

Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulaması

Sebiha Kablay*

Özet: Hastalıklar insanın fiziksel ya da ruhsal sağlığının çeşitli nedenlerle bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır. Hastalıkların tedavisi tıbbi müdahaleleri gerektirmektedir. Hasta hakları bu süreçte hastaların sahip olduğu haklardır. Ancak son yıllarda hasta haklarının abartılı algılanışı bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmanın amacı sağlık emekçilerinin hasta hakları hakkındaki düşüncelerini ortaya koymaktır. Araştırmada yöntem olarak nicel araştırma tekniği (soru formu) ve nitel araştırma tekniği (mülakat) birlikte kullanılmıştır. Araştırma girişimsel işlemlerin de yapıldığı bir devlet hastanesinde 160 sağlık emekçisi (hekim, hemşire, yardımcı hizmetli) ile soru formu, 15 sağlık emekçisi (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) ile de mülakat yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık emekçileri, hasta hakları, çalışana şiddet.

The Practice Of Patient Rights in The Eyes of Health Workers

Abstract: Diseases emerge as a result of deterioration of physical or mental health due to various causes. The treatments of diseases require medical interventions. Patients' rights are the rights which people are entitled to in this process. However, in recent years, the exaggerated perception of patients' rights brings some problems. The aim of this research is to investigate the opinion of workers about the rights of patients. The research was done by using quantitative research techniques (questionnaire) and qualitative research techniques (interviews). The research was conducted in a public hospital, where interventional procedures are also carried out, via the questionnaires among 160 health workers (doctors, nurses, assisted service members), and the interviews made with 15 health workers (doctors, nurses, social worker).

Key Words: Health workers, patients' rights, violence to employees.

GİRİŞ

İnsan tarihsel süreçte çeşitlenerek artan bazı hak ve özgürlüklere sahip bir varlıktır. Özellikle sosyal devlet uygulamalarının artması ile klasik hakların yanı sıra sosyal haklar da insan hakkı olarak kabul edilmeye ve devlet ile toplum bu hakların sağlanmasında edim üstlenmeye başlamıştır.

En temel hak olarak kabul edilen yaşam hakkının sürdürülebilmesi diğer bazı hakları kullanmayı da gerekli kılmaktadır. Çünkü kişinin maddi ve manevi varlığını devam ettirebilmesi sağlık hakkı gibi bir dizi hakkın sağlanmasına bağlıdır. Sağlık hakkının gelişmesi ve kullanımı noktasında özellikle son 35-40

* Yrd. Doç. Dr., Ordu Üniversitesi, Ünye İİBF, Gölevi Mah. Devlet Sahil Yolu Ordu/Türkiye.

yıl da alana yeni bir kavram olarak “hasta hakları” kavramı dahil olmuştur. Sağlık hakkı esasen koruyucu ve tedavici sağlık hizmetlerinin birlikte herkese sağlanmasını içermektedir. Oysa hasta haklarına baktığımızda genellikle bireyin hastalıkla karşılaşması sonrası sağlık kurumlarından hizmet elde etmesi sırasında kullanılan haklar olarak ortaya çıkmaktadır. Günümüzde tedavi edici sağlık hizmetleri ve tıp bilimindeki inanılmaz teknolojik gelişmenin bir sonucu olarak tedavi olanaklarının artması hasta haklarına olan ilgiyi de arttırmıştır.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin sosyal devlet ilkesinin aksine piyasada alınıp satılabilen bir niteliğe kavuşması müşteri temelli istemleri de arttırmıştır. Başlangıçta hastaların hak ihlallerinin önlenmesi amacıyla ortaya çıkan "hasta hakkı" kavramının günümüzde müşteri/ tüketici hakları gibi bir anlama büründüğü görülmektedir. Hasta hakları uygulamasının yaygınlaşması hasta ve yakınlarının süreçlere daha aktif katılımını gerekli kılarken sağlık emekçileri ile kurulan ilişkinin yönünün de değiştiği gözlemlenmektedir. Sağlık emekçilerinin özellikle hekimlerin iktidar alanına giren konularda, hasta ve yakınları da söz sahibi olmaktadır. Ancak sadece iktidar alanında değil hasta- sağlık emekçileri arasında kimi zaman gerginleşen hatta şiddete yönelen bir değişme de yaşanmaktadır. Bu çalışmada ülkemizde son yıllarda giderek artan sağlık emekçilerine şiddet olgusunun hasta hakları uygulaması ile beslenip beslenmediği veya süreçte nasıl bir etkisi olduğu incelenmeye çalışılmıştır. Kavramın insan hakları arasında yeri, dünyada ve ülkemizdeki geçmişi irdelenerek yapılan saha çalışmasının yardımı ile sağlık emekçileri açısından hasta hakları uygulamasının algılanışı incelenmiştir.

İNSAN HAKLARI VE SAĞLIK HAKKI

İnsan hakları, insan değerini koruyan ve onun hem maddi hem de manevi varlığını geliştirmeyi amaçlayan üstün nitelikli kurallar bütünü olarak tanımlanmaktadır (Akıllıoğlu, 1995: 19). İnsanın insan olmaktan kaynaklanan haklarının tümü insan hakkı (Engin, 2013) olarak anlaşılmalıdır. İnsan hakların içinde temel hak ve özgürlükler pozitif hukukun güvence altına aldığı gerek yasama gerekse yürütme organının tasarrufu ile kolaylıkla değiştirilemeyen, kaldırılmayan haklardır (Uygun, 1992: 5). Bu hakların bazılarının gerçekleşmesi için devlet ya da toplumun müdahalede bulunmaması yeterliyken bazen de devlet ve toplumun edimde bulunması gerekir.

İnsanın insan olması nedeniyle dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez olan bu hak ve özgürlüklere sahip olabilmek için bireyin yaşamını sürdürmesi gerekir. Bunu sağlayan haklardan biri de sağlık hakkıdır (Aydın, 2008: 4). Sağlık kavramı iyilik halini içinde barındırmakla birlikte sadece bedensel bir iyilik halini tanımlamamaktadır. 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Tüzüğü'nde sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu” olarak tanımlanmıştır. “Sağlığın teşviki ve geliştiri-

rilmesi bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok fonksiyonel terimlerle anlaşılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşam sürmesine izin veren bir kaynak olarak” değerlendirilmektedir (WHO, 2013). DSÖ’nün de tanımladığı gibi sağlık bireyi çevresi ile bir bütün olarak ele almalı ve bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan refah içinde olmasını kapsamalıdır. Bireyin sosyal anlamada iyi olabilmesi ise ekonomiyle yakından ilgilidir. Bireyin iyilik halini sürdürebilmesi ancak devlet ve toplumun bazı edimlerde bulunması ile gerçekleşebilir. Bu anlamı ile sağlık hakkı bireye isteme hakkını da vermektedir. Bu hakkın sürdürülebilmesi pek çok şartın birden gerçekleşmesine bağlıdır.

İnsan haklarını düzenleyen ve koruma altına alan uluslararası insan hakları belge ve sözleşmelerinde sağlık hakkı da koruma altına alınmıştır. Birleşmiş Milletler’in (BM) 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde ve 1966 tarihli Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’nde (ESKHUS) sağlık bir hak olarak tanımlanmıştır. İkinci sözleşmenin 12. maddesi “Sağlık Standardı Hakkı” başlığı altında sağlık hakkını düzenlenerek taraf devletlere önlem alma zorunluluğu getirmiştir. Çünkü bu hakların kendiliğinden gerçekleşmesi beklenemez. Sözleşmede hakkın öznesi “herkes” olarak tanımlanmıştır. “Taraflar Devletler, herkesin, ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını” (md 12/1) kabul etmiş sayılır. Aynı maddenin 2. fıkrası taraf devletlerin hakkın kullanılmasını sağlamak için alacakları önlemleri ve amaçlarını belirlemiştir. Bu amaçlar:

“(a) Ölü doğum ve çocuk ölümleri oranlarının düşürülmesini ve çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişmesini sağlamak;

(b) Çevresel ve sınai sağlık şartlarının her yönüyle iyileştirilmesi;

(c) Salgın, yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü;

(d) Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması”dır.

BM Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi 14. Genel Yorumunda sağlık hakkının ancak diğer hakların tam olarak sağlanabilmesine bağlı olduğunu ifade etmiştir (Omay, 2011: 25). Beslenme, barınma, eğitim, ulaşım, çevre, iş, spor, sosyo-kültürel etkinlik gibi birçok alan; kişi ve toplumun sağlığı ile ilgili olup bu alanlarda düzenleme yapılması gerekir. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra bu gibi olanaklardan toplumun tamamının gereksinimlerine göre eşit şekilde yararlanması (Hamzaoğlu, 2007: 418) sağlık hakkının gerçek anlamda sağlanması anlamına gelecektir.

DSÖ tarafından 1986 yılında kabul edilen Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi de sağlık kavramını temel insan hakkı olarak kabul etmiştir. Sözleşme “huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, is-

tikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren” bazı şartları öngörmektedir (WHO, 2013: 1).

HASTA HAKLARI VE SAĞLIK HAKKI İÇİNDE YERİ

Hasta, “bir tedaviye ya da cerrahi müdahaleye, gerek rızasıyla gerekse zaruret halinde rızası alınmadan maruz kalan” (Hakeri, 2007: 31) kişi olarak tanımlanmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği (RG:01.08.1998, Sayı:23420) de hastayı “sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse” (4/b md) olarak tanımlamaktadır.

Hasta hakları, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması olarak değerlendirilmektedir. Dolayısı ile hasta hakları sadece sağlık hakkının bir uzantısı değil aynı zamanda diğer insan haklarının da hastalık halindeki bireye yansımasıdır. Diğer insan haklarında olduğu gibi hasta hakları da dayanağını uluslararası insan hakları belgelerinden almaktadır. Hasta hakları kişinin devletten ve toplumdaki hem iyi işleyen bir organizasyonun devamının hem de hastalanması durumunda tedavisinin sağlanmasını isteme hakkını gerektiren “sağlık hakkı”nı tamamlamaktadır (Sert, 2004: 62). Sağlıklı olmadan bireyin diğer haklarını kullanması da olanaklı değildir. Bu durum sağlıklı yaşam hakkının güvence altına alınması gerekliliğini ortaya çıkarmış ve alana ilişkin hukuki düzenlemeler yapılmıştır (Sert, 2004: 62; Süttaş, 2000: 62-63).

BM’nin 1966 tarihli Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’ndeki düzenlemeye göre (md.12/2/d) “Hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması(ndan)” taraf devletler sorumludur ve bunun için her türlü önlemi almalıdır.

Hatun (1999) hasta haklarının amaçlarını şu şekilde sıralamaktadır;

1. Hastanın bir kişi olarak gelişmesi ve kişinin bütünlük ve itibarının korunması, sağlık hizmetlerinde temel insan haklarının yeniden onaylanması,
2. Hastaların sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanmasını sağlamak amacıyla yardım etmek, sistemle ilgili sorunların etkisini en aza indirmek,
3. Hastalarla sağlık personeli arasındaki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek, hastaların sürece aktif katılımını sağlamak,
4. Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yönetimleri arasındaki iletişimi güçlendirmek için fırsat yaratmak, var olanı güçlendirmek,
5. Sağlık personelinin mesleki uygulamalardan doğan hatalarını azaltmak,
6. Hastaların sağlık hizmetlerindeki ulusal ve yerel programlara katılmasını sağlayarak sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak,
7. Çocuklar, psikiyatri hastaları, yaşlılar, mahkumlar gibi özel gruplar için ayrıntılı düzenleme yapmak,

8. Hasta-hekim ilişkisinde edilgen modeli değiştirerek sağlık hizmetlerinin insancıllaşmasını sağlamak,
9. Hasta eğitimini genel bir uygulamaya döndürerek hizmetlerin etkinliğini arttırmak,
10. Hasta hakları ile ilgili düzenli başvuru mekanizması oluşturarak otokontrol sağlamak,
11. Sağlık hizmetlerinde piyasa dinamiklerine bağımlılıktan kaynaklanan ve hastaları “para kazanma” aracı olarak gören uygulamaları önlemektir.

Hasta hakları uygulamasında öncelikle hasta-hekim ilişkisinin konu edildiği görülmektedir. Buradaki ilişki bir hizmet ilişkisi olarak kabul edilmektedir. Ancak özellikle son 30 yılda ülkemiz de dahil pek çok ülkede uygulanan sosyo-ekonomik politikalar sonucu sağlık sadece devletin sunduğu bir hizmet olmaktan çıkmış, bedel ödenerek alınabilen bir karaktere bürünmüştür. Bu nedenle sağlık hizmeti hizmet alışverişi şeklinde “ticari alışveriş” konusu olarak değerlendirilmiş ve “tüketici hakları” ile ilişkilendirilmiştir. Yaşamın korunması ve sağlıklı yaşamın yeniden kazanılabilmesi için özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinde mümkün olan en kısa sürede hizmeti almak gerekir. Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık kuruluşları ve sağlıkla ilgili mesleki uygulayıcılar tarafından verildiğinden konu bazen “tüketici hakları” ile ilişkilendirilmektedir. Hizmetin alınışı isteğe bağlı değil bir zorunluluk olduğundan ve yerine başka bir hizmet ikame edilemediğinden bu düşünce yanlıştır (Süttaş, 2000:104). Ancak sağlık alanında neoliberal politikaların hakim ideoloji haline gelmesi hastayı müşteri konumuna oturturken hasta haklarını da zaman zaman “tüketici hakkı” konumuna indirgeyebilmektedir. Son yıllarda bu algılayışın artması dönem dönem sağlık emekçilerine psikolojik veya fiziksel şiddet olarak geri dönebilmektedir.

Neoliberal politikaların insan hakları alanına yansımalarının bir sonucu olarak 1980’li yıllarda başlayıp 1990’lı yıllara uzanan dönemde sosyal haklar geriletilmiştir. “Devletin küçültülmesi, özelleştirmeler, piyasaların yüceltilmesi, sendikaların marjinalleştirilmesi, ekonominin yeniden yapılandırılması” gibi önlemler önce İngiltere, ABD gibi merkez ülkelerde başlayıp sonrasında diğer ülkelere hızla yayılarak sosyal haklardaki gerilemeyi hızlandırmıştır (Özdek, 2000: 179). Neoliberalizmin “özgürlük” anlayışı bireysel özgürlüğü yüceltirken onun dışındaki her türlü özgürlük tehlikeli ve bireysel özgürlüğü sınırlayıcı olarak görülmüştür. Bu durum sosyal hakların alanını daraltırken bireysel özgürlüklerin alanını genişletmiştir. Özgürlüğü sınırsız mülkiyet hakkına indirgeyen ve kapitalist pazar ekonomisi mekanizmalarına müdahale edilmemesi anlayışına geri dönüş yaşanmaktadır. Pazaryolu ile düzenlenemeyecek konular dışında her türlü devlet müdahalesi bireysel özgürlüğe saldırı olarak görülmektedir (Özdek:

2000: 182-183). Bu anlamda hasta hakları müşteri temelli haklar olarak günümüzdeki gelişmesini sürdürmektedir.

HASTA HAKLARI KAVRAMININ GELİŞİM SÜRECİ

Hasta- hekim (sağlık emekçileri) ilişkisine hak kavramı temel alınarak bakılması ve hasta haklarının toplumsal boyut kazanması 35-40 yıllık bir geçmişe sahiptir. Hasta haklarına duyulan gereksinimin iki nedeni vardır. İlki tıp biliminin ve hekimlerin (sağlık emekçilerinin) insanlar üzerindeki girişimlerinde görülen hızlı artış; diğeri ise sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşanan sorunlardır. Son yıllarda tıpta ve sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişme ve değişim sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyete dayalı hizmet gereksinimini arttırmış ve piyasa dinamiklerinin egemen olduğu sağlık sistemine karşı hastaların korunması gerekliliği ortaya çıkmıştır (Hatun, 1999: 15).

Özellikle modern tıbbın merkezinin özel muayenehanelerden hastanelere kayması ve hasta hakları ile daha fazla ilgilenilmeye başlanmasıyla konuyla ilgili ilk çalışmalar ABD’de başlamıştır (Annas, 1978, aktaran Hatırnaz: 2007, 80). Hastaların insan haklarına uygun şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanması için insan haklarının sağlık alanına uygulanması gündeme gelmiştir. 1970’li yıllarda yargıya yansıyan konularda mahkeme kararlarıyla hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisi değil, güvenen dayanan bir ilişki olduğu dile getirilmiştir. Bu ilişkiye göre hasta devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilen kişiden yardım talep etmektedir. Hekim bu görevini yerine getirirken hastaya yapılacak girişim, bunun yarar ve zararları hakkında aydınlatıcı bilgi vermek gibi sorumlulukları da yüklenmektedir. Bu tip kararlarla önemli bir hasta hakkı olarak kabul edilen bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam (rıza) hakkı yargısal metinlerde yer almış ve önceden önemsenmeyen aydınlatılmış onam hakkı ABD’deki hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir. Bu süreç “hastaların özerkliği” kavramının gündeme gelmesini de sağlamıştır. Yine ABD’de Amerikan Hastaneler Birliği’nin hastaların barınması, eğitimi ve sağlık hizmetlerinde ırk ayrımı gibi konularla ilgilenmesi hasta haklarındaki gelişmeyi hızlandırmıştır (Annas, 1998: aktaran Hatırnaz, 2007: 80; Sert, 2004: 63-64). Bu dönemde hasta-hekim ilişkilerinin etik ilkeler eşliğinde sürdüğünü söylemek yanlış olmayacaktır.

ABD’de 1969 yılında hastanelerle ilgili standartlar yeniden gözden geçirilmeye başlanmıştır. Hastaların eşit ve insancıl tedavi edilmesi, gizlilik, bilgilendirme, aydınlatılmış onam gibi konular ele alınarak Amerikan Hastaneler Birliği tarafından 1972 yılında hasta haklarını ilk defa kapsamlı bir şekilde düzenleyen Hasta Hakları Beyannamesi yayınlanmıştır. Belge ulusal düzeyde olmasına rağmen günümüze kadar genel kabul gören değerlere yer vermesi nedeniyle hasta hakları açısından önemli görülmektedir (Annas, 1978: aktaran Hatırnaz, 2007: 80; Sert, 2004: 64).

1975 yılında Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili öneriler hazırlamıştır. Hazırlanan öneriler daha ziyade yaşamlarının son dönemindeki hastaların acılarının giderilmesi, ölüm sürecindeki hastaların bu sürece hazırlanması yönündedir. Ancak bunların yanı sıra hastaların talep etmesi halinde hastalıkları, planlanan tedavi konusunda aydınlatılmaları, hastaneye girerken kurum, uygulamalar, teknik alt yapı hakkında bilgi verilmesinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. Öneride hastanelerin “daha insancıl ve hastaların onurlarına daha fazla saygı” göstermesi gerektiği; hastaların özgürlük, bireysel onur, bilgilendirme, uygun tedavi ve acı çekmeme gibi haklarının olduğu kabul edilmiştir. Düzenlemeler ilerleyen yıllarda da devam etmiş 1997 yılında tıbbi verilerin korunması konusunda bir öneri oluşturulmuştur (Sert, 2004: 66).

İlk ulusal girişimler ve belgelerden sonra konunun uluslararası bir belge ile düzenlenmesi 1981 yılında olmuştur. Dünya Tıp Birliği'nin Lizbon'da gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen “Lizbon Bildirgesi” ilk uluslararası belgedir. Bildirgede altı maddede temel hasta hakları sıralanarak hekimlerin bu konudaki görevleri bir paragrafta düzenlenmiştir. Paragrafta temel hakların günün koşullarında hastalara uygulanmasının zorluklarından da bahsedilmiştir. Bildirge genel olarak sağlık kurumlarının, sağlık personelinin ve hastaların sorumlulukları, yetkileri ve haklarıyla ilgili özel yasa ve yönergeler hazırlanması, hasta ile sağlık personeli arasında iletişim kurulması, hükümetlerin hasta hakları ile ilgili kurumların kuruluşunu desteklemesi, toplumun bilinçlendirilmesi konularına ilişkin ilkeler içermektedir (Hatırnaz, 2007: 97-101).

1994 yılında DSÖ Avrupa Bürosu'nun Amsterdam'da gerçekleştirdiği toplantı ile Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) kabul edilmiştir (Sert, 2004: 66-67). Amsterdam Bildirgesi Lizbon Bildirgesi'ne göre daha geniştir. Birinci bölüm sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri başlığı taşımaktadır. Sağlık hizmetleri ve ilgili faaliyetlerin sınırları, taşınması gereken nitelikler insan hakları temel ilkeleri ile belirlenmiştir. Hasta hakları birinci bölümde şu şekilde belirlenmiştir: İnsan olarak saygı görme hakkı, kendi geleceği hakkında karar verebilme hakkı, kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne saygı ve güvenlik hakkı, mahremiyet haklarına saygı gösterilmesi hakkı, ahlaki ve kültürel değerleri ile dini ve felsefi inançlarına saygı gösterilmesi hakkıdır. Bildirinin ikinci bölümü bilgilendirme hakkını, üçüncü bölümü onam (rıza) alınmasını, dördüncü bölüm meslek sırrı ve mahremiyeti, beşinci bölüm bakım ve tedavi hakkını, son bölüm ise başvuru hakkını düzenlemiştir (Hatırnaz: 2007: 99-100; Sert: 2004: 71-75).

Dünya Tıp Birliği 1995 yılında Bali'de gerçekleştirdiği toplantıda Lizbon Bildirgesi II'yi kabul etmiştir. Bildirge DSÖ'nün Avrupa için sınırlı tuttuğu kriterleri tüm dünyaya yayarak hastaların haklarının sağlanması konusunda hekimlerin gerekli girişimleri yapmasını amaçlamıştır. Lizbon Bildirgesi II de bir meslek örgütü tarafından yayımlanmış olup bu mesleğin üyelerine dönüktür.

Amsterdam Bildirgesi ise hasta haklarının sağlanması konusunda hastayı etkin kılmaya çalışmıştır (Hatırnaz: 2007: 101; Sert, 2004: 67). Amsterdam ve Lizbon II Bildirgelerine bakıldığında hasta haklarının başlıca beş başlık altında toplandığı görülmektedir. Bunlar; tıbbi bakım hakkı, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayata saygı ile başvurudur (Hatun: 1999: 22).

TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARI UYGULAMASI

Anayasanın 56. maddesi içeriği açıkça belirlenmiş bir sağlık hakkını belirlemekten çok “sağlıklı ve dengeli çevrede yaşama hakkı”nı tanımıştır. Hakkın içeriğine bakıldığında herkesin devletten “tıbbi bakım” talep etme hakkını içermediği görülmektedir. Güvenceye alınan hakkın esas olarak devletin ve toplumun çevreyi sağlığa elverişli hale getirmesi ve bu şekilde tutması ile sağlanacaktır (2. fıkra). Maddeye göre (3. fıkra) devlet “herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak” üzere sağlık hizmetlerini tek elden planlamakla yükümlüdür. Ancak (4. fıkra) devletin tek elden yürütmesi gereken sağlık hizmetlerini hem kamu hem de özel kesimlerdeki sağlık kurumları aracılığı ile gerçekleştireceği, sağlık hizmetlerinin “yaygın” bir şekilde yerine getirilmesi için genel sağlık sigortası kurulabileceği (son fıkra) belirtilmiştir. Maddenin sağlık hakkına ilişkin düzenlemesi bir “program hüküm” niteliğinde olup devletin bu alandaki yükümlülüğü tek tek bireylerin beden ve ruh sağlıklarını bizzat ve doğrudan garanti etmesini zorunlu tutmamaktadır. Toplumun devletten sağlık sistemi kurma ve bunu iyi işletme talepleri olabilir (Erdoğan, 2011: 282). Anayasa sağlık hakkını uluslararası belgelerdeki gibi bütüncül şekilde düzenlememiştir.

Ülkemizde hasta haklarına ilişkin başlıca düzenleme 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’dir. Yönetmeliğe göre “Hasta hakları sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip oldukları ve TC Anayasası, Milletlerarası Anlaşmalar, Kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklar”dır (4. md). Yönetmeliğin yanı sıra 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Uygulamalarına İlişkin Yönerge çıkarılmış, aynı yönerge 2005 yılında gözden geçirilmiştir. Yönergenin amacı “sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri ile toplumun tamamını ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmek” olarak belirlenmiştir.

Hukuki düzenlemelerde hastaların hakları başlıca aşağıdaki gibi sıralanabilir (Hatırnaz, 2007, 83-95);

1. Hastanın rızasının alınması.

2. Hastanın aydınlatılması.
3. Hastanın özel yaşamının gizliliğine saygı.
4. Hastanın onuru ile ölme hakkı
5. Sağlık personelinin ve sağlık birimlerini seçme hakkı.
6. Hastanın inanç ve vicdani kanaatlerine uygun manevi yardım alma hakkı.

Düzenlemeler doğrultusunda Sağlık Bakanlığı bünyesinde Hasta Hakları Merkez Şubesi, Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Hastane Hasta Hakları Kurulu, Hastane Hasta Hakları Birimi, sağlık grup başkanlıklarında Hasta Hakları Kurulları, ayakta teşhis ve tedavi yapan sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulan Hasta Hakları Birimleri kurulmuştur (Aydemir ve Özhan, 2012: 85). Hasta Hakları Birimi (HHB) hasta ve yakınlarından gelen şikâyetleri almakta, ihlal olarak değerlendirilebilecek konuları Hasta Hakları Kurulu'na (HHK) iletmektedir. Bu anlamda hasta hakları birimi bir nevi süzgeç görevi görmekte kurula iletilecek ihlal iddiaları ilk olarak birim tarafından değerlendirilmektedir.

Hastane HHK, HHB'den gelen raporları inceleyen, sonuçlandıran ve uygulamaların geliştirilmesine yönelik öneride bulunan söz konusu sağlık kuruluşlarında oluşturulan kuruldur. Yönetmelik gereği il merkezlerindeki tüm kamu hastaneleri ile 100 yatak üzerindeki ilçe hastanelerinde HHK oluşturmak zorunludur. Kurul üyeleri kamu hastanelerinde kalite hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, HHB sorumlusu, hakkında başvuruda bulunulan personelin birim sorumlusu, hasta hakları konusunda faaliyette bulunan sivil toplum kuruluşu temsilcisi, varsa hastanın avukatı (vekaleti olmalıdır), sendika temsilcisi, valinin veya ilçede kaymakamın belirleyeceği bir vatandaş, İl Genel Meclisi üyeleri arasından vali tarafından seçilecek bir üyeden oluşur (Aydemir ve Özhan, 2012: 85). Hasta ve yakınının başvurusundan sonra hasta hakları birimi, ilgili birimin sorumlusu ile görüşerek hakkında şikayette bulunulan kişiyi teyit eder. Öncelikle iletişimle sorunun çözülmesi yolunda çaba harcanır. Eğer hasta ve yakını şikayette ısrarcı ise ve iddia ihlal olabileceği yönünde değerlendiriliyorsa konu kurula taşınır ve yönergedeki prosedüre göre inceleme yapılır. Hasta hakları ihlal iddiası bir idari soruşturma olmayıp gerekirse bu konudaki bir soruşturmayı da hastane idaresi yürütebilir.

SAĞLIK EMEKÇİLERİ VE HASTA HAKLARI: BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Araştırmanın Konusu Amacı ve Yöntemi

Bu çalışma sağlık emekçilerinin “Hasta Hakları” uygulamasına ilişkin düşüncelerini ve son dönemlerde sağlık emekçilerine yönelen şiddet olaylarının nedeni olarak görüp görmediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada 160 sağlık emekçisi (hekim, hemşire ve yardımcı hizmetli) ile anket, 15 sağlık emekçisi (7 hekim, 7 hemşire ve 1 sosyal hizmet uzmanı) ile de derinlemesine

görüşme yapılmıştır. Görüşmeler hasta hakları şikâyetlerinin en çok muhatabı olan hekim ve hemşireler ile gerçekleştirilmiştir. Ancak hasta hakları uygulamasının işleyişi, araştırma yapılan hastanede hasta hakları ihlal iddialarını ve sonuçlarını anlayabilmek amacıyla kurumda hasta hakları biriminde çalışan bir sosyal hizmet uzmanı ile de görüşme yapılmıştır. Yardımcı hizmetlilerle ilgili şikâyetler genellikle başhemşirelik ya da taşıeron firmaya yapıldığından derinlemesine görüşmeye alınmamışlardır.

Metropol kentlerde çalışan sağlık personeli sayısının fazla olması, Bakanlığın kararlarının başkent olması dolayısıyla Ankara'da öncelikle uygulanması, siyasi etkiye daha fazla açık olması ve muayene, tetkik gibi işlemlerin yanı sıra girişimsel işlemlerin de sıklıkla yapılması, hatta bu işlemlerin yapılabilmesi için diğer illerden hasta naklinin yoğun olması nedeniyle çalışma Ankara ilinde 3. basamak bir hastanede gerçekleştirilmiştir.

Sosyal hizmet görevlisi ile yapılan görüşmede hastanede yıllık yaklaşık 800 şikâyet ile karşılaşıldığı ve bunlardan yaklaşık 60'ı için dosya oluşturulduğu öğrenilmiştir. Şikâyetin dosya haline gelmesi hasta hakkı ihlali olasılığı anlamına gelmektedir. Yani şikâyetlerin sadece %7,5'u hasta hakkı ihlali olasılığını barındırmakta, %92,5'u ise yoğun bakıma girememek, ziyaret saati dışında hastayı ziyaret etmek vb. hastanelerdeki olağan kurullarla ilgili gerçekleşmektedir.

Sağlık alanında pek çok meslek grubu hizmet vermesine rağmen çalışmada sadece üç meslek grubunun örnekleme alınmasının nedeni ise bu meslek gruplarının, mesleki, eğitim, gelir ve kültürel açıdan birbirinden farklı üç katmanı oluşturması, sağlık emekçileri arasında en büyük popülasyona sahip olmaları, hasta hakkı ihlali iddiası ve şiddet olayları ile en sık karşılaşan gruplar olmalarındandır.

Uygulanan anket ile çalışanların sosyo-demografik, mesleki özelliklerinin yanı sıra Hasta Hakları Uygulamasının kendilerine ve topluma etkisine ilişkin düşünceleri elde edilmeye çalışılmış, derinlemesine görüşmelerle de sisteme ilişkin olumlu veya olumsuz düşünceler irdelenerek yaşanan şiddet olayları ile hasta hakları uygulaması arasında ilişki aranmıştır. Veriler SPSS 17.0 Paket Programı kullanılarak frekans tabloları ve Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmada 160 sağlık emekçisi ile anket yapılmıştır. Tablo 1'de de görüldüğü üzere anket yapılanların %56,9'u kadın, %43,1'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Çalışanların yaşları 18 ile 52 arasında değişmekte olup yaş olarak en kalabalık grupları 28-32 yaş (%35), 33-37 yaş (%19,4), 38-42 yaş (%19,4) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların %68,1'i evlidir ve %56,9'u çocuk sahibidir.

Çalışmaya katılanların büyük bölümü (%43,12) yükseköğretim mezunudur. Bu grubun arasında ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora mezunları bu-

lunmaktadır. Bu grubun tamamını hemşire ve hekimler oluşturmaktadır. Yardımcı hizmetliler ise okur-yazar, ilk ve ortaokul ile lise mezunudur. Aslında okur-yazar durumunda olan personelin bir kısmı da iyi derece okur-yazar olmayıp özellikle rakamları bilmeleri, imza atabilmeleri ve ölçüm yapabilmeleri dolayısıyla çalışabilmektedirler.

Derinlemesine görüşme yapılan hekimlerin yaş aralığı 25 ile 49 arasında olup hizmet yılları da 1 ile 26 yıl arasında değişmektedir. Görüşme yapılan hemşirelerin yaşları ise 23 ile 50 arasında olup hizmet yılları 4 ile 27 yıl arasında değişmektedir. Görüşmeye katılan hemşirelerin eğitim durumu lise ve yükseköğretimdir. Hem hekimlerde hem de hemşirelerde yaş ve hizmet yılı açısından farklı grupta yer alanlarla görüşme yapılmaya çalışılmıştır. Böylece eski uygulamaları bilenlerin karşılaştırma yapabilme özeliğinden yararlanılmak istenilmiştir. Yeni mesleğe başlayanlarla görüşlerin farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak da diğer bir gerektir.

Tablo 1: Sağlık Emekçilerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Dağılım

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	91	56,9
Erkek	69	43,1
Yaş		
18-22	1	0,6
23-27	24	15,0
28-32	56	35,0
33-37	31	19,4
38-42	31	19,4
43-47	15	9,4
48-52	2	1,3
Medeni Durum		
Evli	109	68,1
Bekar	51	31,9
Çocuk Sahibi Olma		
Çocuk Sahibi	91	56,9
Çocuğu Yok	69	43,1
Eğitim Durumu		
Okur-yazar	11	6,88
İlk ve ortaokul	41	25,62
Lise	39	24,38
Yükseköğretim (YO,Fakülte, YL,Doktora)	69	43,12

Araştırmaya Katılanların Mesleki ve İstihdam Özellikleri

Tablo 2’de de görüldüğü gibi çalışmaya katılanların % 36,3’ü hekim, %39,4’ü hemşire, %24,4’ü ise yardımcı hizmetlidir. Çalışmaya katılanların %13,8’i hastane veya biriminde yönetici durumundadır. Bu durum hastanenin organizasyon şemasına uygundur. Yardımcı hizmetlilerin hiç biri yönetici konumunda olmayıp hastanenin bazı seçimle oluşturulan yapılarında taşeron işçilere yer verilmediğinden yönetici konumda olan yardımcı hizmetli bulunmamaktadır. Hemşirelerin yönetici olarak bulunabilecekleri kadrolar sadece servis sorumluluğu, başhemşire yardımcılığı ve başhemşirelik olup bu kadroların sayısı da oldukça azdır. Ayrıca yeni Kamu Hastane Birlikleri Yasası ile hemşirelerin liyakate göre yükselebilecekleri yöneticilik basamakları daha da azalmış, müdürlük ve müdür yardımcılığı siyasi birer yöneticilik durumuna gelmiştir. Hekimlerden de çalışmaya katılan yönetici konumdakiler klinik şef ve şef yardımcılarıdır. Ancak sistemde klinik şef yardımcılarını her ne kadar yönetici gibi gözüksün de bu onların sorumluluklarının artması demek olup klinikle ilgili kararları genelde klinik şefleri vermektedir.

Tablo 2’de de görüldüğü gibi emekçilerin mesleği seçmedeki ilk beş nedeni şöyle sıralanmıştır: %41,3’ü iş bulma kolaylığı, %23,8’i toplumsal saygınlık, %13,1’i ailesi istediği için, % 6,9’u ise mesleki doyum nedeniyle bireysel karar ile mesleği seçtiğini söylemiştir. Mesleği seçme nedenleri ile meslek kategorileri arasında istatistiksel bir ilişkinin olup olmadığı araştırılmış ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,00 < 0,05$). Hekimlerin en önemli meslek seçme nedeni toplumsal saygınlık (%21,5) iken, hemşirelerde (%24,7) ve yardımcı hizmetlilerde (%12) en önemli mesleği seçme nedeni iş bulma kolaylığı olarak görülmektedir.

Çalışmaya katılanların gelirleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. %28,1’inin geliri 500-1500, %40’ının 1501-2500, %16,3’ünün 2501-3500, %6,3’ünün 3501-4500, %8’inin ise 4501 TL ve üstündedir. 2500 Türk Lirasının üstünde gelire sahip olanların tamamı hekimler olup, uygulanan prim sistemi nedeniyle bu meslek grubu içinde dahi ücret farklılıkları oluşmuştur.

Toplumsal saygınlık ve mesleki doyum önemli meslek seçme nedenleri arasında olduğundan çalışanlara mesleki doyum sağlayıp sağlamadıkları sorulmuş, Tablo 3’de de görüldüğü üzere %58,8 mesleki doyum sağlamadığını belirtmiştir. Mesleki doyumun düşük olmasının nedenlerini anlamak için meslekteki ve işyerindeki en önemli sıkıntı sorulmuştur. İki durumda da en önemli sıkıntıların başında iş yoğunluğu gelmektedir. Ancak mesleki sıkıntılara bakıldığında iş yoğunluğunun (%18,8) yanı sıra, mesleki saygınlığın düşük olması (13,1), çalışma süresi/icap uygulamaları (%9,4), maddi/manevi tatminsizlik/bilimsel çalışmaya (%8,8), görev tanımlarının olmaması/uzmanlaşmama (%8,8) gibi mesleğin yapısı ile ilgili sorunlar dile getirilmiştir.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının Mesleki ve İstihdam Özelliklerine İlişkin Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Meslek		
Hekim	58	36,3
Hemşire/Sağlık Memuru	63	39,4
Yardımcı Hizmetli/personel	39	24,4
Meslekte Çalışma Süresi		
İlk Bir yıl	14	8,8
2-6	52	32,5
7-11	33	20,6
12-16	21	13,1
17-21	28	17,5
22-26	10	6,3
27-31	2	1,3
Kadro Durumu		
Memur (4A)	99	61,9
4B	33	20,6
İşçi	4	2,5
Taşeron Firma İşçisi	24	15,0
İşteki Konum		
Çalışan	138	86,3
Yönetici (Hastane/bölüm)	22	13,8
Mesleği Seçme Nedeni (İlk 5 Neden)		
İş Bulma Kolaylığı	66	41,3
Toplumsal Saygınlık	38	23,8
Ailenin İsteği	21	13,1
Sınav Sonucu Kazanma	13	8,1
Mesleki Doyum/Bireysel Tercih	11	6,9
Aylık Ortalama Gelir		
Cevapsız	2	1,3
500-1500	45	28,1
1501-2500	64	40
2501-3500	26	16,3
3501-4500	10	6,3
4501 ve yukarısı	13	8

İşyerindeki sıkıntılarda kurumun yapısıyla ilgili sorunlar öne çıkmıştır. Hastanenin Bakanlığa yakın olması, yönetimin, bazen de siyasilere hasta takibi konusunda çalışanlara etki etmesi en önemli (%16,9) işyeri sıkıntısıdır. Hasta hakları uygulaması yönetsel sıkıntıların içinde önemli bir işyeri sorunudur. Derinlemesine görüşmelerde hasta hakları uygulaması ile sadece hasta ve yakınları tarafından değil ayrıca hastane yönetimi tarafından da psikolojik şiddete uğranıldığı belirtilmiştir. Bazı şikâyetlerin hastane yöneticileri tarafından özellikle hasta hakları birimine yönlendirildiğine inanılmaktadır. Neoliberal politikaların özellikle büyük kentlerde sağlık emekçilerini sıkıştıran yapısı, gerek siyasilere gerekse de yöneticilerin çalışanlara baskısı sağlık emekçileri açısından önemli sorun ve mutsuzluk kaynağıdır. Mesleki doyum ile meslek kategorileri arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00 < 0,05$). Mesleki doyum sağlayamayanların büyük çoğunluğunu hemşireler (%28,1) oluşturmaktadır, onları da hekimler (%23,1) izlemektedir. Mesleğe giriş amaçlarını gerçekleştirememiş olmak mesleki doyum sağlanmasına engel olmaktadır. Görüşmelerden edinilen bilgiye göre yönetsel ve siyasi baskının yanı sıra hasta ve yakınlarının memnuniyetsiz tavırları ve zaman zaman şiddete kadar uzanan tutumları mesleki doyumu engellemektedir.

Mesleki ve işyeri sıkıntısı ile uğraşmak zorunda olan sağlık emekçilerinin sadece %46,3'ü bir mesleki örgüte üyedir. Emekçilerin %25'i sendikaya, %19,4'ü mesleki dernek/oda/birliğe, %1,9'u da her ikisine birden üye olduğunu bildirmiştir. Mesleki örgüte üye olma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. En örgütlü meslek grubu hemşirelerdir (%23,8). Üye olunan mesleki örgüt ile meslek kategorileri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,00 < 0,05$). Sendika üyesi olanların büyük kısmını yine hemşireler (%16,3) oluştururken; hekimler (%12,5) daha çok mesleki dernek, oda ve birlikleri tercih etmektedir. Yapılan görüşmelerde özellikle 4B'li çalışanların kendilerini güvende hissedebilmek ve bazı işlerini yaptırabilmek adına "iktidara yakın sendika" olarak tanımladıkları sendikaya üye oldukları ifade edilmiştir. Sendikada örgütlenenler oldukça pragmatik davranmaktadır.

Çalışmaya katılanların %40'ı bilimsel ilkelere göre hizmet vermediğini düşünmektedir. Bilimsel ilkelere göre hizmet verdiğini düşünen hekimlerden birisi ile yapılan derinlemesine görüşmede performans dayalı prim sisteminin gereksiz işlemlerin yapılmasının artışına neden olduğu buna karşın Hasta Hakları uygulamasının tam tersi bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Yapılacak işlemler riskli değil ise gereksiz bile olsa girişimsel işlemler konusunda gereksiz bir tercih olmaktadır. Ancak yapılacak girişimsel işlemler riskli ve "hasta yakınları sorunlu" olduğunda hayati öneme sahip işlemlerde kararlar olumsuz etkilenmektedir. Yedi hekim de riskli işlemler konusunda eskisi kadar atılgan davranmadıklarını bunda ceza yasası ve hasta hakları uygulamasının etkin olduğunu be-

lirtmişlerdir. Görüşme yapılan hekimlerden birisi “hastaya müdahale edip ölünce de, müdahale etmeden ölünce de suçlu siz oluyorsunuz, biz de ne yapacağımızı şaşırıyoruz” demiştir. Aynı kişi haberlerde, gazetelerde sağlık çalışanlarına uygulanan şiddeti gördüğünde her gün biraz daha riskli işlemler konusunda tereddüt yaşadığını söylemiştir.

Sorunların emekçilere mesleği bıraktırmayı düşündürüp düşündürmedikleri sorulduğunda sadece bir kişi mesleği bırakmayı hiç düşünmediğini ifade etmiştir. Emekçilerin %62,5’i son beş yıldır mesleği bırakmayı, %68,1 de emekli olmayı istemektedir. Mesleklerinden ve uygulanan politikalarından memnun olmayan emekçiler bu çıkmazdan kurtulmayı istemektedir. Emekli olma isteği ile meslek kategorileri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p=0,00 < 0,05$). Hemşireler emekli olmayı en fazla isteyen gruptur. Derinlemesine görüşmelerde mesleki doyum sağlamayan hemşirelerin emekli olmayı istedikleri ancak yaşadıkları ekonomik güçlük nedeni ile işlerini “zoraki” yaptıkları belirlenmiştir. Görüşme yapılan hemşirelerden beşi kendilerini diğer sağlık mensuplarından daha güvencesiz gördüğünü belirtmiştir. Şöyle ki hasta ve yakını ile her zaman kendilerinin yüz yüze olduğunu hekimin yaptığı hatalarda bile kendilerinin şikâyet edildiğini düşünmektedirler.

Araştırmaya Katılanların Hasta Hakları Uygulaması Hakkındaki Düşünceleri

Uluslararası ve ulusal düzeyde hasta haklarının geliştirilmesinin temel amacı hastaların desteklenmesi ve toplumsal açıdan güçlendirilmesidir. Hasta hakları hareketi hasta ile hekimi (sağlık emekçilerini) karşı karşıya getirmeyi amaçlamamaktadır (Hatun, 1999: 19). Çalışmada, uygulama sırasında emekçilerle hasta ve yakınlarının karşı karşıya getirilip getirilmediği, sağlık emekçilerinin hasta haklarına ve uygulanma tarzına nasıl baktıkları öğrenilmeye çalışılmıştır.

Çalışmaya katılanlara öncelikle çalıştıkları süre boyunca kendilerini tehdit altında hissedip hissetmedikleri sorulmuş Tablo 4’de görüldüğü gibi %75’i kendini tehdit altında hissettiğini belirtmiştir. Tehdit oluşturan durumlar sorulduğunda çalışmaya katılanların %24,4’ü bu soruya yanıt vermek istememiştir. %24,4’i siyasi ve yönetsel baskılar, %18,1’i hasta hakları uygulaması ve hasta şiddeti nedeniyle, %33,1’i ise her iki durumun birden tehdit oluşturduğunu belirtmiştir. Fikir beyan etmek istemeyen bir hekim derinlemesine görüşmede özellikle yönetimin siyasi etkiye çok fazla maruz kaldığını, bunun yanı sıra performans uygulaması nedeniyle sürekli üzerlerinde baskı yaratıldığını, hastaların müşteri gibi kabul edilmesi nedeniyle de ilgili ilgisiz her konuda yapılan şikâyetlerle karşı karşıya kaldıklarını, aslında bunların hepsinin tehdit ve baskı yarattığını belirtmiştir. Yapılan bir işlem sonrası hastada komplikasyon ya da ölüm olduysa hasta yakınlarından şiddet görme korkusu yaşanmaktadır.

Tablo 3: Mesleki Doyum ve İşe/Mesleğe İlişkin Sorunlar

Mesleki Doyum	Frekans	Yüzde
Sağlıyorum	66	41,3
Sağlamıyorum	94	58,8
Hissedilen En Önemli Mesleki Sıkıntı (İlk 5 Neden)		
İşin Yoğunluğu	30	18,8
Mesleki Saygınlığın Düşük Olması	21	13,1
Çalışma Süresi/Nöbet/İcap Uygulamaları	15	9,4
Maddi manevi tatminsizlik/bilimsel çalışmama	14	8,8
Görev Tanımlarının olmaması/Uzmanlaşmama	14	8,8
Sıkıntım Yok	7	4,4
İşyerindeki En Önemli Sıkıntı (İlk 5 Neden)		
Yönetsel/Siyasal Etkiye Maruz Kalma	27	16,9
İşin Yoğunluğu	24	15,0
Personel Yetersizliği	21	13,1
Fiziki Şartların Yetersizliği	18	11,3
Sıkıntım Yok	18	11,3
Mesleki Örgütlere Üyelik Durumu		
Üye olma	74	46,3
Üye olmama	86	53,8
Üye Olunan Mesleki Örgüt Türü		
Mesleki Dernek/Oda/Birlik	31	19,4
Sendika	40	25,0
Her İkisine de	3	1,9
Mesleği Bırakmayı Düşündü mü?		
Hayır	1	0,6
Evet Son Beş Yıldır	100	62,5
Evet Son Bir Yıldır	31	19,4
Evet Son 1-2 Yıldır	19	11,9
Evet İşe Başladığımdan Beri	4	2,5
Evet Her Nöbette	2	1,3
Emekli Olmayı İstiyor mu?		
Evet	109	68,1
Hayır	51	31,9

Tablo 4: Tehdit Algılaması ve Nedenleri

Kendinizi Tehdit Altında Hissediyor musunuz?	Frekans	Yüzde
Evet	120	75
Hayır	40	25
Tehdit Hissettiren Olaylar-Uygulamalar		
Cevap yok	39	24,4
Siyasi ve Yönetmelik Baskı	39	24,4
Hasta Hakları Uygulaması/ Hasta Şiddeti	29	18,1
Her İki Durum Birden	53	33,1
Riskli İşlemlerden Kaçınma		
Cevap Yok	3	1,9
Evet	52	32,5
Hayır	27	65,6
Bilimsel İlgelere Göre Hizmet Veriyor musunuz?		
Evet	97	60,6
Hayır	63	39,4
Hasta Hakları Uygulaması Hakkındaki Düşünceler		
Cevap Yok	46	28,8
Başarılı ve Doğru Bir Uygulama	57	35,6
Abartılı ve İstismara Açık Bir uygulama	12	7,5
Çalışan Haklarını Göz Ardı Eden Bir Uygulama	45	28,1

Eskisine göre karar verilirken riskli kararlardan kaçınıp kaçınılmadığı sorulduğunda emekçilerin % 32,5'i kendini tehdit altında hissetmenin riskli karar verirken etkili olduğunu ve riskli işlemlerden kaçındığını, %39,4'ü de bilimsel ilkelere göre hizmet verdiğine inanmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanlara hasta hakları uygulamasını nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %28,8'i yine soruya yanıt vermek istememiş, %35,6'sı başarılı ve doğru, %28,1'i çalışan haklarını göz ardı eden, %7,5'u da abartılı ve istismara açık bir uygulama olarak değerlendirmiştir. Abartılı/istismara açık ve çalışan haklarını göz ardı eden uygulama bir arada değerlendirildiğinde uygulamayı olumsuz bulanların oranı %35,62'ye çıkmaktadır. Yanıt vermekten kaçınan %28,8'de birlikte düşünüldüğünde genel olarak sağlık emekçilerinin hasta hakları uygulaması ile ilgili olumlu değerlendirmelerinin olmadığı ortaya çıkmaktadır. Kendini tehdit altında hissetme ile hasta hakları arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,005<0,05$). Emekçilerin kendini tehdit altında hissetmeleri durumu hasta hakları uygulaması ile yakından ilişkilidir. Hasta haklarının abartılı uygu-

laması emekçiler üzerinde yıpratıcı etki yaratmakta ve kendilerini tehdit altında hissetmelerine neden olmaktadır.

Meslek ile hasta haklarının değerlendirilmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,001 < 0,05$). Uygulamayı en yararlı bulanlar yardımcı hizmetlilerken, hekim ve hemşireler uygulamanın çalışanların haklarını olumsuz etkilediğini, abartılı ve istismara açık olduğunu ifade etmiştir. Bunda yardımcı hizmetlilerle ilgili şikâyetlerde genellikle hasta hakları birimine gidilmemesinin etkili olduğu düşünülmüştür. Oysa hemşire veya hekimlerle ilgili şikâyetlerde hasta ve yakınları önce hasta hakları birimine başvurmayı tercih etmektedirler.

Aydemir ve Özhan 2012 yılında yaptıkları bir araştırmada çalışanların %53'ünün hasta hakları yönetmeliği ve yönergesini okuduğunu, %35'i hasta hakları birimlerinin gerekli olduğunu, %53'ü hasta-sağlık çalışanı arasında yaşanan/yaşanacak olan ihlallerde etkili olabileceğini tespit etmişlerdir (Aydemir ve Özhan, 2012: 83). Savaşkan'ın (2006) yaptığı bir başka araştırmada da çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin %54'ünün hasta hakları hakkında tam bilgili olduğu, %42'sinin ise kısmen bilgili olduğu görülmüştür. Teke ve arkadaşlarının (2007:264) hemşireler üzerinde gerçekleştirdiği bir başka araştırmada da çalışmaya katılanların %45'inin hasta hakları ile ilgili hiçbir eğitim almadığı, hatta %21,7'si hasta haklarıyla hiç karşılaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmalar göstermektedir ki sağlık çalışanları hasta hakları uygulaması ile ilgili genel olarak bilgi sahibidir. Ancak bu bilgi oldukça yüzeysel olabilmektedir.

Aydemir ve Özhan'ın (2012) çalışmasına benzer şekilde, bu araştırmaya katılanların %35'i uygulamayı yerinde ve başarılı bulmuştur. Derinlemesine görüşmelerde hastanede özellikle aydınlatılmış onam konusunda önemli ilerlemeler olduğu belirtilmiştir. Son yıllarda özellikle TKY (Toplam Kalite Yönetimi) gereği istenen standartlarda hastanede pek çok yeni formun uygulamaya konulduğu belirtilmiştir. Ancak özellikle görüşmeye katılan hemşireler aydınlatılmış onam formu dışındaki formların sadece zaman kaybına neden olduğunu ve gelişigüzel, görevi yerine getirmek için doldurulduğunu ifade etmişlerdir. Aydınlatılmış onam formlarındaki tüm bilgilerin hastalara anlatılmadığı belirtilmiştir. Aydemir ve Özkan'ın (2012: 90) çalışmasında çalışanların %22'si hasta hakları birimini aleyhlerine çalışan bir yer olarak görmüşlerdir. Yine çalışmaya katılanların %90'ı hasta hakları birimini sadece hastaların haklarının korunduğu bir yer olarak görmektedir. %34 kendisi ile ilgili şikâyetin hasta hakları birimine yapılmasını doğru bulmazken, %92'de aynı hasta hakları birimi gibi sağlık çalışanlarının haklarını koruyan bir birimin kurulmasını istemişlerdir. Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar Aydemir ve Özkan'ın sonuçları ile uyusmaktadır. Kablay ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin genelde hasta hakları uygulamasından olumsuz etkilendikleri, bireyin sorununa çözüm getiren bir uygulama olmaktan ziyade hastaların uyarı, tehdit, kontrol mekanizması olarak kullanılan bir uygulama olarak görüldüğü tespit edilmiştir.

Her yapılan işin sorgulanabilir, şikâyet edilebilir hale gelmesinin sürekli denetim ve izlenme hissi yarattığı, işlerini zevk almadan yapmalarına, sürekli temkinli davranmalarına ve riskten kaçınmalarına neden olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hemşireler ise yaşanan sorunların dile getirilmesi açısından hasta haklarını doğru ama uygulanışını yanlış bulduklarını ifade etmişlerdir.

SONUÇ

Neoliberal politikaların diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da egemen ideoloji haline gelmesi hastayı müşteri konumuna oturturken insan haklarının sağlık alanına yansımaları olan hasta haklarını da zaman zaman “tüketici hakkı” konumuna indirgeyebilmektedir. Oysa sağlık hakkının önemli bir görünümü olan hasta hakları kişinin yerinde sağlık hizmeti alması, bu hizmeti alırken sürecin her aşamasında bilgilendirilmesi ve görüşünün alınması açısından çok önemlidir. Hastalık durumunun geçmesi diğer hakların kullanılabilmesi için de gereklidir. Ancak hasta hakları uygulamasının amacının dışında kullanıldığı bu yönüyle sağlık emekçilerini tehdit eder bir boyut kazandığı bir gerçektir.

Çalışma ortaya koymaktadır ki son yıllarda müşteri odaklı hasta hakları uygulamasının artması sağlık emekçileri tarafından kendilerine yönelen şiddetin önemli bir nedeni olarak algılanmaktadır. Üstelik bu şiddet olgusunun sadece hasta ve yakınları tarafından değil aynı zamanda hastane yöneticilerinin yönlendirmeleri ile de gerçekleştiği düşünülmektedir. Sağlık emekçilerine yönelen şiddete ilişkin haberlere her gün yenileri eklenmektedir. Hatta kimi zaman bu yöntemlerin kullanılması sağlık emekçilerinin birbirlerini yıpratmasına ve bazen kendilerine zarar vermesine de neden olabilmektedir.

Hasta hakları konusundaki yanlış uygulamalar ve özellikle hekimlerin kendilerini tehdit altında hissetmeleri riskli kararlarda çekingen davranmalarına neden olmaktadır. Hasta açısından işlem riskli olduğunda hekim riske girmeme yönünde karar verebilmektedir. Bu durum hastaların sağlık hakkından yararlanamamasına neden olurken hasta hakları uygulaması tam da amacının aksine bir durum yaratmaktadır.

Araştırmada da görüldüğü üzere hasta hakları şikâyetlerine ve şiddete en fazla uğrayan sağlık emekçileri hekim ve hemşirelerdir. İki meslek grubunun hasta ve yakınları ile daha fazla yüz yüze ilişkide bulunması çoğu zaman işlemlerin sorumlusu olarak bu meslek gruplarının kabul edilmesine ve şiddet görmelerine neden olmaktadır. Bu iki meslek grubu hem uygulanan neoliberal sağlık politikalarının yarattığı ağır iş temposuyla hem de hasta ve yakınlarının hoşnutsuz tavırları ile mücadele etmek zorundadırlar. Bu durum günden güne sağlık emekçilerinin daha mutsuz olmasına neden olmaktadır. Üstelik şikâyetlerin haksız ve yersiz olması durumunda bu sağlık emekçilerini daha fazla mutsuz etmekte, yönetime inançları kaybolmakta, mesleki doyum azalmaktadır. Sağlık emekçileri işlerini yaparken kendilerini tehdit altında hissetmekte, mesleklerinin gerektir-

diği özerk kararları alamamaktadır. Oysa bu durum sadece emekçileri değil hastaları da mağdur etmektedir. Bu nedenle mevcut uygulamanın düzeltilmesi acil bir gerekliliktir.

KAYNAKÇA

- Akıllıoğlu, Tekin (1995), *İnsan Hakları I Kavram Kaynaklar ve Koruma Sistemleri*, AÜSBF İnsan Hakları Merkezi Yayınları No:17, Ankara
- Aydemir, İshak- Özhan, Ali (2012), “Hasta Hakları Uygulamalarının Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 23, Sayı 1, Nisan, s. 83-99
- Aydın, Nizamettin (2008), “Hasta Haklarının Hukuki Boyutu ve Korunma Yolları”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 22, Aralık, s. 297-326
- Engin, Zeynep (2013), “İnsan Haklarının Evrimi ve Sınıflandırılması”, http://www.sodev.org.tr/Okullar/SDO/ders_notlari/insan_Haklarinin_Evrimi.htm (01.03.2013)
- Erdoğan, Mustafa (2011), *İnsan Hakları Teorisi ve Hukuku*, Orion Kitabevi, Ankara
- Hakeri, Hakan (2007), *Tıp Hukuku*, Seçkin Yayıncılık, Ankara
- Hamzaoğlu, Onur (2007), “Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlık Reform-Dönüşüm”, *Toplum ve Hekim*, C. 22, S.6, S.418-431
- Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005), Sağlık Bakanlığı, 26.04.2005, 3077 Sayılı Makam Oluru
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), RG. 01.08.1998, Sayı 23420
- Hatırmaz, Gültezer (2007), *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007
- Hatun, Şükrü (1999), *Hasta Hakları*, İletişim Yayınları, İstanbul
- Kablay, Sebiha- Aka, Asiyse, Demir, Murat Cem (2012), *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları*, Nobel Yayın, Ankara
- Omay, Umut (2011), *Sosyal Haklar Kısa ve Eleştirel Bir Bakış*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul
- Özdek, Yasemin (2000), *Uluslararası Politika ve İnsan Hakları Eleştirel Bakışlar*, Öteki Matbaası, Ankara
- Savaşkan, Fatma (2006), “KKTC’deki Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Hekimlerin Hasta Haklarına Duyarlılığının Belirlenmesi”, *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Sert, Gürkan (2004), *Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*, Babil Yayınları, İstanbul
- Süttaş, Mustafa (2000), *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*, Çiviyazıları, İstanbul
- Teke, Abdulkadir- Uçar, Muharrem- Demir, Cesim- Çelen, Özyay- Karaalp, Turgut (2007), “Bie Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”, *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*, Cilt 6, Sayı 4, s. 259-266
- Uygun, Oktay (1992), *1982 Anayasası’nda Temel Hak ve Özgürlüklerin Genel Rejimi*, Kazancı Yayınları, İstanbul
- WHO (1998), *Health Promotion Gloassary*, (Çev. Sağlık Bakanlığı) <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar> (05.03.2013)