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, aydınlatılmış onam hakkı ile mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı olduğu kabul edilmektedir.

3.5.6. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, özerkliğe saygının tıp uygulamasındaki yansımasıdır. Özerklik, özgürce karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliği olarak tanımlanmaktadır. Özerkliğin içerik olarak birbiriyle ilişkili üç ögesi bulunmaktadır. Bunlar özerk birey, özerk seçim ve özerk eylemdir. Özerk birey kendi değer, inanç ve yaşam hedefleri çerçevesinde akılcı-özerk eylem ve seçimde bulunabilen bireydir. Özgür seçim, bireyin kendi yeterlik ve özgür koşulları içinde akılcı karar ve eylemlerini belirlerken yapmış olduğu seçimdir. Özerk bireyin özerk seçimde bulunarak ortaya koyduğu eylem ise özerk eylem olarak tanımlanır. Özerk eylem amaçlı, bilinçli, istekli ve her türlü baskıdan uzak eylemdir (Büken, 2000, s. 183). Özerklik yaşamın her döneminde azalabilir ya da yok olabilir. Yaşlılık, psikiyatrik hastalıklar ve bilinç kaybı gibi durumlar söz konusu olabilir. İşte tıbbın amaçlarından biri de, hastalığı ortadan kaldırarak ya da etkisini azaltarak bireyin özerkliğini korumaktır. Bu nedenle özerkliğe saygı gösterilmesi zorunluluğu sağlık çalışanlarına etik bir sorumluluk yüklemiştir ve bu ilkenin tıp uygulamasındaki karşılığı aydınlatılmış onamdır (Oğuz, 1994, s.200).

Aydınlatılmış onam, bir hastanın tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamını, yararlarını, risklerini varsa seçenek yöntemleri bilerek bir uygulamayı kabul etmesidir (Arda, 2002, s. 196).

İnsan onuru ve bütünlüğünü korumayı hedefleyen aydınlatılmış onam öğretisi iki temel ilkeden köken almaktadır: Bunlar, güvene dayanan ilişkinin sorumlulukları ve bireyin kendisi hakkında karar verme hakkıdır. Güvene dayalı ilişki kavramı içinde hekim kendisine inan ve güvenen hastanın iyi niyetine sadık kalarak, daima onun yararını gözetmelidir. Bireyin kendisi hakkında karar verme hakkı ise, yeterliliği olan kişinin kendi bedenine ne yapılacağı konusunda karar verme hakkına sahip olduğu ve isteği dışında hiçbir uygulamaya zorlanamayacağı anlamını içermektedir. Bu iki ilke ışığında aydınlatılmış onam kavramı bireyin kendi bedeninin sahibi olduğu ve insan olarak bütünlüğünün korunması gerektiği fikri üzerinde temellendirilmiştir (Ersoy, 2003, s. 220). Aydınlatılmış onamın altında

yatan değerler, özellikle hasta yeterli olmadığı durumlarda bir referans noktası haline gelmiştir. Aydınlatılmış onam; hekim–hasta ilişkisinin yasal ve felsefi köşe taşı konumuna geldiği ve paternalizm geleneğinin yerine geçtiği kabul edilmektedir (Moreno, vd, 1998, s. 687-697). Günümüzde hekimler için sadece etik bir sorumluluğun ötesinde yasal bir görev de olmuştur (Arda, 2004, s. 4). Bu nedenle aydınlatılmış onamın etik, hukuksal ve tıbbi boyutları vardır.

Hekim paternalizmine karşı geliştiği kabul edilen aydınlatılmış onam; kısmen klinik araştırmalardaki insan deneklerin haklarının ihlal edildiği algısını da içeren ve kamuoyuna mal olmuş olaylara, kısmen de doktor-hasta ilişkisinde onam alınmamış uygulamalarla ilgili davalarda bir dizi mahkeme kararına bağlanmaktadır. Tıbbın gücünün artmasıyla, onun sonuçlarından doğrudan etkilenenlerin, bu sonuçlar üzerinde denetim yapma isteminin de arttığı kabul edilmektedir. İronik olarak, hekimlerin bilgi ve deneyimi arttıkça, önceden klinik kararlar almada sorgulanmayan otoritelerinin, gittikçe azalmakta olduğu öne sürülmektedir (Moreno, vd, 1998, s. 687-697).

Genel olarak tıp uygulamalarında hekimlerin hastalarına karşı görevlerinde iki yasal kuram kabul edilmiştir. Hangi kurama dayalı olursa olsun görevin yerine getirilmesindeki başarısızlık cezalandırma sorumluluğu ya da zararın karşılanması zorunluluğu getirmektedir.

Kötü muamele teorisine göre; davacıya bildirilmeyen veya örtülü de olsa izni olmadan, fiziksel bir temastan kaynaklanan herhangi bir kasti eylemden dolayı, sanık sorumluluk taşır. Ancak kötü muamele için, “kötü bir niyet” veya “zarar” gerekmesi de, pratikte uğraşmaya değer olması için bu şartlardan en az birini taşımalıdır. (Moreno, vd, 1998, s. 687-697).

İhmal teorisine göre, sanığın davacıya yönelik bir görevini yaparken, dikkatsizlikten dolayı bir hasar oluştuğunda sanık dikkatsiz eylem ve ihmalden dolayı sorumluluk taşımaktadır. Gerekli veya yeterli özenin gösterilmemesi olan ihmalcilik, kasıtsız olarak zarar vermeye yönelik haksız eylemdir. Aydınlatılmış

onamda ihmalcilik eylemi, hekimin hastasını bilgilendirmek için gerekli özen görevini yerine getirmemesini, sonuçta mali olarak ölçülebilir bir zarara yol açmasını ve yeterliliği olan bir bireyin buna onay vermemesini içermektedir. Bazı hukukçular kötü muamele teorisinin aydınlatılmış onamın dayandığı kişisel karar felsefesini ihmal teorisinden daha iyi yakaladığını savunmaktadırlar. Başka bir konu da, herhangi bir zarara neden olmadan, sadece onay almamanın vücut bütünlüğüne yönelik bir girişim olup olmadığı ve bunun telafi edilip edilemeyeceği konusudur. Kötü muamele kuramı, tıbbi sebeplerle bile olsa onay alınmamış uygulamaların telafi konusu olduğunu ifade ederken, ihmal kuramı telafi gerektirmemektedir (Moreno, vd, 1998, s. 687-697).

Aydınlatılmış onam sürecinin belli unsurları bulunmaktadır (Beauchamp ve Childress, 2001, s. 77-104):

Başlangıç unsurları ya da ön koşullar

- Yeterlilik (anlama ve karar)
- Gönüllülük (karar vermede)

Aydınlatmanın unsurları

- Bilgi aktarma ve açıklama (temel bilgilerin aktarılması)
- Öneri (bir plan önerisi)
- Kavrayış (bu iki unsurun kavranması)

Onamın unsurları

- Karar (bir plan konusunda)
- Yetkilendirme (seçilmiş plan konusunda yetki verme)

Beauchamp ve Childress (2001) aydınlatılmış onam sürecinin iki ön koşulu bulunduğunu belirtmektedir. Bunlar yeterlilik ve gönüllülüktür.

Yeterlilik, hastanın belli bir zamanda, varolan tedavi seçenekleri hakkında anlamlı bir seçim yapma kapasitesi olarak açıklanmaktadır. Ayrıca iletişim kurma, bilgiyi anlama ve sonuç çıkarma yeteneği olarak da tanımlanmaktadır.

Gönüllülük, hastanın herhangi bir baskı ve aşırı etki altında kalmadan tedavi kararını özgürce vermesidir. Ancak hastalığın neden olduğu acı, sıkıntı, depresyon gibi iç etmenler ile, aşırı ikna, baskı ve yönlendirme gibi dış etmenler gönüllülüğü olumsuz etkilemektedir (Beauchamp ve Childress, 2001, s. 77-104).

Aydınlatılmış onam verme yeterliliğine sahip hastaların, kendi durumları ve tedaviyi reddetmeyi de içeren seçenekler konusunda bilgi alma hakkı vardır. Ancak hastanın açıklanan bilgiyi anlaması ve değerlendirmesi önemlidir. Bu nedenle hasta kritik bilgidен yoksun ise hiçbir aydınlatılmış onam geçerli kabul edilemez, bu nedenle hastanın anlayıp anlamadığının denetlenmesi gereklidir. Bilginin teknik tıbbi terimler yerine, hastanın eğitimine, kültürüne ve anlama kapasitesine uygun basitleştirilmiş terimlerle açıklanması hastanın anlamasını kolaylaştıracaktır. Hastalığı ile ilgili en uygun tedavi planları ve öneriler anlatılmalı, karar vermesi konusunda bilgi desteği verilmelidir. Yine de teknik bilginin özellikle stres altındaki insanlarla paylaşılması konusunda sorunlar bulunmaktadır. Hastanın herhangi bir baskı altında kalmadan ve gönüllü olarak seçtiği ve kabul ettiği uygulamaya onay vermesi gerekecektir. Geçerli aydınlatılmış onam sürecinin tamamlanması için son aşama hastanın hekimi yetkilendirmesidir. Bu yetki sadece hasta veya hasta yetersiz ise yasal temsilcisi tarafından verilebilir (Ersoy, 2003, s. 220).

Geleneksel olarak tıp eğitiminde, sosyal ve kültürel farklılıklara yer verilmediği ve sosyolojik bir bakış açısı kazandırılmadığı için, aydınlatılmış onam sürecinde hekim-hasta arasında bazı engeller ortaya çıkmaktadır. Hekim, teknik bilgilere sahipken, hasta farklı değerlere ve farklı algılamalara sahiptir. Hastalıkların tanımı, sağlık hizmetlerine ve hekime bakış açısı gibi konularda farklı inanç ve tutumları vardır. Örneğin ABD’nde yaşayan Vietnam kökenli Hmonglar, önemli tıbbi kararlarını topluluğun yaşlılarına bırakırlar veya en azından yaşlıların onayını ararlar (Moreno, vd, 1998, s. 687-697). Ülkemizde de tıbbi kararlar almada “aile meclisi” önemli bir kurumdur. Aile meclisi, “*aile bireylerinin ortak görüşlerini belirleyen ve yerine getiren bir heyet*” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2005). Bu heyet ailenin büyüklerinden oluşur ve önemli konularda karar verebilen bir karar organı işlevine sahiptir. Aydınlatılmış onam almada hasta yerine, farklı karar alma

düzeneklerine sahip olan aile meclisinin sürece katılmasıyla, hekimin bilgilendirme ve onam alma işlemi daha da zorlaşabilir. Bu bağlamda, aile meclisinin verdiği kararın hastanın özerk kararı olarak değerlendirilmesi ve bu onamın geçerli kabul edilmesi konusunda kuşkular ortaya çıkmaktadır.

3.5.7. Mahremiyet ve Özel Yaşama Saygı Hakkı

Kişinin bakım ve tedavi amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu, ancak, toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşam alanına, “mahremiyet” denir (Çinko, 2001, s. 162). En geniş anlamıyla, kişinin içinde bulunduğu durumda, diğer kişilerin karışmasından uzak olması, uzak kalmasının sağlanması durumudur (Oğuz, 1994, s. 187). “Özel yaşam alanı”nı ise, bireyin bizzat kendisi tarafından oluşturduğu ve/veya önemseddiği değerler ve yaşam tarzı oluşturmaktadır.

Bu değerler içinde, kişinin inanışları, felsefi düşüncesi, hayata bakış açısının oluşmasında etkili olan konular da yer almaktadır. Mahremiyet ve özel yaşam alanı, birlikte ele alındığında, kişinin başkasının bilgisinden sakladığı şeyler, yaşamsal değerleri ve yaşama tarzının önemsenmesini ve korunmasını kapsamaktadır (Çinko, 2001, s. 74). Mahremiyet, bireyin onurunu ve özerkliğini korumanın esası olarak Hipokrat döneminden beri tıp mesleğinin etik ilkeleri arasındaki yerini korumaktadır (Ersoy, 2003, s. 222).

Özel yaşamın gizliliği, istenmeyen kişilerin varlığı ile bozulabildiği gibi, fiziksel yakınlık dahi özel yaşamın gizliliğine zarar verebilir. Bu yakınlığın derecesi, neyin bu gizliliğe zarar verdiği ise kültürel koşullara, kişinin içinde bulunduğu toplumsal duruma göre değişmektedir. Özel yaşama zarar vermeme, insan saygının zorunlu bir sonucu olarak görülmektedir (Oğuz, 1994, s. 100).

Hekim, muayene ile hastanın vücut yapısını, hastalığını, geçmişini öğrenmekte; gerekirse ek sorular sorarak özel yaşamına ilişkin bilgilere sahip olmaktadır; yapacağı tetkik ve tahlillerle de hastanın da bilmediği bilgilere sahip

olacaktır. Sonuç olarak her tıbbî uygulama hasta için, hem vücut bütünlüğüne hem de özel yaşamına bir müdahale anlamı taşımaktadır.

Hasta, tüm sağlık çalışanları ve diğer hastalar açısından kendi vücudu ve bilgilerinin gizlenmesi hakkına sahiptir. Tüm hastaların ırk, kültür, etnik köken, din, cinsiyet, cinsel eğilim, engellilik, yaş, sosyoekonomik durum gibi özellikleri açısından ayrımcılığa uğramadan sağlık bakım hakkı bulunmaktadır. Hasta, tüm bilgilerin kendi tıbbi kayıtlarında yer alması hakkına sahiptir ve isterse bu kayıtları inceleme, yanlışları düzeltme ve kopyasını alma hakkına sahiptir. Hasta bakımıyla ilgisi olmayan kişiler, hastanın açıkça onayı olmadan hastanın tıbbi kayıtlarına erişmemelidir (Annas, 2004, s. 6). Hastanın özel bilgilerinin gizliliğinin korunması aynı zamanda hastanın sağlığına da hizmet edebilmektedir. Karşılıklı güven ilişkisinde bilginin özgür aktarımını sağlayarak, tedavinin etkin kılınmasına ve kişisel bilgiye karşı duyarlılık kazandırarak hastanın özerkliğinin korunmasına katkı sağlanmaktadır. Toplumun ahlaksal yapısının korunmasına da hizmet ederek, güven ilişkisi içinde hastayı bilmesi gereken kişilere gönüllülikle açıklama yapmaya cesaretlendirmektedir (Ersoy, 2003, s. 222).

Hastanın mahremiyet ve özel yaşam hakkı, hekim ve diğer sağlık personelinin hasta hakkında edindiği bilgileri, üçüncü kişilere aktarmamasını, hasta ile ilgili bilgilerin saklanmasını gerektirmektedir. Sadece hastanın ölümü değil hekimin de ölümü durumunda bile mahremiyet hakkı korunmalıdır (Çinko, 2001, s. 101).

Hasta mahremiyeti ve sırlarının korunması, başkalarının yaşamını tehlikeye atma olasılığı yüksek olan hastalıklarda ciddi etik ikilemler yaratmaktadır. Hastanın bilgilerini koruma ödevi ile üçüncü kişilerin zarar görmesini engelleme ödevi çatışmaktadır. Bu gibi tehlikeli hastalıkların gizlilik yükümlülüğünün istisnası olarak kabul edilmesi gerektiği konusundaki görüşler, gizliliğin amaçsız bozulmasını önleyecek düzenlemeleri de zorunlu kılmaktadır. Risk altındaki kişilerin gerçek zarar görme olasılığının yüksek olması, zararı önleyecek başka bir yol olmadığı durumlarda ve gizlilik ihlali en aza indirilerek yapıldığında haklı çıkarılabilmektedir.

Ancak her durumda hastanın aydınlatılmış onamının alınması da etik bir gereklilik olarak görülmelidir (Ersoy, 2003 s. 125).

Günümüzde hekimlerin hastasının sırlarını korumakla ilgili mutlak bir ödevi olduğu yolundaki anlayış değişikliğe uğramıştır. Yani hekimin hastasının sırlarını mutlak koruması değil, saygı göstermesi yönünde bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu bağlamda tıbbi gizlilik ilkesi genelin esenliğine, hastanın özerkliğine ve mahremiyetine saygıyı artırmak gibi asıl amaçlara hizmet eden bir araç olarak kabul edilmektedir. Bu çağcıl yaklaşım hekimin hastanın sırrını korumakla ilgili yükümlülüğünün mutlaklığını ortadan kaldırmaktadır (Ersoy, 2003, s. 202).

Hasta hakları konusundaki uluslararası bildirgeler ulusal hukuka da yol gösterici olmuştur. Bu uluslararası metinlerin sıkça güncellenmesinin aslında hasta hakları kavramının dinamik ve yenilikçi yapısından kaynaklandığı ileri sürülebilir. Hasta hakları kavramı durağan bir yapıda olmayıp bilimsel teknolojik ilerlemeler, sosyal alanda yaşanan değişimlerle öne açık bir kavram olarak değerlendirilebilir.

4. BÖLÜM

4. HASTA HAKLARI KAVRAMININ TÜRKİYE VE KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ' NDEKİ GELİŞİMİ

4.1. Osmanlı İmparatorluğu Ve Türkiye Cumhuriyeti Döneminde İnsan Hakları Anlayışının Gelişimi

Türkiye' de insan hakları kavramının başlangıcı olarak tarihsel açıdan ilk Türk uygarlıklarına kadar gidilebilir.

Ülkemizde insan hakları kapsamındaki bireysel, siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel hakların ortaya çıkışı ve gelişimi uygun toplumsal koşulların oluşmasıyla, Tanzimat döneminden başlayarak, önceleri padişah fermanlarıyla gündeme gelirken, ilk anayasal yapılanmalardan sonra ve cumhuriyetle birlikte anayasalarda yer almaya başlamıştır. Bütün yasalar anayasal temele dayandığı için, hak ve özgürlüklerin gelişiminde anayasal hareketler önemli rol oynamıştır. Bu nedenle bu fermanların ve genel olarak anayasaların konu açısından incelenmesi, insan hakları bağlamında ülkemizdeki tarihsel süreci ortaya koyabilecektir.

4.1.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi

4.1.1.1. Tanzimat ve Islahat Fermanları

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, 1808 tarihli Sened-i İttifak Belgesi'nin hak ve özgürlükler açısından bir ilk adım olduğu, bazı temel hak ve hürriyetlerin bu belge ile tanındığı ve hükümdarın yetkisinin sınırlandırılması ilkesinin benimsendiği bilinmektedir. Ancak Osmanlı İmparatorluğu döneminde hak ve özgürlüklerdeki gelişmeler açısından 3 Kasım 1839 tarihli Tanzimat Fermanı, önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bazı tarihçiler hak ve özgürlükler açısından Tanzimat Fermanı'nı, (Gülhane Hatt-ı Humayunu) "Türkler'in Manga Carta'sı" ya da Türkler'in ilk "temel haklar beyannamesi" olarak değerlendirmektedir. Tanzimat Fermanı'nın amacı, devleti yeniden düzenlemek, kanun devletinin kurulmasını sağlamak ve eşitlik ilkesini getirmek olarak açıklanmıştır. Bir anayasa olmaktan çok bir reform programı ve yasama kılavuzu niteliğindedir. Mali güce göre vergi ilkesi,

devlet harcamalarının kanuniliği, kanunun üstünlüğü, askere almada adalet, mülkiyet hakkı gibi yenilikler getirmiştir (Gözler, 2006, s. 161-172). Can ve mal güvenliğinin sağlanması, kanunsuz suç ve cezanın olamayacağına kabulü, yargılanmadan kimseye ceza verilmeyeceği gibi bir takım haklar elde edilmesi yanında, teokratik yönetimden de bir kopma anlamına gelecek bir dizi yönetsel, mali, askeri ve hukuksal reformlar gündeme gelmiştir. Tanzimat Fermanı temelde bir batılılaşma hareketidir, ancak bazı düşünürler bu olayı, Avrupa'ya önemli ödünler veren bir adım olarak değerlendirmektedirler (Tanör, 2005, s. 95-393). Tanzimat Fermanı anayasal gelişmeler açısından önemli bir adım olmuştur. Hükümdar tek taraflı olarak, kendi isteği ile kendi kendini sınırlanmış ve halkına birtakım hakları bahsetmiştir. Tanzimat Fermanı'nın yaptırımı olarak da padişahın, fermanla ilan edilen ilkelere ve kabul edilecek yasalara uyacağına yemin etmesi ve bu yeminin ulema ve vezirler tarafından da yapılması öngörülmüştür (Gözler, 2006, s. 161-172).

Tanzimat Fermanı'ndan sonra 28 Şubat 1856'da ilan edilen Islahat Fermanı bu dönemin diğer önemli bir gelişmesi olmuştur ve bu fermanın, Tanzimat Fermanı'ndan daha kapsamlı olduğu kabul edilmektedir. Islahat Fermanı'nın özellikle Avrupa ülkelerinin zorlaması sonucu Tanzimat Fermanı ile öngörülen reformları uygulamak için ilan edildiği de ileri sürülmektedir. Fermanın özüne bakıldığında, müslüman olmayanlara, müslümanlarla her düzeyde eşitlik sağlamanın yanı sıra, daha çok yabancılara tanınan önemli ekonomik hak ve ayrıcalıklarla da karakterize olduğu görülmektedir (Tanör, 2005, s. 95-393). Başta din olmak üzere, vergi, askerlik, yargılama, eğitim, memurluk ve temsil alanında o zamana kadar olan farklılıkların, Islahat Fermanı ile kaldırılması gündeme gelmiştir. Din bakımından ayrımcılık, vergi ve askerlik bakımından eşitsizlik kaldırılmakta, memuriyete kabul ve siyasette temsil gibi haklar verilmektedir. Islahat Fermanı ile Osmanlı İmparatorluğu'nda değişik kökenden herkese, o dönem Avrupa ülkelerinde tanınan temel hak ve hürriyetlerin önemli bir bölümü verilmiştir (Gözler, 2006, s. 161-172).

4.1.1.2. I. Meşrutiyet Dönemi ve Kanun-i Esasi

Tanzimat Fermanı ile başlayan süreç, bireysel haklar alanında yeni bir düşünce akımı yaratmış olsa da, beklenenin aksine ekonomik ve sosyal alanda başarılı sonuçlar ortaya koyamamıştır. Bu sonuçlarla birlikte, iç karışıklıklar, dış müdahaleler ve baskıcı bir yönetim anlayışı, diğer aydınlarla birlikte tıbbiye ve mühendishane hoca ve öğrencilerinin de içinde bulunduğu “meşrutiyetçi akım”ın güçlenmesine yol açmıştır. 1876’da Kanun-i Esasi adıyla bilinen ilk anayasanın hazırlanıp padişaha zorla kabul ettirilmesiyle I. Meşrutiyet dönemi başlamıştır. Bu açıdan Tanzimat yukarıdan aşağı bir hareket görüntüsünde iken, Meşrutiyet’in oluşumunun tabandan yukarı bir eyleme dayandığı ileri sürülmektedir (Tanör, 2005, s. 95-393).

Kanun-i Esasi gerek maddi, gerekse şekil açısından tam bir anayasadır. Bu Anayasa’nın 8.–26. maddelerini içeren bölümü Osmanlı İmparatorluğu sınırları içinde temel hak ve özgürlükleri düzenlemektedir. Düzenlenen temel hak ve özgürlükler; vatandaşlık hakkı, kişi hürriyeti ve güvenliği, ibadet hürriyeti, basın hürriyeti, eğitim hürriyeti, eşitlik ilkesi, devlet memurluğuna girme hakkı, mali güce göre vergi ilkesi, konut dokunulmazlığı, kanuni hakim güvencesi, müsadere ve angarya yasağı, vergilerin kanuniliği ilkesi ve işkence yasağıdır (Gözler, 2006, s. 161-172). Eksikliklerine rağmen Kanun-i Esasi, temel haklar ve özgürlükler açısından bakıldığında gerek kişilere tanınan haklar, gerekse mahkemelerin statüsü ve yargısal güvenceler bakımından, Tanzimat’ın düzenlemelerini çok aşan yenilikler getirmiştir. Siyasal eşitlik, parlamentoculuk ve genel katılım gibi yaklaşımların benimsenmesi insan hakları, siyasal haklarda eşitlik, sınırlı da olsa yönetime katılma, padişah hak ve yetkilerinin sınırlandırılması bakımından olumlu sayılabilecek gelişmelerdir. Genel olarak Kanun-i Esasi’ye bağlı devlet fikri ve hukukta modernleşme çabaları bu dönemin başlıca özellikleridir (Mardin, 2003, s. 31-34).

I.Meşrutiyet ile başlayan parlamenter dönem, monarşiden uzaklaşmayı gündeme getirse de kısa sürmüştür. İki yıllık bir parlamento deneyimi, daha sonra

yerini baskıcı ve uzun bir dönem olan “istibdat dönemi”ne bırakmıştır (Gözler, 2006, s. 161-172).

İstibdat Dönemi, kişi güvenliği ve özgürlüklerinin yok edilmesi, özellikle düşünce, sanat, basın ve yayın yaşamını hedef alan kısıtlamalarla, önceki dönemlerde kazanılan bir takım hakların tümüyle yok edilmesi ile mutlakiyete geri dönüşü ifade etmektedir. Her alandaki yasaklar o kadar yaygınlaşmıştır ki, bu durum günlük konuşma diline kadar inmiştir. İlginç olarak “vatan”, “millet”, “hürriyet”, “cumhuriyet” sözcüklerinin yanında “hasta” ve “deli” sözcükleri de yasaklanmıştır.

“Hasta” sözcüğüne duyulan tepki o dönem Avrupası’nın Osmanlı İmparatorluğu’na “hasta adam” benzetmesinden kaynaklanmaktaydı. “Deli” ise ruhsal sorunları olan bir önceki padişahı (V.Murat) çağrıştırdığı için yasaklanmıştır (Tanör, 2005, s. 95-393).

İstibdat dönemi baskıcı niteliği yanında, sistemi ayakta tutabilmek için kurumsal modernleşmeye önem vererek, özellikle askeri ve sivil eğitim alanında bir takım atılımların da gerçekleştiği bir dönem olmuştur. Yeni açılan askeri ve sivil okullar uyguladıkları eğitimle çağdaşlığa ve yeni fikirlere toplumun kapılarını açmıştır. Mardin (2003)' e göre, özellikle tıp eğitiminin pozitif niteliği, biyolojik ve materyalist bir dünya görüşünün benimsenmesine ve tutucu değerlerden uzaklaşmaya hizmet etmiştir. Bu dönemde gizli muhalefet örgütlenmesinin beşiği de Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Askeri Tıp Okulu) olmuştur. 1908’de “Hürriyetin İlanı” ile bu dönem sona ermiş ve II. Meşrutiyet Dönemi başlamıştır (Mardin, 2003, s. 31-34).

4.1.1.3. II.Meşrutiyet Dönemi

II.Meşrutiyet, bir “saray darbesi” değil, geniş bir toplumsal tabana oturan bir halk hareketi olarak kabul edilmektedir. Köklü ve uzun birikimlere dayanan bir hareket olması yanında barışçı bir şekilde gerçekleşmiş olması da önemli bir niteliğidir. Meşrutiyet’i kuranlar Fransız İhtilali’nden esinlenerek “özgürlük, eşitlik, kardeşlik” ilkelerinin yanına, “adalet” ilkesini de katarak hem yönetimin meşruluk

temellerini pekiştirmişler, hem de geniş kitleleri kazanmaya çalışmışlardır (Tanör, 2005, s. 31-34).

1909'da Kanun-i Esasi'nin toplam 21 maddesi değiştirilerek, yeni bir anayasa anlamına gelecek bir düzenleme yapılmıştır. Önceden tanınmış hakların yanında, özellikle kişi güvenliği, basın özgürlüğü gibi alanlarda önemli düzenlemeler getirilmiştir. Toplanma ve dernek kurma hakları tanınmış, kanun dışı tutuklama yasağı, sansür yasağı, haberleşmenin gizliliği esası benimsenmiş ve padişahın sürgün yetkisi kaldırılmıştır (Gözler, 2006, s. 161-172). Bu bakımdan II.Meşrutiyet'in temel hak ve özgürlükler bakımından görece daha gelişmiş bir içerik ve liste sunduğu kabul edilmektedir. Bu gelişmeler ışığında, gerek devletin yeniden düzenlenmesi, gerekse temel haklar açısından 1909 sisteminin, ilk kez gerçek anlamda parlamenter anayasal bir monarşi kurduğu öne sürülmektedir. Padişahın yasama ve yürütme alanındaki yetkileri sembolik hale getirilmiştir. Böylece 1909 değişiklikleriyle Osmanlı İmparatorluğu'nun mutlak monarşiden kesin olarak çıktığı ve "sınırlı monarşi" dönemine girdiği savunulmaktadır (Tanör, 2005, s. 95-393). Ancak bu dönemlerde ilan edilen özellikle temel hak ve özgürlüklerle ilgili yazılı metinlerin tam olarak yaşama geçirilmesi mümkün olamamıştır.

İzleyen dönemde Birinci Dünya Savaşı sonrası Osmanlı İmparatorluğu parçalanma sürecine girmiş ve işgale karşı Kurtuluş Savaşı başlamıştır. Kurtuluş Savaşı sırasında bir anayasa hazırlanarak önemli bir adım atılmıştır.

4.1.1.4. 1921 Anayasası

1921 Anayasası, Teşkilat-ı Esasiye Kanunu olarak adlandırılmış ve bir geçiş döneminin temel gereksinimlerini karşılamak için hazırlanmıştır. Kurtuluş mücadelesinin yeni bir anayasa altında sürdürülmek istenmesi, mücadelenin "meşruluk" ve "hukukilik" niteliklerini sağlamlaştırmak eğiliminden doğmuştur. 1921 Anayasası hazırlanış ve kabul özellikleri bakımından Osmanlı-Türk anayasacılığının en demokratik örneği olduğu kabul edilmektedir. Bu anayasada egemenliğin millete ait olduğu ilan edilerek, saltanat ve hilafetin reddedildiği

vurgulanmıştır. Büyük Millet Meclisi, kuruculuk, yasama ve yürütme yetkilerine sahip olmuş ve temsili demokrasi anlayışı benimsenmiştir (Tanör, 2005, s. 95-393).

1921 Anayasası 24 maddeden oluşan kısa bir çerçeve anayasa niteliğinde olup, kişi hak ve özgürlükleri ile yargılama gibi temel konulara yer verilmemiştir. Ancak Kurtuluş Savaşı bu anayasal yönetim altında başarıya ulaşmış, saltanat kaldırılmış, cumhuriyet ilan edilmiş ve hilafete son verilmiştir. Anayasa çok kapsamlı olmamasına rağmen, yürürlükte olduğu kısa sürede büyük tarihsel, siyasal ve hukuki dönüşümlere yol açmıştır (Gözübüyük, 2006, s. 125-126).

1921 Anayasası'nın kabul edilmesinden itibaren, Osmanlı İmparatorluğu dönemini temsil eden 1876 tarihli Kanun-i Esasi'de henüz kaldırılmadığı için "iki anayasalı dönem" ortaya çıkmıştır. Bu ikilik 1924 Anayasası'nda Kanun-i Esasi'nin yürürlükten kaldırıldığının açıkça belirtilmesiyle son bulmuştur (Tanör, 2005, s. 95-393).

4.1.1.5. 1924 Anayasası

1924 Anayasası, kişisel hak ve özgürlükler açısından Fransız İhtilali'nin izlerini taşıyan doğal hukukçu, liberal ve bireyci bir yaklaşımın egemen olduğu bir içerikte hazırlanmıştır. Temel hak ve özgürlüklerin tanımı, sınırları ve güvenceleri açısından 1789 Bildirgesi ile büyük bir benzerlik göze çarpmaktadır (Anayurt, 2003, s. 165-186). Anayasa başta yasa önünde eşitlik, her türlü ayrımcılığın yasaklanması ilkesi ile kişi dokunulmazlığı, vicdan, düşünce, söz, yayın, seyahat, sözleşme, mülk edinme, toplantı, dernek kurma hak ve özgürlükleri gibi klasik bireysel hak ve özgürlüklerin hemen hepsine yer vermiştir (Tanör, 2005, s. 95-393). Ancak temel hak ve özgürlüklerin güvence altına alınması yönünde açık bir düzenlemeye gidilmemiş, sıralanan temel hak ve özgürlüklerin düzenlenmesi, sınırlarının belirtilmesi, yasama organının takdirine bırakılmıştır (Gözübüyük, 2006, s. 125-126).

Yargısal güvence hakları, siyasal ve kamusal haklar bağlamında yeni düzenlemeler getirmektedir. Ekonomik haklar konusunda özel mülkiyet ve girişimi

koruyucu özellikleri bulunmaktadır. Daha sonra yapılan değişiklikle “devletçilik” anayasaya konmuştur (Tanör, 2005, s. 95-393). Sosyal haklar konusu hemen hiç ele alınmamış, devletin sosyal ödevlerine yer verilmemiştir. Sendika, grev, toplu sözleşme gibi kolektif emekçi hakları tanınmamı ve sosyal güvenlik, konut ve sağlık hakkı gibi devlete düşen ödevlerden bahsedilmemiştir. Hemen bütün klasik haklara yer vermekle birlikte, sosyal haklara yer verilmemesinin bir nedeni, bu grup hakların söz konusu dönemde klasik haklar kadar yaygınlık kazanamamış olmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Anayurt, 2003, s. 165-186).

1924 Anayasası’nda devlet felsefesinin “sosyal” olmaktan daha çok “liberal” olduğu söylenebilir. Anayasa liberal yapısına rağmen uygulamadaki tek parti yönetiminin, özellikle hak ve özgürlükler açısından anayasanın öngördüğünden farklı ve özgürlükleri kısıtlayıcı bir tutum benimsediği ileri sürülmektedir (Tanör, 2005, s. 95-393).

4.1.1.6. 1961 Anayasası

1961 Anayasası, hem devlet yönetimi alanında hem de kamu özgürlükleri rejimi ve getirdiği güvence mekanizmaları bakımından, Türkiye Cumhuriyeti’nin en ilerici anayasası olarak kabul edilmektedir (Yürük, 1998, s. 35-48). Bu Anayasa otorite-özgürlük dengesi açısından özgürlüklerin ağır bastığı bir anayasadır. Bu nedenle Türkiye’de temel hak ve özgürlüklerin gelişimi açısından 1961 Anayasası’nın önemli katkıları olmuştur ve anayasayı oluşturan altı ana bölümden biri temel hak ve ödevler ile ilgili bölüm olarak düzenlenmiştir (Tanör, 2005, s. 95-393). Temel hak ve özgürlükler kişi hakları, sosyal ve ekonomik haklar, siyasal haklar olmak üzere üç kümede toplanmış ve bu hakların hangi hallerde sınırlandırılacağı anayasada belirtilmiştir. Sınırlamaların ancak yasa ile olabileceği ve özgürlüklerin özüne dokunulamayacağı, eşitlik ilkesine ters düşen uygulamalara gidilemeyeceği ifade edilmiştir (Gözübüyük, 2006, s. 125-126). Bu anayasa, insanı yüce bir değer olarak kabul etmiş ve birey ile toplumun hak ve özgürlüklerinin uzlaştırılıp geliştirilmesini hedefleyen bir yapıda kaleme alınmıştır. Anayasada yer alan bireysel, sosyal, siyasal hak ve özgürlükler; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde yer verilmiş haklarla örtüşmektedir. Kalkınma, sosyal adalet ve demokrasiyi birlikte gerçekleştirmeyi hedeflemiş olan bu anayasanın devlet tasarımı demokratik, laik, sosyal, hukuk devleti olarak ortaya konmuştur (Özbudun, 2005, s. 39-113; Tanör ve Yüzbaşıoğlu, 2005, s. 145-167).

1961 Anayasası'nda, 1971 Askeri Darbesi'nden sonra olumsuz yönde yapılan bir takım değişikliklere rağmen, özgürlükçü yapısı ortadan kaldırılamamıştır. Terör olaylarının ve siyasi istikrarsızlığın sorumlusu olarak görülen anayasa, yerini 1980 Askeri Darbesi'nden sonra hazırlanan 1982 Anayasasına bırakmıştır (Yürük, 1998, s. 35-48).

4.1.1.7. 1982 Anayasası

1982 Anayasası “tepki anayasası” olarak tanımlanmakta ve otorite-özgürlük dengesinin özgürlükler aleyhine bozulduğu, devlet otoritesinin güçlendirildiği katı bir anayasadır. Yürütmenin, yasama ve yargı karşısında daha da güçlendirildiği ve daha az katılımcı bir demokrasi modeli benimsenmiştir (Özbudun, 2005, s. 39-113). 1982 Anayasası, insan hakları bakımından bir geriye gidişi temsil etmektedir (Yürük, 1998, s. 35-48). 1961 Anayasası'nın “insan haklarına dayalı devlet” yerine, 1982 Anayasası (Madde2) “insan haklarına saygılı devlet” deyimini kullanılmıştır. İnsan haklarına ancak “toplumun huzuru, milli dayanışma ve adalet” çerçevesi içinde saygı gösterilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Özbudun, 2005, s. 39-113). 1982 Anayasası iç ve dış dinamiklerin etkisiyle 2005 yılına kadar on kez değişikliğe uğramıştır. Bu değişiklikler genelde demokratik, liberal ve hukuk devleti ilkesini geliştirici yönde olmuştur. Liberallik hem siyasal ve hukuki bağlamda hem de iktisadi anlamda olmuştur. Ekonomik düzlemde özelci ve uluslararası yaklaşımın anayasaya yansıdığı, kamulaştırma ve devletleştirmelerin sınırlandırıldığı, özelleşmeyi koruyucu düzenlemelerin yaygınlaştırıldığı göze çarpmaktadır (Tanör ve Yüzbaşıoğlu, 2005, s. 145-167).

Osmanlı İmparatorluğu'nun yıkılması ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulması ile 1921, 1924, 1961 ve 1982 tarihli dört anayasa hazırlanmıştır. 1921 Anayasası

Kurtuluş Savaşı sürerken hazırlanmış, 1924 anayasası cumhuriyetin ilanından sonra oluşturulmuştur. 1961 ve 1982 Anayasaları içerik açısından önemli farklılıklar göstermesine rağmen, her iki anayasa da askeri müdahaleler sonucu yapmışlardır. 1961 Anayasası daha özgürlükçü, 1982 Anayasası ise daha otoriter nitelikler taşımaktadır.

Türkiye’de insan haklarının gelişimi, farklı ve kendine özgü tarihsel ve toplumsal koşullarda ortaya çıkmıştır. I.Meşrutiyet’ten günümüze kadar olan tarihsel süreç, demokrasi ve insan haklarının gelişimi açısından üç farklı aşamada gerçekleşmiştir. Birinci aşama, padişahların iktidarının sınırlandırıldığı ve dönemin insan hakları anlayışının kısmen de olsa, ilk kez anayasal düzenlemelerde yer aldığı dönemdir. Bu dönem mutlak monarşinin sınırsız yetkilerinin sınırlandırılması ile birlikte anayasal hak anlayışının egemen olduğu bir zaman dilimidir ve I.Meşrutiyet’in ilanından Cumhuriyet’in kuruluşuna kadar olan döneme denk gelmektedir. Gelişmenin ikinci aşamasında Cumhuriyet’in kurulması ve 1924 Anayasası’nın kabul edilmesiyle birlikte, yönetimde ulusal egemenlik kavramı temel ilke olmuş ve doğal haklar anlayışı anayasanın özünü oluşturmuştur. Bu dönemde egemenliğin kaynağının ulusa geçmesi önemli bir düşünsel değişimi de simgelemektedir. Üçüncü aşama da ise, 1960 Anayasası’nın ilan edilmesiyle çoğunluk iradesinin sınırlandırılması ve bu günkü anlamda, çağdaş insan hakları yaklaşımının benimsenmesi söz konusu olmuştur (Uygun, 1996, s. 31-43). Ancak sonraki dönemde insan hakları ve demokrasi açısından kısıtlanmış bir döneme girilmiş olup, 1982 Anayasası bu gerilemeyi temsil etmektedir. 1982 Anayasası’nda temel hak ve özgürlükler, devlet otoritesi karşısında daha güçsüz konuma indirgenmesine rağmen, sonraki süreçte, Türkiye’nin de taraf olduğu uluslararası insan hakları sözleşmeleri ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmeleri ile uyum ve paralellik gösterilmeye çalışılmıştır.

4.2. Türk Hukukunda Hasta Haklarına İlişkin Düzenlemeler

Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasası: Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesi, kişinin temel hakları içinde yer alan ”yaşama, maddi ve manevi varlığını

geliştirme hakkını” düzenlemiştir. Bu madde Bonn Anayasası’nda yer alan bireyin kendisi hakkında karar verme hakkına kaynak olan 2. maddesini karşılamaktadır. Yaşama hakkı, kişinin kendisi hakkında karar verme hakkını da içerir (Ersoy,1991, s. 50). Ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56/1. ve 56/3. maddeleri gereği:

“herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla yükümlüdür.” (Hakeri, 2007, s. 74).

Medeni Kanununun 23. ve 24. Maddeleri: Kişinin, kişisel bir değer olarak beden bütünlüğü üzerindeki hakkı, özellikle tıbbi müdahaleler bakımından önem taşır. 01.01.2002 tarihinden önce yürürlükte olan Medeni Kanun’un 23. maddesi sözleşme hukuku ile ilgili olup, kişiliğin hukuki bir muamele sonucu ihlaline ilişkin durumları ele almakta, 24. madde ise kişiliği, sözleşme dışındaki saldırı ve ihlallere karşı korumaktaydı (Özsunay,1979, s. 41).

Medeni Kanun’un 23. maddesi, hak ehliyeti, fiil ehliyeti ve özgürlükler bakımından kişiliği koruyan bir düzenleme getirmiştir. Birinci fıkraya göre kimse, kısmen de olsa medeni haklardan feragat edemeyecektir. Burada vazgeçilemeyecek ve sınırlandırılmayacak olan şey, belli bir hak değil, hak ehliyetidir. Aynı fıkra, fiil ehliyeti için de aynı düzenleme getirilmiştir. İkinci fıkra ise, özgürlüklerle ilgilidir. Özgürlüğü hukuka ve ahlaka aykırı biçimde kısıtlayan hukuki işlemler, Medeni Kanun’un 23. maddesi ikinci fıkra hüküm getirilmese bile, Medeni Kanun 19. ve 20. maddeleri gereğince de yapılamayacaktır (Arpacı, 2000, s. 46). Medeni Kanun 23. maddesinin son fıkrası ise, yazılı rıza üzerine insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve nakli mümkündür. Ancak, biyolojik madde verme borcu altına girmiş olandan edimini yerine getirmesi istenemez; maddi ve manevi tazminat isteminde bulunulamaz. Bu fıkra hükümde de, mevzuat çerçevesindeki tasarruflar uygun görülmekte, Organ Nakli Kanunu’nun 6. maddesinde rızanın veriliş şekli sadece organı verecek kişi yönünden düzenlenmişken, Medeni Kanun’un bu fıkra hükmünde, rızanın yazılı olma şartı, sadece organı verecek kişi için değil, kendine organ nakledilecek ya da doku aşılacak kişi yönünden de aranmaktadır. Organ Nakli Kanunu’nun 2. maddesinin

2. fıkrası, saç ve deri alınıp aşılması ile kan nakillerini kanunun kapsamı dışında bırakmışken, Medeni Kanun'un 23. maddesinin son fıkrası hükmü bu kapsamı çok genişletmiş ve insan kökenli tüm biyolojik maddelerin alınması, nakli ve aşılmasını hem vericinin hem de alıcının yazılı rızasının alınması şartına bağlamıştır. Bu hüküm özellikle kan alınması ve nakli yönünden çok zorluk doğurucu niteliktedir (Dural ve Öğüz, 2006, s. 29).

Kanunun bu hükmü, kişinin vücudu üzerindeki hakkında prensip olarak tasarruf edilemeyeceği kuralının doğal bir sonucudur. Organ nakline rıza gösteren kişinin, organını vermekten vazgeçmesi halinde ondan tazminat istenmeyeceğine yönelik hükmün amacı, kişiyi baskı altında organ vermeye zorlamamaktır. Vazgeçme hali için önceden kararlaştırılan cezai şart için de aynı sonuca varmak gerekir. Fakat organ alacak kişi, organ vericisinin vazgeçmesi sonucu tazminat isteyemeyecekse de, bu rızaya güvenerek yaptığı masrafların, hakkaniyet ölçüsünde ödenmesini isteyebilmelidir (Dural ve Öğüz, 2006, s. 30).

Medeni Kanun'un 24. maddesi, hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kişinin, hakimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebileceğini hükme bağlamıştır. Kanun maddesinin ikinci fıkrasında ise kişilik hakkı ihlal edilenin "rızası" ve "üstün nitelikte özel yarar" ile "kamu yararı" ve "kanunun verdiği bir yetkiye dayanma" sebeplerini hukuka aykırılığı giderici nedenler arasında sayıp, kişilik hakkına yapılan saldırıyı haklı kılacağını bildirmesi şanssızlık olduğu kadar son derece de sakıncalıdır (Arpacı, 2000, s. 95).

Medeni Kanun'un 24. maddesi, kişilik hakları yönünden birer çerçeve hüküm getirmiş ve bunun içinin doldurulmasını, bir başka deyişle hangi varlıkların kişilik hakkına dahil olacağını saptanmasını yargıca bırakmıştır. Yani kanunun bu maddesi genel kişilik hakkını düzenlemektedir (Dural ve Öğüz, 2006, s. 40).

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun: Kanunun 70. maddesi tabip, diş tabibi ve dişçilerin yapacakları müdahalelerde, hastanın, hasta küçük veya kısıtlı ise veli veya vasisinin iznini almayı, büyük cerrahi

müdahalelerde ise bu iznin yazılı olmasının gerekliliğini belirtmektedir. Kanununun 72. maddesi, hastaların isim ve hüviyetlerini içeren bir protokol defteri tutulmasını zorunlu tutmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu: 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Temel Esaslar başlıklı 3. maddesinde yer alan, sağlık kurum ve kuruluşlarının, yurt içerisinde eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık Bakanlığınca, diğer bakanlıkların da görüşü alınarak planlanma, koordine edilme, mali yönden desteklenme ve geliştirilmesine yönelik belirlemelerin yapılacağına dair hükmü ile sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılmasına dair düzenlemeler; sağlık kurum ve kuruluşlarının, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zincirlerinin oluşturulmasına yönelik hükmü ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslarda hizmet vermesi ve herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sisteminin kurulması, çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşvikinin sağlanması gibi hükümleriyle en temel hasta haklarından olan tıbbi bakım hakkına yönelik düzenlemeler içermektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2012).

Umumi Hıfzısıhha Kanunu: 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, bulaşıcı ve salgın hastalıklarda, yolcuların tıbbi nezaret altına alınması veya şüpheli şahısların tecriti, hastaların tecrit ve tedavisinin ve bunların bildirimlerinin zorunluluğu hüküm altına alınmakta, hastaların rızaları olmasa dahi tedavi ve tecritlerini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca zührevi hastalıklar ile bulaşıcı hastalığa yakalanmış kişilerde, hastalıkların hastaların rızaları dışında cebren tedavi edileceği veya hastanede tecrit ve tedavi altına alınabileceği ifade edilmektedir. Yine kadınların doğum öne ve sonunda izin kullanmalarına yönelik düzenlemeler, gebe kadınların doğumdan önceki son üç ayda ağır işlerde çalıştırılmayacağına dair düzenlemeler de hasta haklarına yönelik düzenlemeler olarak nitelendirilebilir (Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete, 2012).

Nüfus Planlaması Kanunu: 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Yasa'nın Gebeliğin Sona Erdirilmesine İzin başlıklı 6. maddesinde, gebeliğin sona erdirilmesine yönelik müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin iznine bağlanmıştır. Sterilizasyon ameliyatı ile gebeliğin 10. haftasına kadar olan rahim tahliyesi işlemleri için kişiler evli ise, eşlerin de rızalarının aranacağı hüküm altına alınmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 2012).

Organ Nakli Kanunu: 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkındaki Yasa'nın 7. maddesinde, organ ve doku alacak hekimler, vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek; organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak; akli ve ruhi durumu itibariyle kendiliğinden karar verebilecek durumda olmayan kişilerin vermek istedikleri organ ve dokuları almayı reddetmek; vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığını araştırıp öğrenmek ve öğrendiğini bir tutanakla tespit etmek; bedel veya başka çıkar karşılığı veya insancıl amaca uymayan bir düşünce ile verilmek istenen organ ve dokuların alınmasını reddetmek; kan veya sıhri hısımlık veya yakın kişisel ilişkilerin mevcut olduğu durumlar ayrık olmak üzere, alıcının ve vericinin isimlerini açıklamamak şeklinde zorunluluğa tabi tutulmaktadır. Bu düzenlemeler de organ ve doku alımlarında, en temel hasta haklarından olan aydınlatma, rıza ve sır saklamaya yönelik düzenlemeler olarak nitelendirilebilir (Türkiye Büyük Millet Meclisi, 2012).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu: 05.01.1961 tarihinde kabul edilen kanun, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı, İnsan Hakları Beyannamesine atıf ile bir hak olarak nitelemekte ve kanunun amacını da sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak olarak belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesine yönelik yapılan düzenlemelerle,

hasta sevk zincirleri kurulmuş, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bazı istisnalar haricinde parasız hale getirilmiştir. Bu uygulama sağlık hizmetine ulaşım ve tıbbi bakım hakkı gibi en temel hasta haklarına yönelik çok önemli bir uygulamadır (Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı, 2012).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü: Deontoloji nizamnamesinde, 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. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün, tıp ilminin dev adımlarla ilerlemesi, teknolojik açıdan olduğu kadar kavram açısından da değişime uğramış olmasına rağmen bu değişime ayak uyduramadığı düşünülmektedir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün hazırlandığı yıllarda sağlığın tanımı, “ hastalığın olmaması” biçiminde yapılırken, zamanımızda “fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmakta ve tıp kurumunun fonksiyonu bu tanım temel alınarak belirlenmektedir. Nizamnamenin dili çok eskidir. Kabul edilışinden bu yana tıp ilminde pek çok yenilik olmasına rağmen tüzük yenilenmemiştir. Kürtaajla ilgili maddesini 1983’ de yürürlüğe giren “Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük” işlevsiz kılmış, organ nakli, genetik çalışmalar, yapay dölllenme, tıp kayıtlarının bilgisayar ortamında saklanması gibi konularda ise gelişen teknolojiye uyum sağlayamamıştır. Tüzükte bu konularda herhangi bir hüküm mevcut değildir.

Tüzüğün 4. maddesinde, kanuni zorunluluk dışında hastanın sırrının saklanması, hekimin görevi olduğu belirtilmektedir. Tüzük hekimlerin birbiri hakkında suçlayıcı sözler söylemesini, hekim andındaki mesleki dayanışma ögesi ile uyumlu olarak engeller fakat hekimler arası ilişkilerde oto kontrolün nasıl sağlanacağına yönelik herhangi bir düzenleme ise tüzükte yer almamaktadır.

Tıp etiği ilkelerine hiç değinilmemekte, hekimin insanları küçültücü onlara acı veren eylemlere katılmaması gerektiğini vurgulayan madde içermemektedir. Sadece 6. maddesinde bu duruma bir ölçüde değinilmektedir. Tüzükte, hekimle

yardımcı sağlık personeli ve hasta yakınları arasındaki ilişki yalnızca görgü kurallarına dayandırılmış; hekimin mesleğine ve topluma karşı sorumlulukları göz ardı edilmiştir.

Araştırmalarla ilgili 10. ve 11. maddelerinde aydınlatılmış onamdan hiç söz edilmemektedir. Bilgilendirme ile ilgili 14. ve 25. maddeleri incelendiğinde, hasta hekim ilişkisinin paternalist (babacıl) bir yaklaşımla düzenlendiği görülmektedir. Tüzük, düzenlendiği dönemin eğilimine bağlı olarak tedavi edici hekimliği ve muayenehane hekimliğini düzenlemeyi amaçlamış, koruyucu hekimlik 15. maddesinde çok az yer almıştır. Günümüzde araştırmaların en önemli unsurlarından olan placebo (etkin madde içermeyen ilaç görüntüsündeki maddeler) 20. maddesinde yasaklanmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı, 2012).

İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik: İlaç araştırmaları hakkındaki yönetmeliğin 8.maddesinde insanlar üzerinde bilimsel amaçla ilaç kullanarak yapılacak tıbbi araştırmaların yürütülmesinde, denemelerin gönüllülerde ve kişinin yazılı rızası ile yapılacağı, yapılacak araştırmaların kapsamı, amacı, zarar ve tehlikelerinin, gönüllülere tam ve yazılı olarak anlatılacağı, kesin bir zorunluluk olmadıkça, 18 yaşını tamamlamamış olanlar ile gebeler ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde I. ve II. Dönem ilaç denemelerinin yapılamayacağı, III. Dönem denemelerin ise, velayet veya vesayet altında bulunanlar için, ancak veli ve vasilerinin yazılı muvafakatı ile yapılacağı hüküm altına alınmıştır (Türk Tabipler Birliği, 2008).

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları: 01.02.1999 tarihinde yayınlanmıştır. Aydınlatılmış onam başlıklı 26. ve devamı maddeler; hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta

kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir.

İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ya da epidemiyolojik araştırmalar, gerek ilaç, gerek cerrahi yöntem araştırmaları olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurullardan geçmek koşuluyla yapılır. İnsan üzerinde yapılan tüm araştırmalar, bilimsel ve mesleki yönden yeterli ve yetkin kişiler tarafından yürütülür. Araştırmanın sorumluluğu tümüyle araştırmacıya aittir.

İnsan üzerinde yapılan araştırmalarda her deneğe araştırmanın amacı, yöntemleri, beklenen yarar ve olası yan etkileri hakkında, deneğin anlayabileceği dilde ve biçimde yeterli bilgi verilmesi zorunludur. Deneğe, çalışma başladıktan sonra isterse araştırmaya katılmaktan vazgeçebileceği ve onamını geri alabileceği, ancak bu nedenle daha sonraki tedavisinin ve takibinin aksamayacağı anlatılır. Bilgilendirme sonrasında deneğin konuyu yeterince anlayıp anlamadığı değerlendirilir. Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme sağlandıktan sonra, deneğin yazılı onamı alınır. Bu onam, deneğin özgür iradesine dayanmalıdır. “Reşit ve/veya

mümeyyiz olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı gerekir” şeklindeki düzenlemelerle en temel hasta hakları güvence altına alınmıştır (Türk Tabipler Birliği, 2005).

4.3. Hasta Hakları Yönetmeliği Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı'nca Hasta Hakları Yönetmeliği'ni yürürlüğe koymak için, “Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Direktifi” hazırlanmış ve 15.10.2003 tarihinde resmi olarak yürürlüğe girmiştir. 05.11.2005 tarihi itibarıyla, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü çatısı altında özel bir birim oluşturulmuş ve bu birim çalışmalarına başlamıştır. Aktif faaliyetine Ocak 2004 tarihinden itibaren başlayan SABİM'e, ALO 184 ile ulaşılabilmekte ve gelen şikayetler değerlendirilerek gerekli işlemler yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Sağlık Bakanlığı Web sitesinden yapılan resmi açıklamaya göre 81 ilde Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, 773 hastanede ise Hasta Hakları Birimi kurulmuş durumdadır.

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü'nün 7. maddesinde düzenlenen, hastaya yeterli vakit ayrılması ve hastanın vaktine riayet edilmesi konusu hakkında Hasta Hakları Yönetmeliği'nde herhangi bir düzenleme mevcut değildir (Hakeri, 2007). Yönetmelik madde 1'de, hasta haklarının milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilenlere dayandırıldığı belirtilmektedir. Dünya Hekimler Birliği ile Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan bildirgeler, hukuken bağlayıcı olmayıp, hukuki metin niteliği taşımayan belgelerdir (Er, 2008, s. 56).

Yasal yaptırım gücü bulunmasa da bazı yükümlülükler yükleyen etik kodlar ile yaptırım gücü bulunan yasalar arasındaki fark ne olmaktadır? Jacquelyn Kay Hall, “etik ve yasa arasındaki önemli farkın; yasada gücün mutlak olduğu gerçeğidir”, diyerek açıklamakta ve farkı şöyle tanımlamaktadır:

“Eğer etik ölçütlere uymazsanız kendinizi kötü hissedersiniz ama yasaya aykırı davranırsanız sonunuz hapis olabilir.” (Ersoy, 1991, s. 49).

Yasa zorundadır imini kullanırken, etik malıdır imini kullanmaktadır. Yani etik kodlar, zorunlu olduğuna inandığımız değil, insanların uygun davranmasını istediğimiz davranışlardır. Kısaca etik, beklenen davranışlardır. Yasa koyucuları, bu beklenen etik davranışları tüzük ya da kanun şekline getirebilir ve bugünkü etik ölçütleri yarının yasaları olabilir (Ersoy, 1991, s. 50).

2011 yılı içinde Sağlık Bakanlığı Kamu Hastane ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hasta Hakları Birimlerine toplam 179.266 bunlardan 150.076' sını hasta Hakları Birimleri tarafından yerinde çözülmüştür. Bu durum da sağlık tesislerinin işleyişinden doğan sorunların, hasta hakkı birimlerine başvuru olarak daha sıklıkla yapıldığının göstergesidir. Başvuruların %57'si erkekler, %43'ü ise kadınlar tarafından yapılmıştır. Başvuranların %29'u 41 yaş ve üzeri kişilerdir. Başvuranlarda lise ve üniversite eğitim düzeyine sahip olanların oranı % 34'tür. Poliklinik hizmetleri %42 ile hakkında en sık başvuru yapılan birimlerin başında gelmektedir. İkinci sırada ise acil servisler yer almaktadır. Hizmetten genel olarak faydalanamama %46 ile en sık başvuru konusunu oluşturmaktadır. Yapılan başvuruların %61'i hasta hakkı ihlalinin olmadığı, % 12'sinde ise hasta hakları ihlali varlığı tespit edilmiştir. Şikayetlerin %60'ını uzman hekimler, hekimler ve diş hekimleri hakkındadır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Yukarıdaki bilgiler ışığında, yapılan şikayet başvurularının çoğunluğunun işleyişe yönelik olduğu söylenebilir. Organizasyonda yapılacak düzenlemeler ile bu şikayetler büyük ölçüde giderilebilir. Poliklinik hizmetleri % 42 ile en yüksek şikayet konusunu teşkil etmektedir. Bunun sebebi hasta çokluğu ve standart olarak 20 dakika olan hasta muayene süresinin, son yıllarda yapılan düzenlemelere rağmen kamu hastanelerinde yaklaşık 5 dakika olması ve hastaların, muayene sürelerinin kısalığı sebebiyle memnuniyetlerinin azalmasıdır. Gerçek anlamda hasta hakkı ihlali olarak nitelendirilebilecek başvuru sayısı yukarıdaki yüzdelere göre sadece % 12 dir. Hastalarla iletişim kurma tekniklerinin geliştirilmesi ve sağlık personelinin empati düzeyinin yükseltilmesiyle bu oran çok daha aşağılara çekilebilir. Hizmet Kalite Standartları'nın büyük oranda, kalite, çalışan ve hasta güvenliğine yönelik düzenlemeler içermesi sebebiyle, hastaların şikayet konusunda hassasiyetlerinin en

üst düzeyde olduğu hastane işleyişi ve organizasyondaki eksikliklerin düzelmesine yönelik büyük katkı sağlayacağına şüphe yoktur.

4.4. Hasta Hakları Kavramının Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki Gelişimi

KKTC' de hasta hakları kavramının dayandığı herhangi bir yasa bulunmamasıyla birlikte, KKTC Cumhuriyet Meclisi tarafından 2004 yılında Hasta Hakları Yasa Tasarısı oluşturulmuştur. Mevzuatta ise doğrudan hasta haklarını ilgilendiren bir birine uyumlu iki kaynak bulunmaktadır. Bunlardan ilki 6/2009 sayılı Kamu Sağlık Çalışanları Yasası'dır (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2009). Yasanın amacı Madde 1' de:

“Kişilerin sağlık açısından sigortalanmasını zorunlu kılan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasına da zemin hazırlayacak şekilde sağlık işleriyle görevli Bakanlık ve Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının yürütmekle yükümlü olduğu sağlık hizmetlerinin gerektirdiği asıl ve sürekli görevlerde çalışan kamu sağlık çalışanlarının hizmet koşullarını, niteliklerini, ödev, yetki ve sorumluluklarını, aylık, ücret ve ödeneklerini, güvencelerini, atanmalarını, onaylanmalarını, sürekli veya emeklilik hakkı veren kadrolara yerleştirilmelerini, terfilerini (yükselmelerini), yer değiştirmelerini, emekliye sevklerini, disiplin işlemlerini ve öteki özlük işlemlerini düzenlemektir.” olarak belirtilmiştir (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2009).

Bu yasa kamu sektöründe çalışan sağlık personelinin hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını çizmekle birlikte, kamudan hizmet alan hastaların sahip oldukları hakları da dolaylı yoldan düzenlemektedir (Külahçı Serengil, 2012, s. 109).

İkincisi ise Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Tıp Meslek Ahlak Tüzüğü' dür. Tüzüğe göre, 13/1976 sayılı Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Yasası 3. Madde gereği;

“Kıbrıs Türk Tabipleri Birliğine üye olup, KKTC Kamu kuruluşlarında özel hastane, özel klinik veya serbest muayenehanelerde çalışan hekimler meslek uygulamalarında bu Tüzük'te saptanan tıp meslek ahlak kuralları ve ilkelerine uymak zorundadır.” (Fişek, 2012, s. 73).

Tüzük hükümlerinde hastaların sahip olduğu haklara yer verilmektedir. Mesleğini ifa eden hekimler de bu tüzük maddelerine uymak zorunda olduklarından, hizmet verirken hastalarının haklarını gözetmeleri gerekmektedir.

Kamu Sağlık Çalışanları Yasası ile Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Tıp Meslek Ahlak Tüzüğü ortak olarak ele alındığında hastalara aşağıdaki 6 adet hakkın tanındığı görülmektedir:

- *“Hastanın uygun sağlık hizmeti ve tedavi alım hakkı,*
- *Kendisine ilişkin olarak bilgi isteme hakkı,*
- *Sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi isteme hakkı,*
- *Tıbbî müdahalede hastanın rızası olmaksızın tıbbî işleme tabi tutulmama hakkı,*
- *Mahremiyete saygı gösterilmesi,*
- *Bilgilerin gizli tutulması hakkı.” (Külahçı Serengil, 2012, s. 110).*

Hasta Hakları Yasa Tasarısı (2004) tarafından hastalara tanınan haklar ise;

- *“Sağlık Hizmetlerinden Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma Hakkı,*
- *Tıbbî Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım Hakkı,*
- *Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme Hakkı,*
- *Bilgi İsteme, Değiştirme, Kayıtları İnceleme ve Kayıtların Düzeltmesini İsteme Hakkı,*
- *Dini Hizmetlerden Faydalanma veya Dini Destek Alma Hakkı,*
- *Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme Hakkı,*
- *Tıbbî Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım Hakkı,*
- *Tıbbî Gereklilikler Dışında Müdahalede Bulunulamaması Hakkı,*
- *Ötenazi Yasağı,*
- *Tıbbî Özen Gösterilmesi Hakkı,*
- *Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı,*
- *Mahremiyete Saygı Gösterme Hakkı ve Bilgilerin Gizli Tutulması Hakkı,*
- *Rıza Olmaksızın Tıbbî Muameleye Tabi Tutulmama, Aydınlatılmış Onam Olmaksızın Tıbbî Muameleye Tabi Tutulmama Hakkı Güvenliğin Sağlanması Hakkı,*
- *İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret Hakkı,*
- *Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi Hakkı,*
- *Refakatçi Bulundurma Hakkı,*

- *Başvuru, Şikâyetle Bulunma ve Dava Hakkı,*
- *Tazminat Hakkı”* (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2009).

Hastalar hakları konusunda gün geçtikçe bilinçlendiğinden, bu konudaki taleplerini de artırmaktadırlar. Bu taleplerin karşılanamaması durumunda hastanın sağlık sistemine ve sistemin sisteminin güvenilirliğine inancı azalacaktır. Ayrıca hasta haklarının, bütüncül bir yaklaşımla sebep sonuç ilişkisi içinde ele alınması gerekmektedir. Aksi takdirde ulaşılmak istenilen hizmet standardı sağlanamayacaktır (Külahçı Serengil, 2012, s. 111).

KKTC' de hasta haklarının durumu Çizelge 4.1' de gösterilmiştir. Çizelge 4.1 incelendiğinde hasta hakları gidişatının kötü olduğu görülmektedir. Çizelge incelendiğinde hasta hakları konusundaki gelişmelerin olumlu olduğu söylemek zordur. Bunun nedeni olarak hasta haklarının yasayla düzenlenmemesi ve kesin sınırlarının çizilmemesi gösterilebilir.

Çizelge 4.1. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Hasta Haklarının Genel Gidişi

| Mevcut Durum | % |
|---|------|
| Kötüye Gidiyor | 45 |
| Değişen Bir Şey Yok | 29,3 |
| Bazı Konularda İyiye, Diğer Bazı Konularda Kötüye Gidiş Var | 12 |
| İyiye Gidiyor | 13,6 |

Kaynak: Kıbrıs Türk Tabipler Birliği.(2010). Hekim Çalışma Koşulları, Sorunlar ve Öneriler Araştırması, www.ktschb.com/belgeler/kadem%20kttb%202011.ppt (Erişim tarihi: 26 Eylül 2012).

5. BÖLÜM

5. ALAN ARAŞTIRMASI

5.1. Gereç ve Yöntem

5.1.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırmanın amacı, hasta haklarının Ülkemizde yasayla temsil edilmemesi ve dolayısıyla hastaların hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olunmadığı bağlamında, hastalar arasında hakları konusunda farkındalık yaratmak, ülkemizde hasta hakları bilincinin oluşturulması ve yaygınlaştırılması için neler yapılması gerektiği ile ilgili bazı sonuçlara ulaşmaktır. Ülkemizde bu konuda yapılmış olan çalışmaların sınırlı olmasından dolayı ileride konuyla ilgili yapılacak yeni çalışmalara kaynak oluşturmak ta bu araştırmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır. Araştırma tanımlayıcı ve çıkarımsal bir araştırmadır.

Bu araştırmanın amacı hasta hakları konusunda bilgi, farkındalık ve uygulamaların saptanmasıdır.

5.1.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti' ndeki hasta potansiyeli, (hastaneye başvuran tüm hastalar) örneklemini ise K.K.T.C' de bir hastaneden 21/11/2012-21/12/2012 tarihleri arasında dahiliye, koroner, ortopedi, kadın doğum, üroloji, nöroloji, kalp damar cerrahisi, hemodiyaliz, intaniye, göğüs, onkoloji, kliniklerinde yattıktan sonra taburcu olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya rastgele seçilen 110 hasta katılmıştır.

5.1.3. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada yüzyüze anket yöntemi ile 3 bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyodemografik verilere, ikinci bölümün A kısmında katılımcıların hasta hakları uygulamaları hakkında bilgi düzeyleri ve uygulamaya yönelik görüşlerine, B kısmında ise katılımcıların hizmet aldıkları hastanede hasta hakları uygulamalarına ne derece riayet edildiği konusundaki değerlendirmelerine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın ikinci bölümünü

oluşturan sorular Likert Tipi kullanılarak sorulmuştur. Üçüncü bölümde ise katılımcıların hasta hakları uygulamalarına yönelik genel bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik sorulardan oluşan anket kullanılmıştır. Katılımcılara birinci bölümde 3, ikinci bölümde 36 ve üçüncü bölümde 4 olmak üzere toplam 43 soru sorulmuştur. Araştırmada gönüllülük esas alınmış olup soru formları katılımcılarla yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

5.1.4. Güvenilirlik Analizi

Araştırmada kullanılan soru formunun geçerlilik ve güvenilirliğini test etmek amacıyla öncelikle araştırmadan bağımsız olarak 30 katılımcıya anket uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda anketin Cronbach Alpha Güvenilirlik katsayısı 0,788' le "oldukça güvenilir" olarak bulunmuştur.

5.2. Bulgular

5.2.1. Sosyodemografik Bulgular

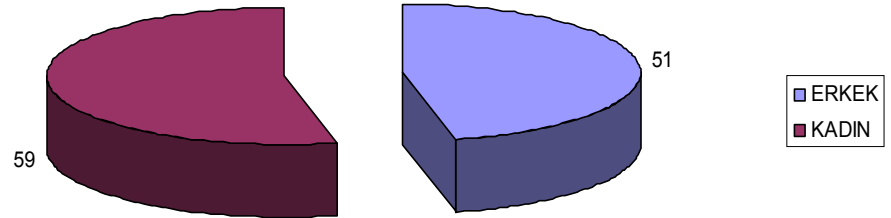
Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyodemografik özellikleri belirlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları Çizelge 5.1' de gösterilmiştir.

Çizelge 5.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

| CİNSİYET | N | % |
|-----------------|------------|------------|
| ERKEK | 51 | 46,4 |
| KADIN | 59 | 53,6 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Ankete katılan 110 kişiden 51' i erkek, 59' u kadındır. Örneklemin % 46,4' ünü erkekler ve % 53,6' sını kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımını gösteren pasta grafiği Şekil 5.1' de verilmiştir.

Şekil 5.1. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

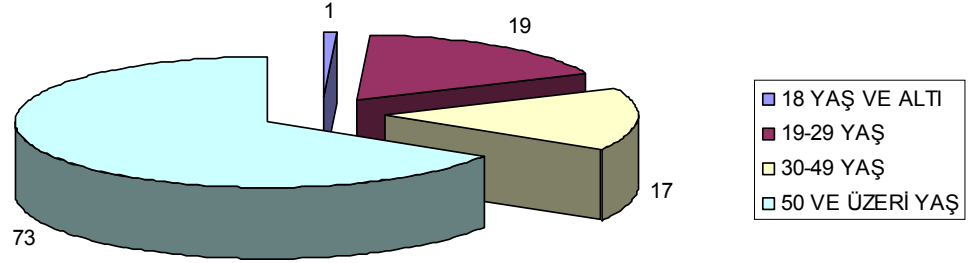


Katılımcıların yaş düzeylerine göre dağılımları Çizelge 5.2' de gösterilmiştir.

Çizelge 5.2. Katılımcıların Yaş Düzeylerine Göre Dağılımı

| YAŞ DÜZEYİ | N | % |
|-----------------|------------|------------|
| 18 YAŞ VE ALTI | 1 | 0,9 |
| 19-29 YAŞ | 19 | 17,27 |
| 30-49 YAŞ | 17 | 15,47 |
| 50 VE ÜZERİ YAŞ | 73 | 66,36 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Ankete katılan 110 kişiden 73' ü 50 ve üzeri yaş, 19' u 19-29 yaş, 17' si 30-49 yaş, 1' i 18 yaş ve altı grubundadır. Çizelge 5.2' ye göre örneklemin % 66,36' sını 50 ve üzeri yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş düzeylerine göre dağılımını gösteren pasta grafiği Şekil 5.2' de verilmiştir.

Şekil 5.2. Katılımcıların Yaş Düzeylerine Göre Dağılımı

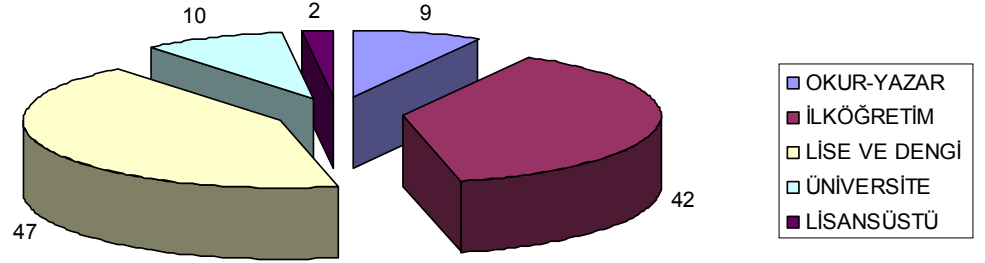
Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları Çizelge 5.3' de gösterilmiştir.

Çizelge 5.3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

| EĞİTİM DURUMU | N | % |
|---------------|------------|------------|
| OKUR-YAZAR | 9 | 8,19 |
| İLKÖĞRETİM | 42 | 38,18 |
| LİSE VE DENGİ | 47 | 42,72 |
| ÜNİVERSİTE | 10 | 9,10 |
| LİSANS ÜSTÜ | 2 | 1,81 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Çizelge 5.3'e göre ankete katılan 110 kişiden 47' si lise ve dengi, 42' si ilköğretim, 10' u üniversite, 9' u okur-yazar ve 2' si lisans üstü eğitim seviyesindedir. Örneklemin % 42, 72' sini lise ve dengi eğitim seviyesinde bulunanlar oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımını gösteren pasta grafiği Şekil 5.3' te verilmiştir.

Şekil 5.3. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı



5.2.2. Hasta Hakları Farkındalığına Yönelik Elde Edilen Bulgular ve Analizleri

Anketin ikinci bölümünün A kısmında Hasta Hakları Yönetmeliği içerisinde belirlenen ve hastanın sahip olduğu 18 hakla ilgili Ek-1' de verilen sorularda belirtilen hakların bilinip bilinmediği ve B kısmında ise bu haklara hastaların hizmet aldıkları hastanede ne ölçüde uyulduğu sorulmuştur. Katılımcıların A kısmında verilen ve haklarını bilip bilmediklerine yönelik sorulara verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 5.4' te gösterilmiştir.

Çizelge 5.4. Katılımcıların Hasta Hakları Farkındalığına İlişkin Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

| SORULAR | <i>Kesinlikle Katılmıyorum</i> | | <i>Kısmen Katılmıyorum</i> | | <i>Fikrim Yok</i> | | <i>Kısmen Katılıyorum</i> | | <i>Kesinlikle Katılıyorum</i> | |
|---------------|--------------------------------|-------------|----------------------------|------|-------------------|------|---------------------------|------|-------------------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | f | % |
| Soru 1 | 13 | 11,7 | 5 | 4,5 | 8 | 7,2 | 28 | 25,2 | 57 | 51,4 |
| Soru 2 | 28 | 25,2 | 10 | 9 | 6 | 5,4 | 25 | 22,5 | 41 | 36,9 |
| Soru 3 | 41 | 36,9 | 4 | 3,6 | 8 | 7,2 | 22 | 19,8 | 35 | 31,5 |
| Soru 4 | 8 | 7,2 | 3 | 2,7 | 8 | 7,2 | 34 | 30,6 | 57 | 51,4 |
| Soru 5 | 23 | 20,7 | 5 | 4,5 | 17 | 15,3 | 10 | 9 | 55 | 49,5 |
| Soru 6 | 5 | 4,5 | 1 | 0,9 | 3 | 2,7 | 40 | 36 | 61 | 55 |
| Soru 7 | 12 | 10,8 | 6 | 5,4 | 7 | 6,3 | 26 | 23,4 | 59 | 53,2 |
| Soru 8 | 16 | 14,4 | 10 | 9 | 18 | 16,2 | 13 | 11,7 | 53 | 47,7 |
| Soru 9 | 7 | 6,3 | 7 | 6,3 | 29 | 26,1 | 25 | 22,5 | 42 | 37,8 |
| Soru 10 | 8 | 7,2 | 6 | 5,4 | 27 | 24,3 | 21 | 18,9 | 48 | 43,2 |
| Soru 11 | 9 | 8,1 | 5 | 4,5 | 7 | 6,3 | 19 | 17,1 | 70 | 63,1 |
| Soru 12 | 11 | 9,9 | 13 | 11,7 | 24 | 21,6 | 17 | 15,3 | 45 | 40,5 |
| Soru 13 | 25 | 22,5 | 4 | 3,6 | 12 | 10,8 | 23 | 20,7 | 46 | 41,4 |
| Soru 14 | 33 | 29,7 | 1 | 0,9 | 34 | 30,6 | 14 | 12,6 | 28 | 25,2 |
| Soru 15 | 8 | 7,2 | 1 | 0,9 | 2 | 1,8 | 13 | 11,7 | 86 | 77,5 |
| Soru 16 | 2 | 1,8 | 4 | 3,6 | 6 | 5,4 | 29 | 26,1 | 69 | 62,2 |
| Soru 17 | 13 | 11,7 | 2 | 1,8 | 13 | 11,7 | 23 | 20,7 | 59 | 53,2 |
| Soru 18 | 29 | 26,1 | 6 | 5,4 | 5 | 4,5 | 23 | 20,7 | 47 | 42,3 |

Çizelge 5.4 incelendiğinde katılımcıların en fazla Soru 3 ‘ e kesinlikle katılmıyorum cevabı verdikleri görülmektedir. Buna göre katılımcıların % 36,9’ u “tedavinizle ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda kendisini tanıtmalıdır” hakkını bilmemektedir. Katılımcılar arasında en fazla bilinen hak ise % 77,5 bilinme oranı ile “hasta hastanenin imkânları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmelidir” hakkıdır. Katılımcıların en fazla kararsız kaldıkları hak ise % 30, 6 oran ile “hastalar hastane imkânları ölçüsünde dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmelidir” hakkıdır.

5.2.3. Hasta Haklarının Ülkemizde Bir Hastanede Uygulanmasına Yönelik Elde Edilen Bulgular ve Analizleri

Anketin ikinci bölümünün B kısmında ise katılımcılara bu haklara hastaların hizmet aldıkları hastanede ne ölçüde uyulduğu sorulmuştur. Katılımcıların B kısmında verilen sorulara verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 5.5’ te gösterilmiştir.

Çizelge 5.5. Katılımcıların Hizmet Aldıkları Hastanede Hasta Haklarına Ne Derece Uyulduğuna Dair Verdikleri Cevapların Dağılımı

| SORULAR | <i>Hiç Uyulmamaktadır</i> | | <i>Kısmen Uyulmaktadır</i> | | <i>Uyulmaktadır</i> | |
|----------------|---------------------------|------|----------------------------|------|---------------------|------|
| | f | % | f | % | f | % |
| Soru 1 | 13 | 11,7 | 37 | 33,3 | 60 | 54,1 |
| Soru 2 | 27 | 24,3 | 38 | 34,2 | 45 | 40,5 |
| Soru 3 | 43 | 38,7 | 36 | 32,4 | 31 | 27,9 |
| Soru 4 | 12 | 10,8 | 51 | 45,9 | 47 | 42,3 |
| Soru 5 | 31 | 27,9 | 16 | 14,4 | 63 | 56,8 |
| Soru 6 | 7 | 6,3 | 47 | 42,3 | 55 | 49,5 |
| Soru 7 | 15 | 13,5 | 47 | 42,3 | 47 | 42,3 |
| Soru 8 | 27 | 24,3 | 43 | 38,7 | 39 | 35,1 |
| Soru 9 | 11 | 9,9 | 61 | 55 | 38 | 34,2 |
| Soru 10 | 12 | 10,8 | 54 | 48,6 | 44 | 39,6 |
| Soru 11 | 11 | 9,9 | 36 | 32,4 | 62 | 55,9 |
| Soru 12 | 12 | 10,8 | 51 | 45,9 | 46 | 41,4 |
| Soru 13 | 30 | 27 | 35 | 31,5 | 45 | 40,5 |
| Soru 14 | 42 | 37,8 | 37 | 33,3 | 31 | 27,9 |
| Soru 15 | 6 | 5,4 | 18 | 16,2 | 86 | 77,5 |
| Soru 16 | 5 | 4,5 | 35 | 31,5 | 70 | 63,1 |
| Soru 17 | 17 | 15,3 | 46 | 41,4 | 47 | 42,3 |
| Soru 18 | 37 | 33,3 | 39 | 35,1 | 34 | 30,6 |

Çizelge 5.5 incelendiğinde katılımcıların en fazla Soru 3' e hiç uyulmamaktadır cevabı verdikleri görülmektedir. Buna göre katılımcıların % 38,7' si “tedavinizle ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda kendisini tanıtmalıdır” hakkının hastanede uygulanmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların hastanede en fazla uygulandığını belirttikleri hak ise % 77,5 oranı ile “hasta hastanenin imkânları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmelidir” hakkıdır. Katılımcıların en fazla kısmen uyulduğunu düşündükleri hak ise % 55 oran ile “hastalar özel kanun hükümleri ve hastalığının mahiyeti saklı kalmak koşuluyla sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesini veya bilgilendirilmemesini isteyebilir” hakkıdır.

A ve B bölümü karşılaştırıldığında katılımcıların en fazla bildikleri hakkın hastanede en fazla uygulandığını düşündükleri, en az bildikleri hakkın ise en az uygulandığını düşündükleri görülmektedir.

5.2.4. Katılımcıların Hasta Hakları İşleyişi Hakkındaki Bilgileri

Katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi merciye yapacaklarını bilip bilmediklerine ilişkin soruya verdikleri cevapların dağılımı Çizelge 5.6' da gösterilmiştir.

Çizelge 5.6. Katılımcıların Hak İhlaline Uğradıklarında Hangi Merciyeye Başvuracakları Hakkındaki Bilgileri

| KURUMLAR | f | % |
|------------------------------------|------------|------------|
| Yataklı Tedavi Kurumları Müdürlüğü | 2 | 1,8 |
| Sağlık Bakanlığı | 33 | 30 |
| Hastane Başhekimliği | 47 | 42,7 |
| Hastane Başhemşireliği | 4 | 3,6 |
| Hastane İdaresi | 24 | 21,8 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Çizelge 5.6 incelendiğinde katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini en fazla % 42,3 oranla hastane başhekimliklerine yaptıkları görülmektedir.

Katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi merciye yapacakları hakkındaki bilgilerinin cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonuçları Çizelge 5.7' de gösterilmiştir.

Çizelge 5.7. Katılımcıların Şikayetlerini Hangi Merciyeye Yapacakları Hakkındaki Bilgilerinin Cinsiyet Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları

| KURUMLAR | KADIN | ERKEK | X² | SD | P |
|------------------------------------|--------------|--------------|----------------------|-----------|----------|
| Yataklı Tedavi Kurumları Müdürlüğü | 2 | 0 | 3,418 | 4 | 0,490 |
| Sağlık Bakanlığı | 18 | 15 | | | |
| Hastane Başhekimliği | 27 | 20 | | | |
| Hastane Başhemşireliği | 2 | 2 | | | |
| Hastane İdaresi | 10 | 14 | | | |
| TOPLAM | 59 | 51 | | | |

Çizelge 5.7’ de görüldüğü gibi katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi merciyeye yapacakları hakkındaki bilgilerinin cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,418$; $p> 0,05$).

Katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi merciyeye yapacakları hakkındaki bilgilerinin yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonuçları Çizelge 5.8’ de gösterilmiştir.

Çizelge 5.8. Katılımcıların Şikayetlerini Hangi Merciyeye Yapacakları Hakkındaki Bilgilerinin Yaş Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları

| KURUMLAR | 18 ve Altı | 19-29 | 30-49 | 50 ve Üzeri | X ² | SD | P |
|------------------------------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------------|----|-------|
| Yataklı Tedavi Kurumları Müdürlüğü | 0 | 1 | 0 | 1 | 9,534 | 12 | 0,657 |
| Sağlık Bakanlığı | 0 | 6 | 6 | 21 | | | |
| Hastane Başhekimliği | 1 | 11 | 7 | 28 | | | |
| Hastane Başhemşireliği | 0 | 0 | 0 | 4 | | | |
| Hastane İdaresi | 0 | 1 | 4 | 19 | | | |
| TOPLAM | 1 | 19 | 17 | 73 | | | |

Çizelge 5.8’ de görüldüğü gibi katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi merciyeye yapacakları hakkındaki bilgilerinin yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=9,534$; $p>0,05$).

Katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi merciyeye yapacakları hakkındaki bilgilerinin eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonuçları Çizelge 5.9’ da gösterilmiştir.

Çizelge 5.9. Katılımcıların Şikayetlerini Hangi Merciyeye Yapacakları Hakkındaki Bilgilerinin Eğitim Durumu Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları

| KURUMLAR | Okuryazar | İlköğretim | Lise ve Dengi | Üniversite | Lisans üstü | X ² | SD | P |
|------------------------------------|-----------|------------|---------------|------------|-------------|----------------|----|-------|
| Yataklı Tedavi Kurumları Müdürlüğü | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 30,608 | 16 | 0,015 |
| Sağlık Bakanlığı | 2 | 12 | 14 | 4 | 1 | | | |
| Hastane Başhekimliği | 3 | 15 | 25 | 3 | 1 | | | |
| Hastane Başhemşireliği | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | | | |
| Hastane İdaresi | 2 | 13 | 6 | 3 | 0 | | | |
| TOPLAM | 9 | 42 | 47 | 10 | 2 | | | |

Çizelge 5.9’ da görüldüğü gibi katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini hangi mercie yapacakları hakkındaki bilgilerinin eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır ($X^2= 30,608$; $p< 0,05$).

Katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumu Çizelge 5.10’ da gösterilmiştir.

Çizelge 5.10. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu

| CEVAPLAR | f | % |
|-----------------|------------|------------|
| Evet | 17 | 15,5 |
| Kısmen | 35 | 31,8 |
| Hayır | 56 | 50,9 |
| Cevap Yok | 2 | 1,8 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Çizelge 5.10 incelendiğinde katılımcıların % 50,9 oranla büyük çoğunluğunun hasta hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür.

Katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunun cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonuçları Çizelge 5.11’ de gösterilmiştir.

Çizelge 5.11. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Cinsiyet Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları

| CEVAPLAR | KADIN | ERKEK | X ² | SD | P |
|---------------|-----------|-----------|----------------|----|-------|
| Evet | 8 | 9 | 3,711 | 3 | 0,294 |
| Kısmen | 15 | 20 | | | |
| Hayır | 35 | 21 | | | |
| Cevap Yok | 1 | 1 | | | |
| TOPLAM | 59 | 51 | | | |

Çizelge 5.11’ de görüldüğü gibi katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunun cinsiyet değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3, 711$; $p> 0,05$). Fakat kadınların bilgi sahibi olmama durumunun erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunun yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonuçları Çizelge 5.12’ de gösterilmiştir.

Çizelge 5.12. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Yaş Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları

| CEVAPLAR | 18 ve Altı | 19-29 | 30-49 | 50 ve Üzeri | X ² | SD | P |
|---------------|------------|-----------|-----------|-------------|----------------|----|-------|
| Evet | 0 | 3 | 5 | 9 | 7,141 | 9 | 0,622 |
| Kısmen | 1 | 5 | 4 | 25 | | | |
| Hayır | 0 | 10 | 8 | 38 | | | |
| Cevap Yok | 0 | 1 | 0 | 1 | | | |
| TOPLAM | 1 | 19 | 17 | 73 | | | |

Çizelge 5.12' de görüldüğü gibi katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunun yaş değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 7,141$; $p> 0,05$).

Katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunun eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonuçları Çizelge 5.13' de gösterilmiştir.

Çizelge 5.13. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumunun Eğitim Durumu Değişkenine Bağımlı Olup Olmadığını Belirlemek Amacıyla Yapılan Chi-Square Testi Sonuçları

| CEVAPLAR | Okuryazar | İlköğretim | Lise ve Dengi | Üniversite | Lisansüstü | X^2 | SD | P |
|---------------|-----------|------------|---------------|------------|------------|--------|----|------|
| Evet | 1 | 4 | 5 | 6 | 1 | 23,398 | 12 | 0,25 |
| Kısmen | 1 | 5 | 16 | 3 | 0 | | | |
| Hayır | 7 | 22 | 25 | 1 | 1 | | | |
| Cevap Yok | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | | | |
| TOPLAM | 9 | 32 | 47 | 10 | 2 | | | |

Çizelge 5.13' de görüldüğü gibi katılımcıların Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunun eğitim durumu değişkenine bağımlı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Chi-Square testi sonucunda değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 23,398$; $p> 0,05$). Buna göre eğitim düzeyinin hasta hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olma durumunu etkilemediği söylenebilir. Hasta hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi olan % 15,5 ve kısmen bilgisi olan % 31,8 oranında katılımcının ilgili bilgilendirmeyi hangi yolla aldıkları Çizelge 5.14' te gösterilmiştir.

Çizelge 5.14. Hasta Hakları İşleyişi Hakkında Bilgilerin Alınma Yolları

| Kriterler | f | % |
|--------------------------------------|------------|------------|
| İşleyiş Hakkında Hiç Bilgisi Olmayan | 50 | 45,5 |
| Eğitim Kurumları | 6 | 5,5 |
| Hastane | 16 | 14,5 |
| Yazılı-Görsel-İşitsel-Medya | 21 | 19,1 |
| Hasta Yakınları | 15 | 13,6 |
| Sivil Toplum Örgütleri | 2 | 1,8 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Çizelge 5.14 incelendiğinde katılımcıların hasta haklarıyla ilgili bilgiyi en fazla yazılı-görsel-işitsel medya yoluyla aldıkları görülmektedir.

Katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri esnasında hak ihlaliyle karşılaşmalarına rağmen şikâyet etmeme nedenleri Çizelge 5.15’ te gösterilmiştir.

Çizelge 5.15. Tıbbi Muayene Ve Tedavileri Esnasında Hak İhlaliyle Karşılaşmalarına Rağmen Şikâyet Etmeme Nedenleri

| Nedenler | f | % |
|--|------------|------------|
| Şikâyetin yeterince dikkate alınmayacağı düşüncesi | 27 | 24,5 |
| Yasal prosedürlerle uğraşmak istememek | 14 | 12,7 |
| Şikâyetin aleyhine sonuçlanacağı inancı | 8 | 7,4 |
| Tekrar müracaatlarda sıkıntı yaşamamak | 34 | 30,9 |
| Diğer sağlık personelinin sorunu çözmeye yönelik girişimleri | 2 | 1,8 |
| Hasta hakları birimi hakkında bilginin olmaması | 9 | 8,2 |
| Diğer | 16 | 14,5 |
| TOPLAM | 110 | 100 |

Çizelge 5.15 incelendiğinde katılımcıların en fazla tekrar müracaatlarında sıkıntı yaşamamak için uğradıkları hak ihlalini göz ardı ettikleri görülmektedir.

6. BÖLÜM

6. DEĞERLENDİRME, SONUÇ VE ÖNERİLER

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru gündeme giren hasta hakları kavramı; bir önceki yüzyılda yaşanan sanayi devrimi ve sonrasında ortaya çıkan dünya savaşlarının insan sağlığını hiçe sayan olumsuz uygulamalarına karşı, sağlık hizmet sunumunda insan haklarının uygulanmasını, korunmasını ve böylelikle insan onurunun güvence altına alınmasını amaçlayan bir değer üzerinde yükselmiştir.

Şüphesiz, insan hakları alanında yaşanan gelişmelerle yakından ilişkili olan hasta hakları kavramı, BM'nin kurulması ve İnsan Hakları Evrensel Beyanname'si'nin yayımlanmasıyla da daha dinamik bir sürece geçiş yapmıştır. Bu süreçte, hasta hakları kavramının ortaya çıkması ve talep edilebilir hale gelmesinde, Amerikan Hastaneler Birliği tarafından yayımlanan Hasta Hakları Bildirgesi etkili ve belirgin olmuş, daha sonraları kavramın Avrupa ülkelerine de yayılmasıyla evrenselleşme yolunda önemli açılımlar sağlanmıştır. Bu bağlamda, Dünya Tabipleri Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Hasta Hakları Bildirgeleri, yapacağı yapısal düzenlemelerle ülke insanına yakışır saygınlıkta sağlık hizmeti sunmak isteyen modern toplumlara referans oluşturmuştur.

Günümüzde birçok ülke, bu temel referans doğrultusunda en temel insan haklarından olan yaşama ve sağlık hakkı ile yakından ilintili olan hasta haklarını yasalaştırarak, bireylerin sağlamlık halini koruyup geliştirecek ve uygulamada işler hale getirecek mekanizmaları oluşturmuşlardır. Çünkü modern toplumlar, sağlığın bireylerin diğer haklarını kullanılmasında her zaman ve her şeyden önce gerekli olduğunun bilincindedirler. Bu bağlamda hasta hakları, bireylerin kaybettiği sağlığını en kısa zamanda, mümkün olan en yüksek seviyede, konforlu ve onurlu bir şekilde geri alabilmesinde, bunun mümkün olmadığı durumlarda ise, yaşam kalitesinin korunmasında ve bireylerin onurlu bir şekilde ölmesinde ihtiyaç duyacağı her türlü hizmete kolaylıkla, eşit, adil ve beklentileri doğrultusunda ulaşmasında son derece önemli güvenceler sunmaktadır. Hasta hakları uygulamaları, hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti almasını, bakım ve tedavisi esnasında oluşabilecek bazı olumsuz

durumların ortadan kaldırılmasını ve dolayısıyla hasta memnuniyet düzeyinin daha yüksek olmasını sağlayacaktır.

Diğer modern ve çağdaş ülkelerde bu gelişmeler olmasına karşın K.K.T.C' de hasta hakları konusunda yeterli değişiklik yapılamamıştır. K.K.T.C' de hasta hakları kavramının dayandığı herhangi bir yasa bulunmamasıyla birlikte, K.K.T.C Cumhuriyet Meclisi tarafından 2004 yılında Hasta Hakları Yasa Tasarısı oluşturulmuştur. Ayrıca literatür araştırıldığında ülkemizde hasta haklarıyla ilgili araştırmaların az sayıda olduğu tespit edilmiştir. Bundan dolayı bu araştırmanın konusu K.K.T.C' de hasta hakları olarak seçilmiştir.

Araştırmaya K.K.T.C' de bir hastaneden 21/11/2012-21/12/2012 tarihleri arasında dahiliye, koroner, ortopedi, kadın doğum, üroloji, nöroloji, kalp damar cerrahisi, hemodiyaliz, intaniye, göğüs, onkoloji, kliniklerinde yattıktan sonra taburcu olan 110 kişi katılmıştır. Katılımcıların % 46,4' ü erkek, % 53,6' sı kadın, % 66,36'sı 50 ve üzeri yaş, % 17,7' si 19-29 yaş, % 15,47' si 30-49 yaş, % 0,9' u 18 yaş ve altı grubunda, % 42,72' si lise ve dengi, % 38,18' i ilköğretim, % 9,10' u üniversite, % 8,19' u okur-yazar ve 1,81'i lisans üstü eğitim seviyesindedir. Buna göre katılımcıların cinsiyete göre dağılımlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Ancak yaş ve eğitim düzeylerine bakıldığında %66,36 oranında 50 ve üzeri yaş grubunda ve % 42,72 oranında lise ve dengi eğitim seviyesinde dağılım gösterdiği ve dolayısıyla katılımcıların büyük çoğunluğunu 50 ve üzeri yaş grubunda ve lise ve dengi eğitim seviyesinde oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların % 36,9' u “tedavinizle ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda kendisini tanıtmalıdır” hakkını bilmemektedir. Katılımcılar arasında en fazla bilinen hak ise % 77,5 bilinme oranı ile “hasta hastanenin imkânları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmelidir” hakkıdır. Katılımcıların en fazla kararsız kaldıkları hak ise % 30,6 oran ile “hastalar hastane imkânları ölçüsünde dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmelidir” hakkıdır. Katılımcıların % 38,7' si hizmet aldıkları hastanede “tedavinizle ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi

konusunda kendisini tanıtmalıdır” hakkının uygulanmadığını belirtmişlerdir. Yine en fazla uygulandığını belirttikleri hak % 77,5 oranı ile “hasta hastanenin imkânları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmelidir” hakkıdır. Burada en fazla bilinen ve bilinmeyen haklar ile hastanede en fazla ve en az uygulandığını belirttikleri hakların birbiriyle örtüştüğü görülmektedir. Dolayısıyla buradan bilinen hakların uygulamaya geçirildiği ve bilinmeyen hakların uygulamaya geçirilmediği yargısına varılabilir. Bununla ilgili olarak ülkemizde hasta haklarıyla ilgili halkı bilinçlendirme kampanyalarının başlatılması önerilebilir. Böylece kişilerin bildikleri kriterleri daha objektif olarak değerlendirmesi sağlanabilir. Katılımcıların en fazla kısmen uyulduğunu düşündükleri hak ise % 55 oran ile “hastalar özel kanun hükümleri ve hastalığının mahiyeti saklı kalmak koşuluyla sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesini veya bilgilendirilmemesini isteyebilir” hakkıdır.

Katılımcıların tıbbi muayene ve tedavileri sırasında hak ihlaline uğradıklarında şikayet ve önerilerini en fazla % 42,3 oranla hastane başhekimliklerine yaptıkları saptanmıştır. Hastane başhekimliklerinin konuyla ilgili aktif duruma getirilmesi hatta başhekimliğe bağlı olarak ayrı bir hasta hakları departmanının oluşturulması hasta ve sağlık personeli arasında uzlaşmanın oluşturulabilmesi açısından önemli bir girişim olarak düşünülebilir. Tıbbi muayene ve tedavi sırasında hak ihlaline uğrandığında şikayeti bildirme durumu cinsiyet ve yaş düzeyine göre değişmediği ancak eğitim düzeyine göre değiştiği belirlenmiştir. Şikayetlerini en fazla lise ve dengi eğitim düzeyinde kişilerin bildirdikleri görülmüştür. Ancak burada araştırmaya katılan kişilerin eğitim seviyelerine göre eşit dağılmadıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmaya katılanların % 50,9’unun hasta hakları hakkında bilgi sahibi olmadıkları ve bu durumun cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyine göre değişmediği saptanmıştır. Hasta hakları hakkında bilgisi olan kesimin ise bu bilgileri % 19,1’ lik oranla en fazla yazılı-görsel-işitsel medya yoluyla aldıkları tespit edilmiştir. Burada yine halkı bilgilendirme çalışmalarının gerekliliği ortaya çıkmakla birlikte, bu bilgilendirmenin medya kampanyaları yoluyla yapılması tanıtım etkinliğini arttıracaktır. Televizyon kanallarında kamu spotu adı altında küçük reklam

filmlerinin gösterilmesi bir öneri olarak getirilebilir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı web sitesinde hasta hakları adı altında bir bölüm açılarak hastaların internet üzerinden üst makamlara ulaşmaları kolaylaştırılabilir. Sadece hasta sorunlarına yönelik bir telefon hattı (ALO SAĞLIK HATTI) kurulması da hastaların üst makamlara ulaşmasında bir çözüm önerisi olarak getirilebilir. Katılımcıların uğradıkları hak ihlalini tekrar müracaatlarında sıkıntı yaşamamak için göz ardı ettikleri de araştırmanın diğer bir sonucudur.

Hasta haklarının hasta ve hasta yakınları ile sağlık personeli tarafından da benimsenip, talep edilmesini sağlamak ve insanın değerli bir varlık olarak önemini vurgulamak için daha aktif ve çok yönlü eğitim ve bilgilendirme/tanıtım faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Eğitimler halk eğitimleri ve personel eğitimleri olmak üzere iki bölümde gerçekleştirilebilir. Halk eğitimlerinde sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin ve toplumun haklarının, aldıkları hizmetin kalitesinin yükseltilmesindeki önemini anlatmak gerekir. Burada sivil toplum kuruluşları tarafından halk eğitimi kampanyaları başlatılabilir. Hasta hakları ile ilgili olarak sürekli broşürler ve dergiler yapıp poliklinik ve sağlık ocaklarında dağıtılabilir. Hastanelerde yatan hastalara yönelik olarak hasta haklarını içeren broşür ve kitapçıkların hasta odalarına ve hastaların boş zamanlarını geçirdikleri alanlara bırakılması, afişlerin hastane giriş ve servis panolarına asılması ve hastanenin merkezi ses sisteminden hastaların rahatsız olmayacağı saatlerde periyodik aralıklar ile duyurulması sağlanmalıdır.

Eğitimin diğer ayağı olan hastanelerde, belli aralıklarla, uzman kişilerden oluşan ekipler tarafından personel eğitim seminerleri düzenlenmelidir. Bu eğitimlerin içeriğinde hasta-sağlık personeli iletişimi, hasta hakları ile ilgili hukuki yaptırımlar gibi konulara yer verilebilir. Yine, sağlık personelinin eğitim müfredatında, hasta haklarının ayrı bir ders olarak verilmesi sağlanmalıdır. Böylece bu konuda daha bilinçli hizmet vermesi sağlanmış olur. Ayrıca hasta güvenliği, hasta hakları ve özellikle çalışanların haklarına yönelik bilimsel çalışmaların artırılması ve konunun önemine dikkat çekilmesi gerekir.

Hasta hakları ile ilgili sivil toplum örgütlerinin ülke bünyesinde örgütlenmesi özendirilerek, sağlık hizmeti veren kuruluşların denetiminde rol alması sağlanmalıdır. Ayrıca siyasi alt yapı eksikliklerinin kesinlikle giderilmesi gerekir.

Hasta hakları uygulamalarının resmiyete kavuşması için Hasta Hakları Yasası'nın bir an önce Meclis'ten geçmesi ve yürürlüğe girmesi gerekir. Yasa kapsamında Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir hasta hakları genel müdürlüğü ve genel müdürlüğün taşra teşkilatı olarak her şehirde şube müdürlükleri ve bu şube müdürlüklerine bağlı olarak her hastanede başhekimliğe bağlı hasta hakları birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimler aracılığıyla, hak ihlaline uğramış veya uğraması muhtemel hasta ve hasta yakınları için önlemler alınmaya çalışılırken, diğer taraftan da toplum ve sağlık çalışanlarının hasta hakları konusunda bilinçlendirilmesi sağlanarak, hasta hakları kültürünün toplumun tümüne egemen kılınması amaçlanmalıdır. Hasta hakları birimleri çalışanları, kayırmacılığa meydan vermemek adına, bir sivil toplum kuruluşu temsilcisi, bir vatandaş temsilcisi ve bir de sağlık personeli temsilcisinden oluşmalıdır. Ayrıca yapılan her başvurunun ve sonucunun kayıtlarının tutulması, yıl sonunda değerlendirmelerin yapılarak eksik yönlerde revizyona gidilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Anar, E. (2000). *İnsan Hakları Tarihi*, (2. baskı), İstanbul: Çivi Yazıları.
- Anayurt, Ö. (2003). 1924 Anayasası'nda Temel Hak ve Hürriyetler, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Sayı: 7.
- Annas, G., J. (2004). *The Rights of Patients*, New York: New York University Pres.
- Arda, B. (2000). Türkiye' de Psikiyatri Hastaları Gizlilik Haklarında Yeni Protokoller, 13. Dünya Tıp Hukuku Kongresi' nde Sunulan Bildiri, Finlandiya.
- Arda, B. (2002). *2020 Yılında Tıbbi Etik. 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Arda, B. (2004). *Aydınlatılmış Onam*, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Arpacı, A. (2000). *Kişiler Hukuku (Gerçek Kişiler)*,(2. Baskı), İstanbul: Beta Yayınları.
- Aydın, E. (2004). Rights of patients in developing countries: the case of Turkey, *Journal Medical Ethics*, 30.
- Beauchamp, T., L and Childress J., F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* Oxford University Pres.
- Bozkurt, E. (2003). *İnsan Haklarının Korunmasında Uluslar Arası Hukukun Rolü*, Ankara: Nobel Basımevi.

KAYNAKÇA (devam)

- Büken, N.,Ö. (2000). *Denek Ve Hasta Hakları Açısından Klinik İlaç Araştırmaları*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış.
- Çeçen, A. (2000). *İnsan Hakları*, İstanbul: Gündoğan Yayınları.
- Çinko, M., S. (2001). *Hasta Haklarının Hukukî ve Tıbbî Açısından İrdelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Yayınlanmamış.
- Demir, M. (2006). *Sağlık ve Tıp Hukuku Mevzuatı Uluslararası Kaynaklar*, Ankara: Vedat Kitapçılık.
- Dickens, B., M. (1998). *Encyclopedia of Applied Ethics, Patient rights, Vol: 3*.
- Dinç, G. (2007). *Hasta Hakları, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Donnelly, J. (1995). *Teoride Ve Uygulamada Evrensel İnsan Hakları*, (Çev. M. Erdoğan ve L. Korkut), Ankara: Yetkin Yayınları.
- Dural, M ve Öğüz, T. (2006). *Kişiler Hukuku, (8. Baskı)*, İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Er, Ü. (2008). *Sağlık Hukuku*, Ankara: Savaş Yayınevi.
- Ersoy, N. (1991). *Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılması ve Aydınlatılmış Onamının Alınması İle İlgili Etik Sorunlar*, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Yayını.
- Ersoy, N. (2003). *Çağdaş Tıp Etiği*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

KAYNAKÇA (devam)

Fişek, N. Tıp Meslek Ahlak Tüzüğü Taslağı, nusret.fisek.org.tr/wpcontent/tip_meslek_ahlak_tuzugu_taslagi (Erişim tarihi: 26 Eylül 2012).

Göçmen, E ve Göçmen S. A. (2003). İlaç kullanımından doğan zararlardan hekimin, eczacının ve ilaç üreticisinin sorumluluğu, *İstanbul Barosu Dergisi*, Sayı: 3.

Görkey, Ş. (2003). Hasta hakları, *Medikal Etik Dergisi*, 4 (1).

Göze, A. (1995). *Siyasal Düşünceler ve Yönetimler*, (7.Baskı), İstanbul: Beta Yayınları.

Gözler, K. (2006). *Anayasa Hukukuna Giriş, Genel Esaslar ve Türk Anayasa Hukuku*. (8. Baskı), Ankara: Ekin Kitabevi Yayınları.

Gözübüyük, A., Ş. (1996). *Yönetim Hukuku*, (9.baskı), Ankara: Turhan Kitabevi.

Gözübüyük, A., Ş. (2006). *Anayasa Hukuku Anayasa Metni ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi*, (14. Baskı), Ankara: Turhan Kitabevi.

Gülmez, M. (2001). *İnsan Hakları ve Demokrasi Eğitimi: Egemenlik İnsanıdır*, Ankara: TODAİE Yayın No: 303.

Hatemi, H. (2004). *Medeni Hukuka Giriş*, İstanbul: Vedat Yayıncılık.

Hatemi, H. (2002). *Borçlar Genel Fasiküller*, Ankara: Vedat Kitabevi.

Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

KAYNAKÇA (devam)

İktisadi Kalkınma Vakfı (1997). *Demokrasi Ve İnsan Hakları*, İstanbul: İKV Yayınları, No:147.

Kaboğlu, İ., Ö. (1996). *Dayanışma Hakları*, Ankara: TODAİE Yayınları.

Kıbrıs Türk Tabipler Birliği.(2010). Hekim Çalışma Koşulları, Sorunlar ve Öneriler Araştırması, www.ktschb.com/belgeler/kadem%20kttb%202011.ppt (Erişim tarihi: 26 Eylül 2012).

KKTC Sağlık Bakanlığı.(2009). Kamu Sağlık Çalışanları Yasası İç Düzeni, www.saglikbakanligi.com/.../yasalar/yasalar (Erişim tarihi: 26 Eylül 2012).

Kuçuradi, İ. (1996). *İnsan Haklarının Felsefi Temelleri*, İstanbul: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.

Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Külahçı Serengil, Ş. (2012). KKTC' de Hasta Hakları, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 61(2).

Magee, B. (2000). *Felsefenin Öyküsü*, Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.

Mardin, Ş. (2003). *Jön Türklerin Siyasi Fikirleri 1895-1908*, (10. Baskı), İstanbul: İletişim Yayınları.

Moreno J.,D., Caplan A.,L., Wolpe P.,R. (1998). Informed Consent. *Encyclopedia of Applied Ethics*, Vol: 2.

Mumcu, A. (1992). *İnsan Hakları Kamu Özgürlükleri*, Ankara: Savaş Yayınları.

KAYNAKÇA (devam)

- Oğuz, Y. (1994). *Psikiyatride Onam Ve Aydınlatılmış Onam: Etik, Hukuk Ve Bilim Açısından*, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış.
- Önder, İ. (2003). *Özel Mülkiyet ve İnsan Hakları. Türkiye İnsan Hakları Hareketi Konferansı (2000) Bildirileri Kitabı*, Ankara: Türkiye İnsan Hakları Vakfı Yayınları.
- Özay, M. (2006). *Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu*, Ankara: Yetkin Yayıncılık.
- Özdemir, H. (2004). *Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi*, Ankara: Yetkin Yayıncılık.
- Özbudun, E. (2005). *Türk Anayasa Hukuku*, (8. Baskı), İstanbul: Yetkin Yayınları.
- Özlü, T. (2005). *Hasta Hakları, Hakkınız Var Çünkü Hastasınız*, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Öztürk, B ve Erdem, R., M. (2006). *Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku*, (Yeni CMK'ya Göre Yenilenmiş 10. baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Polat, O. (2006). *Klinik Adli Tıp Adli Tıp Uygulamaları*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye'de Sağlığa Bakış*, Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Hasta Hakları Uygulamaları İstatistikleri, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/istatistik.htm> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

KAYNAKÇA (devam)

- Sayek, F. (1998). *Sağlıkla İlgili Uluslar Arası Belgeler*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Sert, G. (2004). *Hasta Hakları, Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*, İstanbul: Babil Yayınları.
- Starr, P. (1982). The Social Transformation of American Medicine, *Library of Congress Cataloging in Publication*, 3.
- Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, İstanbul: Çivi Yazıları.
- Tanör, B. (1990). *Türkiye'nin İnsan Hakları Sorunu*, Ankara: BDS Yayınları.
- Tanör, B. (2005). *Osmanlı- Türk Anayasal Gelişmeleri, (13. Baskı)*, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Tanör, B ve Yüzbaşıoğlu N. (2005). *1982 Anayasasına Göre Türk Anayasa Hukuku, (7.Baskı)*, İstanbul: Beta Basım.
- T.C. Başbakanlık. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Default.aspx> (Erişim tarihi: 15 Eylül 2012).
- T.C. Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı. (2006). *İnsan Hakları*, Ankara: Matüs Basımevi.
- Türk Tabipler Birliği. (12.01.2005). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index> , (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).
- Türk Tabipler Birliği.(23.12.2008). İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (Mülga), <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

KAYNAKÇA (devam)

Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1047.html> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

Türkiye Cumhuriyeti Adalet Bakanlığı. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1047.html> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

Türkiye Büyük Millet Meclisi.Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Yasa, <http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü.2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/acsap/mevzuat/2827sayiliyonetmelik> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1489.pdf> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html> (Erişim tarihi: 24 Eylül 2012).

KAYNAKÇA (devam)

- Türkiye Mühendis ve Mimar Odaları Birliği. (2010). http://www.tmmob.org.tr/genel/bizden_detay.php?kod=3210&tipi=16 (Erişim tarihi: 4 Kasım 2012).
- Uygun, O. (1996). *Türkiye’de Demokrasi ve İnsan Hakları*, Ankara: TODAİE Yayınları.
- Uzak, A ve Altuntaş, M. (2007). *İnsan Hakları Nedir?: Temel Bilgiler ve Türkiye’de İnsan Hakları Alanında Yaşanan Gelişmeler*, Ankara: İsmat Baskı.
- Ünal, Ş. (2001). *Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi İnsan Haklarının Uluslararası İlkeleri*, Ankara: TBMM Kültür, Sanat ve Yayın Kurulu Yayınları No: 89.
- Wellman, C. (1995). Rights, *Journal Of Bioethics*, Vol: 5.
- Yenerer, Çakmut, Ö. (2010). *KKTC Girne Amerikan Üniversitesi Sağlık Hukuku Sempozyumu Kitabı, Hastanın Tedaviyi Reddetme veya Durdurma Hakkı*, Ankara: Adalet Yayınevi.
- Yılmaz, Kayar, H. (29.08.2006). İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=6582> (Erişim tarihi: 07.12.2012).
- Yürük, A., T. (1998). *Çağdaş Toplumda İnsan Haklarının Doğuşu ve Gelişimi Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan*, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1020.
- Yürük, A., T ve Karakuş, S. (1998). *Çağdaş Yaşam Çağdaş Toplum*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No:563.

Ek-1

**KKTC' DE BİR HASTANEDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTALARIN
HASTA HAKLARI UYGULAMALARINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ
İLE ALGILAMALARINI YANSITAN ANKET ÇALIŞMASI**

Bu anket çalışmasında KKTC'de bir hastanede yatarak tedavi gören hastaların hasta hakları ile hasta hakları birimi konularındaki bilgi düzeylerine ulaşıldıktan sonra bu grupların hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşleri üzerine değerlendirmeler yapılacaktır. Anket sorularını cevaplarken ad-soyad belirtmeniz gerekmektedir. Size uygun seçeneğin üzerine "X" işareti koymanız yeterlidir. Kıymetli zamanınızı ayırarak anket çalışmamıza katılımınızdan ve hasta haklarına yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Nuriye GÜNEY
Lefke Avrupa Üniversitesi
Yüksek Lisans Öğrencisi

BİRİNCİ BÖLÜM (SOSYODEMOGRAFİK VERİLER)

1. Cinsiyetiniz?

- a) Erkek b) Kadın

2. Yaşınız?

- a) 18 ve altı
b) 19-29
c) 30-49
d) 50 ve üzeri

4. Eğitim Durumunuz?

- a) Okur-yazar
b) İlköğretim
c) Lise ve Dengi
d) Üniversite
e) Lisansüstü

İKİNCİ BÖLÜM

Aşağıdaki sorular 52 maddeden oluşan Hasta Hakları Yönetmeliği içerisinde belirlenen hastanın sahip olduğu 18 hakla ilgilidir. A bölümünde bu hakları bilip bilmediğiniz, B bölümünde ise bu haklara hizmet aldığınız hastanede ne derecede uyulduğu ile ilgili düşünceleriniz sorulacaktır. Soruları okuduktan sonra yandaki seçeneklere göre görüşlerinizi belirtiniz.

A BÖLÜMÜ (HASTA HAKLARI FARKINDALIK BÖLÜMÜ)

| SORULAR | Kesinlikle Katılmıyorum | Kısmen Katılmıyorum | Fikrim Yok | Kısmen Katılıyorum | Kesinlikle Katılıyorum |
|--|-------------------------|---------------------|------------|--------------------|------------------------|
| Hastanede sunulan sağlık hizmetlerinin eşitlik, adalet ve hakkaniyet çerçevesinde hasta ayrımı yapılmadan veriliyor | | | | | |
| Hasta yasal prosedürlere uymak şartıyla sağlık kurumunu, hekimini ve diğer sağlık personelinin özgürce seçip değiştirebilir. | | | | | |
| Tedavinizle ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda kendisini tanıtmalıdır. | | | | | |
| Hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak Tıbbi bakım ve tedavi almalıdır. | | | | | |
| Hasta tıbbi durumunun kötüye gitmesi ve hatta Tıbbın çaresiz kalması durumunda bile ötenazi talep edemez. | | | | | |
| Hastane personeli tıbbi durumunuzun gerektirdiği özen ve hassasiyeti; güler yüzlü, nazik ve kişilik değerlerinize uygun olarak sunmalıdır. | | | | | |
| Hasta sağlık durumuyla ilgili olarak tanı, tedavi, muhtemel riskler ve alternatif tedaviler ile hastalığın seyri hakkında anlayabileceği şekilde bilgilendirilmelidir. | | | | | |
| Hasta tıbbi bilgilerini içeren dosya ve kayıtlarını inceleyip, bir nüshasını alabilmeli ve varsa hataların düzeltilmesini isteyebilmelidir. | | | | | |
| Hastalar özel kanun hükümleri ve hastalığının mahiyeti saklı kalmak koşuluyla sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesini veya bilgilendirilmemesini isteyebilir. | | | | | |
| Hastalara uygulanan her türlü Tıbbi müdahalelerde hasta mahremiyetinin korunarak, müdahale esnasında paylaştığı kişisel bilgilerin gizli kalmasına riayet edilmelidir. | | | | | |
| Hastaların hastanede yaptırdıkları her türlü Tıbbi müdahale ve işlem öncesinde yeterince bilgilendirildikten sonra rızası alınmalıdır. | | | | | |
| Hasta Tıbbi bakım ve tedavisiyle ilgili olarak önerilen tedaviyi istemediği durumlarda ret edebilmeli veya durdurabilmelidir. | | | | | |
| Hastane idaresi hasta ve yakınlarının can ve mal güvenliklerini korumak için gerekli tedbirleri almalıdır | | | | | |
| Hastalar hastane imkânları ölçüsünde dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmelidir. | | | | | |
| Hasta hastanenin imkânları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmelidir. | | | | | |
| Hasta Tıbbi durumunun gereklerine ve hastanenin işleyiş kurallarına göre belirlenen zaman dilimlerinde ziyaretçi kabul edebilmelidir. | | | | | |
| Hasta hak ihlaliyle karşılaşması durumunda şikâyet ve dava hakkını kullanabilmelidir. | | | | | |
| Hasta hizmet alımı esnasında uyması gereken kurallar ve yerine getirmekle yükümlü olduğu sorumlulukları hakkında bilgilendirilmelidir. | | | | | |

B BÖLÜMÜ (HASTA HAKLARI UYGULAMALARI)

| SORULAR | Hiç Uygulanmamaktadır | Kısmen Uygulanmaktadır | Uygulanmaktadır |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------|
| Hasta bu hastanede sunulan sağlık hizmetlerinden eşitlik, adalet ve hakkaniyet çerçevesinde hasta ayırımı yapılmadan yararlanmaktadır. | | | |
| Hasta bu hastanede yasal prosedürlere uymak şartıyla, hekimini ve diğer sağlık personelini özgürce seçip değiştirebilmektedir. | | | |
| Bu hastanede tedavimle ilgilenen hekim ve diğer sağlık personeli kimlik bilgisi ve görevi konusunda kendisini tanıtmaktadır. | | | |
| Hasta bu hastanede modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak tıbbi bakım ve tedavi almaktadır. | | | |
| Hasta bu hastanede tıbbi durumunun kötüye gitmesi ve hatta tıbbın çaresiz kalması durumunda bile ötenazi talep edememektedir. | | | |
| Bu hastanede hastane personeli tıbbi durumunun gerektirdiği özen ve hassasiyeti; güler yüzlü, nazik ve kişilik değerlerime uygun olarak sunmaktadır. | | | |
| Bu hastanede sağlık durumumla ilgili olarak tanı, tedavi, muhtemel riskler ve alternatif tedaviler ile hastalığın seyri hakkında anlayabileceğim şekilde bilgilendirilmekteyim. | | | |
| Hasta bu hastanede tıbbi bilgilerini içeren dosya ve kayıtlarını inceleyip, bir nüshasını alabilmeli ve varsa hataların düzeltilmesini isteyebilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hastalar özel kanun hükümleri ve hastalığının mahiyeti saklı kalmak koşuluyla sağlık durumları hakkında bilgilendirilmesini veya bilgilendirilmemesini isteyebilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hastalara uygulanan her türlü tıbbi müdahalelerde hasta mahremiyetinin korunarak, müdahale esnasında paylaştığı kişisel bilgilerin gizli kalmasına riayet edilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hastaların hastanede yaptırdukları her türlü tıbbi müdahale ve işlem öncesinde yeterince bilgilendirildikten sonra rızası alınmaktadır. | | | |
| Bu hastanede hasta tıbbi bakım ve tedavisiyle ilgili olarak önerilen tedaviyi istemediği durumlarda reddedebilmekte veya durdurabilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hastane idaresi hasta ve yakınlarının can ve mal güvenliklerini korumak için gerekli tedbirleri almaktadır. | | | |
| Bu hastanede hastalar hastane imkânları ölçüsünde dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hasta hastanenin imkânları ve doktorunun uygun görmesi halinde refakatçi bulundurabilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hasta tıbbi durumunun gereklerine ve hastanenin işleyiş kurallarına göre belirlenen zaman dilimlerinde ziyaretçi kabul edebilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hasta hak ihlaliyle karşılaşması durumunda şikâyet ve dava hakkını kullanabilmektedir. | | | |
| Bu hastanede hasta hizmet alımı esnasında uyması gereken kurallar ve yerine getirmekle yükümlü olduğu sorumlulukları hakkında bilgilendirilmektedir. | | | |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

1. Hastanede tıbbi muayene ve tedaviniz esnasında hak ihlaliyle karşılaşmanız durumunda şikâyet ve önerilerinizi hangi birime yapmalısınız?

- a) Sağlık Bakanlığına
- b) Yataklı Tedavi Kurumu müdürlüğüne
- c) Hastane Başhekimliğine
- d) Hastane Başhemşireliğine
- e) Hastane İdare

2. Hasta Hakları işleyişi hakkında bilgi sahibi misiniz?

- a) Evet
- b) Kısmen
- c) Hayır

3. 2. soruya cevabınız “Evet” veya “Kısmen” ise hasta hakları hakkındaki bilgilendirmeyi nereden aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

- a) Eğitim Kurumlarından (Eğitiminiz Esnasında)
- b) Hastaneden
- c) Yazılı-Görsel-İşitsel Medya
- d) Yakınlarınızdan
- e) Sivil Toplum Örgütlerinden

4. Tıbbi muayene ve tedaviniz esnasında hak ihlaliyle karşılaşmanıza rağmen şikâyet etmeme nedenlerinizi belirtiniz?

- a) Şikâyetinizin yeterince dikkate alınmayacağı düşüncesi
- b) Yasal prosedürlerle uğraşmak istememek
- c) Şikâyetinizin aleyhinize sonuçlanacağı inancı
- d) Tekrar müracaatlarda sıkıntı yasamamak için sağlık personeliyle kötü olmama düşüncesi
- e) Diğer sağlık personelinin sorununuzu çözmeye yönelik girişimleri
- f) Hasta hakları birimi hakkında bilginizin olmaması
- g) Diğer (Belirtiniz.....)

