



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**HATAY İLİNDE 2015-2018 YILLARI ARASINDA HASTA HAKLARI
BİRİMLERİ İLE HASTA HAKLARI KURULLARINA YANSIYAN
BAŞVURULAR ÖZELİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET
OLGULARI İLE BU OLGULARIN BEYAZ KOD BAŞVURUSUNA
DÖNÜŞME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Feray SÖNMEZ

DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
SAĞLIK HUKUKU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA

2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HATAY İLİNDE 2015-2018 YILLARI ARASINDA HASTA HAKLARI
BİRİMLERİ İLE HASTA HAKLARI KURULLARINA YANSIYAN
BAŞVURULAR ÖZELİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ŞİDDET
OLGULARI İLE BU OLGULARIN BEYAZ KOD BAŞVURUSUNA
DÖNÜŞME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Feray SÖNMEZ

DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
SAĞLIK HUKUKU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

ANKARA

2021

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Hatay İlinde 2015-2018 Yılları Arasında Hasta Hakları Birimleri ile Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvurular Özelinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olguları ile Bu Olguların Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşme Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Feray SÖNMEZ

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinler Arası Adli Bilimler Anabilim Dalında Feray SÖNMEZ tarafından hazırlanan “Hatay İlinde 2015-2018 Yılları Arasında Hasta Hakları Birimleri ile Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvurular Özelinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olguları ile Bu Olguların Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşme Durumlarının Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27.01.2021

İmza

Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Danışman

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL
Hitit Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

.....
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖNSÖZ	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ŞEKİLLER	ix
ÇİZELGELER	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Kavramsal Olarak Hasta Hakları	9
1.1.1. İnsan Hakları ve Tarihsel Gelişimi	10
1.1.2. Hakların Sınıflandırılması	12
1.1.3. Yaşama ve Sağlık Hakkı	14
1.2. Hasta Hakları	16
1.2.1. Hasta Haklarının Amacı	17
1.2.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	19
1.2.3. Dünyada Hasta Haklarının Gelişimi ve Uluslararası Belgeler	20
1.2.4. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi ve Ulusal Belgeler	23
1.3. Hasta Haklarının Sınıflandırılması	35
1.3.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	36
1.3.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı	42
1.3.3. Hasta Haklarının Korunması	45
1.3.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	48
1.3.5. Tıbbi Araştırmalarda Hasta Hakları	51
1.3.6. Diğer Haklar	53
1.4. Hastaların Sorumlulukları	55
1.5. Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Kurullarının Yapısı ve İşleyişi	60
1.6. Şiddetin Kavramsal Çerçevesi ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Yaşanan Şiddet Olayları	64
1.6.1. Kavramsal Olarak Şiddet	65
1.6.2. Şiddetin Türleri	67
1.6.2.1. Uygulayanlar Açısından Şiddet Türleri	68
1.6.2.2. Uygulama Biçimleri Açısından Şiddet Türleri	70

1.6.3. Şiddetin Nedenleri	73
1.6.4. Sağlık Hizmeti Sunumunda Karşılaşılan Şiddet Olayları	81
1.6.4.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri	84
1.6.4.1.1. Tarafların Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim	84
1.6.4.1.2. Örgütsel/Kurumsal Faktörler	87
1.6.4.1.3. Toplumsal Faktörler	89
1.6.4.2. Şiddetin Sonuçları	90
1.6.4.3. Şiddetin Önlenmesine Yönelik Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar	92
1.7. Beyaz Kod	102
2. GEREÇ VE YÖNTEM	112
2.1. Araştırmanın Amacı	112
2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	113
2.3. Veri Toplama Aracı	114
2.4. Araştırmanın Yöntemi	115
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	116
3. BULGULAR	117
3.1. Hasta Hakları Kuruluna Yapılan Başvuruları Tanımlayıcı Bulgular	117
3.2. Beyaz Kod Başvurularını Tanımlayıcı Bulgular	131
3.3. Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvuruların Beyaz Kod Başvurularına Dönüşme Durumlarına İlişkin Bulgular	146
4. TARTIŞMA	149
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	168
ÖZET	188
SUMMARY	190
KAYNAKLAR	192
EKLER	205
Ek-1. Etik Kurul Onayı	205
Ek-2. Bilimsel Araştırma İzni	206
ÖZGEÇMİŞ	207

ÖNSÖZ

Çalışmada Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ndeki hasta hakları kurullarına başvuruda bulunan hasta profilinin ortaya çıkarılması, yapılan başvuruların konu dağılımının belirlenmesi ve bu başvuruların beyaz kod başvurusuna dönüşme sıklığının ortaya koyulması amaçlanmıştır. Elde edilen veriler ışığında hasta, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının şiddet konusundaki algı ve tutumlarının ortaya çıkarılacağı düşünülmüştür.

Çalışma ile hasta hakları kuruluna ve beyaz kod koordinatörlüğüne yapılan başvuruların dağılımı hakkında elde edilecek bilgiler ışığında sağlıkta meydana gelen şiddet olaylarının nedenleri belirlenebilir. Tarafların sorun oluşumundaki payları ve soruna yaklaşımları ile kişilerin şiddet anında ve sonrasında gelişen olayları nasıl algılayıp değerlendirdikleri bilgisi ile sorunun kaynağına yönelik çözüm yolları belirlenebilir. Böylece sağlık hizmet kalitesinin artırılması ve hasta memnuniyetine katkı sağlanabilmesinin yanında, sağlık çalışanlarının şiddete uğramalarının önüne geçilmesine yönelik öneriler geliştirilebilir.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında verdiği eğitim, gösterdiği çaba ve emekler ile mesleki beceri kazanmamı sağlayan ve tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübeleriyle desteğini esirgemeyen saygı değer hocam ve tez danışmanım Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU'na,

Yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi ve görüşlerinden yararlandığım Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinler Arası Adli Bilimler Anabilim Dalı hocaları ve çalışanlarına,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim sırasında verdikleri destek ve sergiledikleri anlayış için Ankara Bala İlçe Devlet Hastanesi'nin tüm çalışanlarına,

Çalışmam için gerekli izinleri veren ve desteklerini esirgemeyen Hatay İl Sağlık Müdürü Dr. Mustafa HAMBOLAT ile tezimin verileri için her tür desteği veren başta Sosyal Çalışmacı Kemal NUR ve Avukat Yusuf KÖKLÜ olmak üzere Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü ile Hukuk ve Muhakemat Birimi çalışanlarına,

Bilgi, beceri, birikim ve çalışma azmi ile bana her daim yardımcı olan Dr. Mehmet AKKAYA'ya, desteğini esirgemediği için Erdi DEDE, Elif ÇALIŞKAN ve sevgili meslektaşlarım Demet BAĞCI, Meltem SARI ve Hazal VARLI'ya,

Hayatımın her aşamasında bana inanan; yardımları, destekleri, güvenleri ve anlayışlarıyla bugünlerimin mimarı canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ADSM	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
ASHİ	Acil Sağlık Hizmetleri (112) İstasyonu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
CDC	Center for Disease Control-Hastalık Kontrol Merkezi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü-World Health Organisation-WHO
İSM	İlçe Sağlık Müdürlüğü
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
OSHA	Occupational Safety and Health Administration-Amerika Birleşik Devletleri İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	Türk Ceza Kanunu
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Şiddet Ekolojik Modeli	74
Şekil 1.2. Beyaz Kod Başvuru Süreci ve Hukuki Süreç	109
Şekil 3.1. Hasta Hakları Kurullarına Yapılan Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı	118
Şekil 3.2. Hakkında Başvuru Yapılan Personelin Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı	119
Şekil 3.3. Başvuruda Bulunan Bireylerin Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı	120
Şekil 3.4. Başvuruda Bulunan Bireylerin Öğrenim Durumlarının Yıllara Göre Dağılımı	121
Şekil 3.5. Başvuruda Bulunan Bireylerin Yıllara Göre Dağılımı	122
Şekil 3.6. İhlal Edildiği Tespit Edilen Hasta Haklarının Yıllara Göre Dağılımı	125
Şekil 3.7. Yapılan Başvuruların Yıllara Göre Kurum Bazlı Dağılımı	126
Şekil 3.8. Yapılan Başvuruların Yıllara Göre Birim Bazlı Dağılımı	129
Şekil 3.9. Hakkında Başvuru Yapılan Personelin Yıllara Göre Unvan Bazlı Dağılımı	130
Şekil 3.10. Beyaz Kod Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı	132
Şekil 3.11. Şiddet Uygulayanların Cinsiyetlerinin Yıllara Göre Dağılımı	133
Şekil 3.12. Yıllara Göre Şiddet Uygulayan Kişi Dağılımı	134
Şekil 3.13. Başvurunun Yapıldığı Kurum Türünün Yıllara Göre Dağılımı	139
Şekil 3.14. Beyaz Kod Başvurularının Yıllara Göre Birim Bazlı Dağılımı	142
Şekil 3.15. Yıllara Göre Şiddet Türleri Dağılımı	143
Şekil 3.16. Şiddet Mağdurlarının Yıllara Göre Unvan Bazlı Dağılımı	144
Şekil 3.17. Şiddet Mağdurunun Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı	145
Şekil 3.18. Yıllara Göre Beyaz Kod Başvuru Şekli	146

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Başvuruda Bulunan Bireylerin Yıllara Göre Yaş Dağılımı	123
Çizelge 3.2. Yapılan Başvuru Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı	124
Çizelge 3.3. Hatay İli İlçe Nüfusları	127
Çizelge 3.4. Hasta Hakları Kurul Başvurularının Tesis Bazlı Dağılımı	128
Çizelge 3.5. Yıllara Göre Şiddet Uygulayanların Yaş Dağılımı	135
Çizelge 3.6. Şiddet Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı	136
Çizelge 3.6. Şiddet Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı (Devamı)	137
Çizelge 3.7. Beyaz Kod Başvurularının Tesis Bazlı Dağılımı	140
Çizelge 3.8. Hasta Hakları ve Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşen Olaya İlişkin Veriler	147



1. GİRİŞ

Toplumsal hayata geçmeden önce diledikleri ve düşündükleri şeyleri özgürce yapabilen insanoğlu, toplumsal hayata geçişle birlikte bazı dilek ve düşüncelerinden vazgeçmek zorunda kalarak kendilerini, birbirlerinin egemenlik alanlarına karşı koruyabilecekleri düzenlemelere ihtiyaç duymuşlardır. Bu ihtiyaç, hak kavramını ortaya çıkarmıştır (İşeri, 2014). Hak kavramı sınırı, konusu, kullanma biçimleri ve koşulları hukuk düzeni tarafından belirlenmiş olan ve gerçekleşmesi sahibinin iradesine bırakılmış menfaatler ve yararlanılması toplumca sağlanmış özgürlüklerdir (Zubaroglu, 2012, Çınar Tanrıverdi, 2019).

Kişinin sırf insan olması sebebiyle sahip olduğu ve ana rahmine düştüğü anda sahip olduğu dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez nitelikteki haklara insan hakları denilmektedir (Aydemir ve Özhan, 2011; Ergüden, 2015; İşeri, 2014; Kalyoncu, 2018). İnsanlık tarihi kadar eski bir kavram olan ve insanlık için ortak değerler yaratan insan haklarının (İşeri, 2014), kullanılmasında dil, din, ırk, cinsiyet ayrımı ile sosyal, ekonomik ve siyasal durum farkı gözetilmemektedir (Teke, 2014; Yüce, 2018). İnsanların talep ve ihtiyaçlarının değişip gelişmesi, ilerlemesi ve toplumsal yapının gelişmesiyle birlikte insan hakları da çeşitlenmiştir (Ekmen, 2018).

Demokrasi ve insan hakları sürecine yönelik ilk adım, Ortaçağ'da, İngiltere'de atılmıştır (Ekmen, 2018; İşeri, 2014; Teke, 2014). Tarihteki ilk yazılı anayasa ve insan haklarını konu edinen ilk yazılı belge olan (Durur, 2019) “Magna Carta Libertatum (Büyük Hürriyetler Fermanı)”, bireyin hak ve özgürlüklerinin ve adalet anlayışının gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır (Çınar Tanrıverdi, 2019; Ekmen, 2018; İşeri, 2014; Teke, 2014). İnsan hakları kavramının gelişimi bu tarihten

sonra ivme kazanmıştır (Yüce, 2018). Bu gelişmeyi Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi (Virginia İnsan Hakları Bildirgesi), Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Evrensel Bildirgesi, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Koruma Avrupa Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı ve Helsinki Sonuç Bildirgesi izlemiştir (Akdemir, 2015; Altun, 2015; Çınar Tanrıverdi, 2019; Kalyoncu, 2018; Teke, 2014; Yüce, 2018).

İnsanlığın ve toplumsal yapının gelişip çeşitlenmesi hak ve hürriyetleri de çeşitlendirmiş (Kalyoncu, 2018) ve insan hakları birinci kuşak haklar, ikinci kuşak haklar, üçüncü kuşak haklar ve hatta günümüzde meydana gelen gelişmeler neticesinde dördüncü kuşak haklar olarak sınıflandırılmıştır (Akdemir, 2015; Altun, 2015; Çınar Tanrıverdi, 2019; Ekmen, 2018; Kalyoncu, 2018; Uğan, 2015).

Yaşam hakkı, kişinin dokunulmazlığı, düşünce ve ifade özgürlüğü, iletişim serbestisi, konut dokunulmazlığı, mülkiyet hakkı, eşitlik hakkı, çalışma hakkı ve seyahat özgürlüğü devletin müdahale edemeyeceği özel bir alan yaratan, en temel hak ve özgürlükleri ortaya çıkaran I. kuşak haklardır. Konut hakkı, sosyal güvenlik hakkı, eğitim hakkı, sağlık hakkı, kültürel yaşama katılma hakkı gibi devletin vatandaşlara sunması gereken haklar olan II. kuşak haklar sosyal eşitsizliği ortadan kaldırmak amacıyla II. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmış ve sosyal eşitlik ile sosyal adalet kavramlarını ön plana çıkarmıştır. II. Dünya Savaşının yarattığı çevre kirliliği, nükleer silahların meydana getirdiği negatif dışsal sebepler, anarşi ve uluslararası gelişim farklılıklarının büyük boyutlara ulaşması, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin sebep olduğu problem ve kargaşa nedenleriyle ortaya çıkan çevre, barış, gelişme, çocuk ve kadın hakları, tüketiciyi koruma ve hasta hakları, III. kuşak haklardandır. Teknoloji ve bilimsel gelişmelerin kötüye kullanılmasını önlemeye yönelik oluşan hak grupları IV. kuşak haklar olarak isimlendirilmektedir (Altun, 2015 Binay, 2016; Durur, 2019; Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018).

Her bireyin maddi ve manevi açıdan değerlendirilmesi gereken bir kişiliği vardır. Kişiliğin maddi boyutunu meydana getiren en önemli hak, beden bütünlüğü hakkıdır. Hukuk devletinin esas değerini ve temel hak ve özgürlüklerin kaynağını oluşturan yaşama hakkı da beden bütünlüğü hakkı içinde incelenmesi gereken bir haktır. I. kuşak haklardan olan yaşama hakkı devredilemez, sınırlandırılmaz üstün bir haktır (Bat, 2018). Yaşamak, yalnız canlı kalmaktan ibaret olmayıp sağlıklı, maddi ve manevi yeterliliğe sahip nitelikli bir hayat sürmeyi ifade eder. Sağlıklı olmayan, sağlığı korunmayan, sağlık sorunları çözüme kavuşturulmayan bir bireyin diğer haklarının güvence altına alınmasının da bir anlamı olmayacaktır (Akdemir, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık, II. kuşak haklardandır ve yaşama hakkı ile iç içe geçmiş, birbirini tamamlayan haklardır. Sağlık hakkı aynı zamanda bir sosyal güvenlik hakkıdır ve devlet tarafından korunması gerekir (Akdemir, 2015; Durur, 2019). Kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunmasını, tedavi edilmeyi ve toplumun sağladığı imkânlardan yararlanabilmeyi isteme hakkı olan sağlık hakkında kişiler devletten, sağlık için mevzuatın gereklerini yerine getirmesini bekler (Kalyoncu, 2018; Tatlı, 2018). Bu durum, sağlık hakkının özelleşip III. kuşakta ortaya çıkmış hali olan “hasta hakları” kavramını karşımıza çıkarır (Ekmen, 2018).

Bireyin sahip olması gereken insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uyarlamasına “hasta hakları” adı verilir. İnsan haklarına ilişkin temel belgeler, hasta haklarına da dayanak oluşturur (Ekmen, 2018). Hasta hakları, hastaların sağlık tesisleri ve sağlık çalışanları ile tüm ilişkilerinin belirleyicisidir (Kaçan, 2018) ve bu ilişkileri düzenlemek amacıyla ortaya çıkmıştır. Hasta haklarının amacı, bireyler ve sağlık çalışanlarının hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını belirleyerek muhtemel hak kayıplarının önüne geçmektir (Kalyoncu, 2018).

Dünyanın bilinen ilk yazılı kuralları olan Hammurabi Kanunlarında, kötü ve hatalı uygulamalardan söz edilmiş ve kanunların içeriğinde tababet ahlakına yer verilmiştir. Hekim bilgisizliği ise ilk kez Roma Hukukunda ağır kusur olarak kabul edilmiştir (Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018). Thomas Percival'ın yayınlandığı “Tıp Etiği Kodları” isimli makalesi, Nürnberg Kodu, 1972 tarihli Hasta Hakları Bildirgesi, 1981 tarihli Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1994 tarihli Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi, 1995 tarihli Bali Bildirgesi, 1997 tarihli Biyoloji ve Tıp Uygulamalarında İnsan Hakları ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesi, 2002 tarihli Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Temel Dokümanı (Roma Bildirgesi) dünyada hasta haklarının gelişimini etkileyen çalışmalardır (Binay, 2016; Gümüş, 2016; Gümüş Umucu, 2019; İşeri, 2014; Kalyoncu, 2018; Karaer, 2016).

Türkiye’de “hasta hakları” terimi kullanılarak yapılan ilk yasal düzenleme 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’dir. Bunun yanı sıra Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Hususi Hastaneler Kanunu, Türk Tabipler Birliği Kanunu, Hemşirelik Kanunu, Türk Eczacılar Birliği Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, 1961 Anayasası, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 1982 Anayasası, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Nüfus Planlaması Kanunu, Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi, Ceza Muhakemeleri Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge, Hasta Hakları Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmenlik hasta haklarına yönelik hükümler içeren diğer yasal düzenlemelerdir (Gümüş Umucu, 2019; İşeri, 2014; Saruç, 2013; Yüce, 2018).

Tıp ve teknolojide yaşanan gelişmeler, hastaların hak ihlallerine karşı korunması ihtiyacını meydana getirmiştir. Bu ihtiyaç neticesinde bazı ülkelerde hasta hakları alanında yasal düzenlemeler yapılmıştır (Yüce, 2018). Bu alanda Türkiye’de gerçekleştirilen en önemli düzenleme 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliğidir. Hasta haklarının sınıflandırılmasında da bu yönetmelik esas alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bu yönetmelikte, insan haklarının bir alt dalı olan hasta hakları konusunda ayrıntılı bilgi ve tanımlara yer verilmiştir (Kaçan, 2018). Yönetmeliğe göre hastaların sahip olduğu temel haklar sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tıbbi araştırmalara ilişkin haklar ve diğer haklar olarak sınıflandırılmıştır (Yüce, 2018).

Sağlık hizmetlerinin sağlık personeli ve hasta arasında işbirliği gerektiren çok taraflı bir yapı içermesi, hasta hakları kavramının yanında hasta sorumluluğu kavramının da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hasta sorumluluğu, hastanın veya hasta yakınının sağlık tesisine başvuru öncesinde, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya sonrasında yerine getirmesi gereken ödev ve yükümlülükler bütünü olarak tanımlanabilir. Hastaların sorumluluklarını yerine getirmemesi sonucu oluşacak tıbbi zarar tek başına hastanın sorumluluğunu doğurmamakla birlikte yasal hak arama sürecinde hastanın sorumluluklarını yerine getirmediğinin ispat edilmesi halinde tazminat davasının reddine veya tazminat miktarının düşürülmesi yönünde karar verilmesine yol açabilmektedir. Hatta sorumluluğun ihlalinin sağlık personelinin zarar görmesine neden olması durumunda hastanın tazminat yükümlülüğü dahi söz konusu olabilmektedir (Akdemir, 2015).

Hasta haklarının korunmasında sorumluluk yalnızca hastaya yüklenmemektedir. Bu bağlamda, Hasta Hakları Yönetmeliği sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumluluğu, devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personelin sorumluluğu ve kamu personeli olmayan personelin sorumluluğunu ayrı ayrı tanımlamıştır. Yönetmelik ayrıca sorumluluğun tespit usulü ile uygulanacak

müeyyidelere ilişkin düzenlemeleri de içermektedir (Özmen, 2015:525). Hasta haklarının ihlali durumunda hasta ve hasta yakınlarının müracaat, şikâyet ve dava hakkı da söz konusudur. Hasta, sağlık hizmeti alırken bir sorun yaşadığında veya hakkının ihlal edildiğini düşündüğünde hasta hakları birimlerine başvuru hakkına sahiptir. Hasta Hakları Birimlerinde çözümlenemeyen başvuruların çözüm mercii ise, her ilin sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan hasta hakları kurullarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2016a).

Hasta hakları kurulu, il sağlık müdürü veya müdürlük temsilcisinin başkanlığında; şikayet edilen personelin varsa üyesi olduğu kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarından bir temsilci, şikayet edilen personelin varsa üyesi olduğu işyeri sendika temsilcisi, şikayet edilen personelin görev yaptığı kurumun ildeki üst yöneticisi tarafından görevlendirilen bir kurum temsilcisi; özel sağlık kuruluşlarında ise kuruluşun üst yöneticisi tarafından belirlenen bir temsilci, hasta hakları derneklerinden, yoksa tüketici derneklerinden bir temsilci, ildeki insan hakları kurulundan bir temsilci ve valilikçe görevlendirilen bir vatandaş üyeliğinde oluşturulur. Birden fazla hasta hakları derneğinin veya tüketici derneğinin başvurması halinde dernek temsilcisi, il sağlık müdürlüğünce kura yoluyla belirlenir. İhtiyaç duyulması halinde il sağlık müdürlüğünce birden fazla kurul oluşturabilir (Özmen, 2015:522).

Hukuk devletinde hak arayışı, bağımsız yargıda karşılık bulabilmektedir ancak bireylerin, yargıda geçen zaman diliminden dolayı zaman zaman hak arama gayesinden vazgeçtiği de görülmektedir (Gümüş Umucu, 2019). Yasal yollarla hak aramaktan vazgeçen bireyler zaman zaman çeşitli nedenlerle şiddeti çözüm yolu olarak görmektedir.

DSÖ tarafından; bireyin kendisine, bir başkasına veya bir guruba karşı gerçekleştirdiği yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim geriliği ya da ihmal ile

sonuçlanabilen kasıtlı güç kullanımı tehdidi olarak tanımlanan şiddet; sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olarak üç ana başlıkta sınıflandırılmaktadır (Kuruöz, 2016; Aytaç ve ark., 2010; Uludağ ve Zengin, 2013).

İşyerinde şiddet, çalışan verimliliğini ve güvenliğini doğrudan etkileyen, çalışanın yaptığı işe ilişkin olarak istismar edildiği veya saldırıya uğradığı eylemdir (Aytaç ve ark., 2010). Sağlık işyerlerinde şiddet ise; sağlık çalışanı için risk oluşturan, hasta, hasta yakını veya diğer herhangi bir bireyden gelen sözel, fiziksel ve cinsel saldırı içeren durumdur (Ayrancı ve ark., 2002; Kuruöz, 2016).

Şiddete neden olan faktörler kısaca; insanın doğasında var olan şiddet eğiliminin yararlı, olumlu eylemlere çevrilememesi, yetiştiriliş şekli olarak çocukluktan itibaren sorunların şiddet kullanılarak çözülmesi alışkanlığı, şiddet içerikli görüntülere medyada çok fazla yer veriliyor olması, toplumda güçlü olanın haklı olduğu algısı nedeniyle güç kullanılarak haklı görünme güdüsü ve genel olarak konuşma, sorunu tespit edip çözüm yaratmaya çalışma, karşı tarafı dinleme ve empati yeteneklerinin zayıf olması şeklinde sıralanmıştır (Dikici, 2018).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının tamamen yok edilmesinin olanaksız olduğu, dinamik ve karmaşık bir yapıya sahip olan şiddetin oluşumunu olabildiğince engellemek, ertelemek ya da etkisini en aza indirebilmek için komisyonlar, hükümet, sağlık yöneticileri, sağlık personeli, meslek kuruluşları ve toplumdan oluşan tüm paydaşların katılımıyla, etkin bir yönetim sistemi oluşturulması gerektiği Arslan (2019) tarafından ifade edilmektedir. Arslan (2019) ayrıca sendikalar, dernekler ve çeşitli topluluklar, sağlıkta şiddet riskini gidermek amacıyla girişimlerde bulunmalı; medya, eğitim ve araştırma kurumları, işyeri şiddet uzmanları, tüketici/hasta destek grupları, polis ve diğer suç ve adalet uzmanlarının da sağlıkta şiddetle mücadeleyi aktif olarak desteklemeleri ve girişimde bulunmaları gerektiğini belirtmiştir.

Sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesine yönelik olarak Türkiye’de de çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğince yayınlanan 2016/3 sayılı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi (Sağlık Bakanlığı, 2016b) ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuş, 24 saat hizmet verecek 113 numaralı telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr web sayfası hizmete sunulmuş, sağlık kurumu yetkilileri de tüm şiddet olaylarını, şiddete uğrayanın şikâyetçi olup olmamasına bakmaksızın yargıya ve adli mercilere iletmekle yükümlü kılınmıştır (Kaynak, 2019).

Hastanelerde şiddetin önlenmesini sağlamak amacıyla kullanılan bir acil durum yönetim aracı olan beyaz kod (Arslan, 2019), Türkiye’de kullanılan Hastane Acil Kodları içerisinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemine ilişkin olanıdır ve resmi olarak 2012’de kullanılmaya başlanmıştır (Yeşiltaş, 2018). Beyaz kod uygulaması ile kamu ve özel tüm sağlık tesislerinde gerçekleşen şiddet eylemlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından izlenmesi, gereken müdahalenin yapılması ve eylemin takip edilmesi, olayın adli mercilere iletilmesinin ardından; analizinin yapılarak ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirlerin alınması için çalışma yapılması amaçlanmıştır (Arıkan, 2019).

Bu çalışmada Hatay ilindeki sağlık kurum/kuruluşları içerisindeki hasta hakları birimleri ile İl Sağlık Müdürlüğü’ndeki hasta hakları kurullarına başvuruda bulunan hasta profilinin ortaya çıkarılması, yapılan başvuruların konu dağılımının belirlenmesi ve bu başvuruların Beyaz Kod başvurusuna dönüşme sıklığının ortaya koyulması amaçlanmıştır. Elde edilen veriler ışığında hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının şiddet konusundaki algı ve tutumlarının ortaya çıkarılacağı düşünülmektedir.

Ulusal veri tabanları incelendiğinde, “hasta hakları birimleri/kurullarına yansıyan başvurular özelinde sağlık çalışanına şiddet olguları” ile “çalışan hakları ve

güvenliği birimlerine yansıyan başvurular özelinde sağlık çalışanına şiddet olgularını” ayrı ayrı inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Araştırmalarda geniş literatür çalışmalarına, çeşitli sağlık tesislerinden farklı özelliklere sahip sağlık çalışanlarının, hastaların ve hasta yakınlarının empatik eğilim düzeyini ve/veya bilgi düzeyini ölçen çalışmalara ve maruziyet sıklığını ölçen değerlendirmelere yer verilmiştir (Aydemir ve Özhan, 2011; Ayrancı ve ark., 2002; Çelebi Yavaş, 2014; Ekmen, 2018; Ergüden, 2015, Gümüş, 2016; İşeri, 2014; Kalyoncu, 2018; Karaer, 2016; Kaya, 2017; Kuruöz, 2016; Öner, 2014; Özdemir Takak, 2018; Saruç, 2013; Tokgöz, 2019; Uludağ, 2011; Uludağ ve Zengin, 2013; Aytaç ve ark., 2010; Yüce, 2018; Zubaroğlu, 2012). Buna karşılık, söz konusu konuları müştereken inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hasta hakları kurullarına başvuruda bulunan hasta profilinin ortaya çıkarılması, yapılan başvuruların konu dağılımının belirlenmesi ve bu başvuruların Beyaz Kod başvurusuna dönüşme sıklığının ortaya koyulması amaçlayan bu çalışmanın birinci bölümünde, hasta hakları, şiddet ve beyaz kod hakkında genel açıklamalar yapılmış ve konuya ilişkin geniş literatür bilgilerine yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümü olan “Gereç ve Yöntem” kısmında araştırmanın yöntemi, verilerin toplanması ve analizi hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise, hasta hakları kurullarına yansıyan başvurularda yer alan şiddet bulgularının beyaz kod başvurusuna dönüşme durumu değerlendirilmiştir. Çalışma; bulguların benzer çalışmalarla karşılaştırıldığı “Tartışma” bölümü ile genel bir değerlendirme yapılarak konuya ilişkin önerilerin yer aldığı “Sonuç ve Öneriler” bölümü ile sonlandırılmıştır.

1.1. Kavramsal Olarak Hasta Hakları

İnsanlar, toplumsal hayata geçmeden önce diledikleri ve düşündükleri şeyleri özgürce yapabiliyorlardı. Ancak toplumsal hayata geçiş ile birlikte insanlar bazı dilek

ve düşüncelerinden vazgeçmek zorunda kalarak kendilerini, birbirlerinin egemenlik alanlarına karşı koruyabilecekleri düzenlemelere ihtiyaç duymuşlardır. Bu ihtiyaçlar ortaya bazı özel kavramlar çıkarmıştır. İnsanların toplumsal hayata geçişiyle birlikte özgürlüklerini devam ettirebilmek için meydana getirdikleri bu kavramlardan biri de hak kavramıdır (İşeri, 2014).

Kökenini Arapçadan alan hak kavramı, sözcük olarak doğruluk, gerçek, izin, pay, istek, güç ve yetki gibi birden fazla anlam içerir (İşeri, 2014). Hukuk düzeninin temel kavramlarından biri olan hak kavramı, hukuk düzenince sınırı, konusu, kullanma biçimleri ve koşulları belirlenmiş olan ve gerçekleşmesi hak sahibinin iradesine bırakılmış menfaatler ve yararlanılması toplumca sağlanmış özgürlüklerdir (Zubaroglu, 2012; Çınar Tanrıverdi, 2019). Kişilerin hukuk düzenince tanınıp korunan menfaatleri olan hak kavramının kişi, menfaat ve hukuki unsuru olmak üzere üç unsuru söz konusudur. Hakkın hukuk düzeni içerisinde de yeri olmalıdır. Kişi olmadan bir haktan bahsedilemeyeceği gibi bu haktan kişinin bir menfaati de olmalıdır (Durur, 2019). Bu, sahipsiz hak olamaz demektir. Hak sahibi birey, iradeye sahip olan ve hukuk düzeninde mevcut çıkarlarını koruma ehliyetine sahip olan varlıktır (İşeri, 2014).

1.1.1. İnsan Hakları ve Tarihsel Gelişimi

İnsan hakları, kişinin sırf insan olması sebebiyle ana rahmine düştüğü anda sahip olduğu dokunulamaz, devredilemez ve vazgeçilemez nitelikteki haklardır (Aydemir ve Özhan, 2011; Ergüden, 2015; İşeri, 2014; Kalyoncu, 2018). İnsanlık için ortak değerler yaratan insan haklarının kullanılmasında dil, din, ırk, cinsiyet ayrımı ile sosyal, ekonomik ve siyasal durum farkı gözetilmemektedir (İşeri, 2014; Teke, 2014; Yüce, 2018). İnsan haklarından yararlanma açısından vatandaş ve yabancı arasında bir fark bulunmamaktadır (Gözler, 2010:147). İnsan hakları, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde ekonomik ve teknolojik göstergeler kadar

önemli olup çağımızın “insan hakları çağı” olarak nitelendirilmesini sağlamıştır (İşeri, 2014; Kalyoncu, 2018).

İnsan hakları, insanlık tarihi kadar eski bir kavramdır (İşeri, 2014). İnsanların talep ve ihtiyaçlarının değişip gelişmesi, ilerlemesi ve toplumsal yapının gelişmesiyle birlikte insan hakları da çeşitlenmiştir (Ekmen, 2018). Tarih boyunca farklı bakış açılarıyla değerlendirilmiş olan insan haklarının, Mezopotamya’da kurulan Sümer uygarlığının yazılı hukuk kurallarıyla tüm yurttaşlarına eşit ve adil bir düzen kurma çabasıyla başladığı varsayılmaktadır (İşeri, 2014; Teke, 2014).

Demokrasi ve insan hakları sürecine yönelik ilk adım, sınıfsal farklılıkların yoğun olarak yaşandığı, bireylerin temel hak ve hürriyetler açısından hukuki eşitlik ve düzenden yoksun olarak yaşadığı Ortaçağ’da, İngiltere’de atılmıştır (Ekmen, 2018; İşeri, 2014; Teke, 2014). Tarihteki ilk yazılı anayasa ve insan haklarını konu edinen ilk yazılı belge olma (Durur, 2019) özelliğinin yanı sıra, İngiltere Krallığı ile toprak sahipleri arasındaki ilişkileri düzenleyen bir anlaşma niteliğinde olan “Magna Carta Libertatum (Büyük Hürriyetler Fermanı)”, bireyin hak ve özgürlüklerinin ve adalet anlayışının gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır (Çınar Tanrıverdi, 2019; Ekmen, 2018; İşeri, 2014; Teke, 2014). İnsan hakları kavramının gelişimi bu tarihten sonra ivme kazanmıştır (Yüce, 2018). Bu gelişmeyi izleyen 1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi (Virginia İnsan Hakları Bildirgesi) ve 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Evrensel Bildirgesi insan hakları kavramının ilk resmi açıklamalarını oluşturmuştur (Akdemir, 2015; Çınar Tanrıverdi, 2019; Kalyoncu, 2018; Yüce, 2018).

I. ve II. Dünya Savaşlarının insanlığa olumsuz etkileri ve özellikle II. Dünya Savaşı sırasında gerçekleşen katliamlar ve insanlık dışı uygulamalar neticesinde uluslararası bir kaygı ortaya çıkmıştır (Akdemir, 2015; Teke, 2014). Bu kaygı, insan haklarının korunması temel fikrini oluşturmuş ve böylece 10 Aralık 1948 tarihinde

günümüzün Magna Cartası kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ilan edilmiştir. Bu gelişmeyi, insan haklarını bölgesel ve evrensel düzeyde korumayı hedefleyen diğer çalışmalar izlemiştir (Akdemir, 2015). İnsan haklarının gelişimi, 1950 yılında Roma’da imzalanan İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Koruma Avrupa Sözleşmesi ile devam etmiştir (Teke, 2014). Bölgesel olarak yapılan düzenlemelerden biri olan ve Türkiye’nin de taraf olduğu Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin etkili bir koruma mekanizması vardır ve bu mekanizmada Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin hukuki olarak bağlayıcılığı söz konusudur (Yüce, 2018). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin ekonomik ve sosyal haklar bağlamında güçlendirilmesi amacıyla 1961 yılında Avrupa Konseyi tarafından Avrupa Sosyal Şartı kabul edilmiştir (Teke, 2014). Helsinki Sonuç Bildirgesi, insan hakları kavramını içeren bir diğer önemli düzenlemedir (Altun, 2015). Bugün gelinen noktada insan hakları, devletler üstü bir değer olarak görülmekte ve insan haklarının hiçbir farklılık gözetmeksizin tüm insanlar için geçerli evrensel bir nitelik taşıdığı kabul edilmektedir (Uğan, 2015).

1.1.2. Hakların Sınıflandırılması

İnsanlığın ve toplumsal yapının gelişip çeşitlenmesi hak ve hürriyetleri de çeşitlendirmiş (Kalyoncu, 2018); ve bu gelişme insanlara özerklik, hürriyet, demokrasi ve bireysellik barındıran düşünsel bir akım sunmuştur (Saruç, 2013). Geçmiş ve gelişimi göz önünde bulundurulduğunda insan hakları kavramı üç temel aşamadan geçmiş ve bugünkü şeklini almıştır (Altun, 2015; Uğan, 2015). Bu gelişme sonucunda insan hakları birinci kuşak haklar, ikinci kuşak haklar ve üçüncü kuşak haklar olarak üç (Akdemir, 2015; Altun, 2015; Çınar Tanrıverdi, 2019; Ekmen, 2018; Uğan, 2015) ve hatta günümüzde meydana gelen gelişmeler neticesinde dört sınıfa ayrılarak incelenmektedir (Kalyoncu, 2018).

İnsanların temel hak ve hürriyetlerinin korunması devletlerin sorumluluğundadır. Devletin bu amaçla çeşitli yükümlülükleri bulunmaktadır. Devletin var olan gücü ve otoritesiyle insanların hak ve hürriyetlerini ihlal etmemesi negatif yükümlülüğünü, bu yükümlülüğe ek olarak kişilerin insanca yaşamaları adına çeşitli önlemler alması ise pozitif yükümlülüğünü ifade eder. Devletin bu yükümlülüğünden ortaya çıkan negatif statü hakları I. kuşak hakları ifade ederken, pozitif statü hakları ise II. kuşak hakları ifade etmektedir (Gümüş Umucu, 2019).

I. kuşak haklar dönemi, devletin müdahale edemeyeceği özel bir alan yaratan, en temel hak ve özgürlükleri ortaya çıkarmıştır (Durur, 2019; Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018). Klasik, bireysel ve koruyucu haklar olan (Durur, 2019) yaşam hakkı, kişinin dokunulmazlığı, düşünce ve ifade özgürlüğü, iletişim serbestisi, konut dokunulmazlığı, mülkiyet hakkı, eşitlik hakkı, çalışma hakkı ve seyahat özgürlüğü I. kuşak haklara örnek teşkil eden haklardır (Altun, 2015; Durur, 2019; Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018).

Sosyal eşitsizliği ortadan kaldırmak amacıyla II. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan II. kuşak haklar (Durur, 2019), sosyal eşitlik veya sosyal adalet kavramlarını ön plana çıkarmıştır (Kalyoncu, 2018). Konut hakkı, sosyal güvenlik hakkı, eğitim hakkı, sağlık hakkı, kültürel yaşama katılma hakkı gibi devletin vatandaşlara sunması gereken haklar II. kuşak haklara örnek verilebilir (Binay, 2016; Durur, 2019; Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018).

II. Dünya Savaşının yarattığı çevre kirliliği, nükleer silahların meydana getirdiği negatif dışsal sebepler, anarşi ve uluslararası gelişim farklılıklarının büyük boyutlara ulaşması, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin sebep olduğu problem ve kargaşa (Kalyoncu, 2018) nedenleriyle ortaya çıkan çevre, barış, gelişme, çocuk ve kadın hakları, tüketiciyi koruma ve hasta hakları, III. kuşak haklardandır (Binay, 2016; Durur, 2019; Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018).

Teknoloji ve bilimsel gelişmelerin kötüye kullanılmasını önlemeye yönelik oluşan hak grupları IV. kuşak haklar olarak isimlendirilmektedir (Binay, 2016; Kalyoncu, 2018). IV. kuşak hakların neler olduğu kesin bir biçimde belli olmasa da, farklı olma hakkı, biyoetik haklar, siber uzay hakkı, ayırım yapılmaksızın tüm yurttaşları temsil eden demokratik bir siyasal rejimde yaşama hakkı, su hakkı ve çocuk hakları arasında yer alan ihmal, kıyım, sömürü ve ayrımcılığa karşı koruma hakkı, zorunlu ve bedelsiz eğitim hakkı, akıl ve fizik sağlığı hakkı, oyun hakkı, engelli çocukların özel eğitimden yararlanma hakkı gibi haklar dördüncü kuşak insan hakları arasında değerlendirilmektedir (Boyar ve Kama Işık, 2019).

1.1.3. Yaşama ve Sağlık Hakkı

Her bireyin maddi ve manevi açıdan değerlendirilmesi gereken bir kişiliği vardır. Kişiliğin maddi boyutunu meydana getiren en önemli hak, beden bütünlüğü hakkıdır. Bu hak bireyin biyolojik, fiziksel, maddi ve somut olarak düşünülmesinden meydana gelen bir haktır. Hukuk devletinin esas değerini ve temel hak ve özgürlüklerin kaynağını oluşturan yaşama hakkı da beden bütünlüğü hakkı içinde incelenmesi gereken bir haktır. Zira yaşam hakkına sahip olmayan bireyin sahip olduğu diğer hakların da bir önemi olmayacaktır (Bat, 2018).

I. kuşak haklardan olan yaşama hakkı devredilemez, sınırlandırılmaz üstün bir haktır ve uluslararası birçok bildiri ve sözleşmede de kendine yer bulmuştur. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirisi, Amerikan İnsan Hakları Bildirisi, Birleşmiş Milletler Uluslararası Medeni ve Siyasal Haklar Sözleşmesi, Avrupa Parlamentosu Temel Haklar ve Özgürlükler Bildirgesi, Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi, Afrika İnsan ve Halkların Hakları Şartı, Asya İnsan Hakları Şartı, AB

Temel Haklar Şartının çeşitli hükümleri yaşama hakkından bahsetmektedir (Bat, 2018).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 3. maddesinde *“Yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır.”* denilmek suretiyle yaşam hakkının önemi vurgulanmıştır (United Nation Turkey, 1948). Yaşamak, yalnız canlı kalmaktan ibaret olmayıp sağlıklı, maddi ve manevi yeterliliğe sahip nitelikli bir hayat sürmeyi ifade eder. Yaşam hakkına önem verilip sağlık hakkının göz ardı edilmesi çelişkili bir durum olacaktır. Sağlıklı olmayan, sağlığı korunmayan, sağlık sorunları çözüme kavuşturulmayan bir bireyin diğer haklarının güvence altına alınmasının da bir anlamı olmayacaktır (Akdemir, 2015).

Sağlık, DSÖ tarafından *“fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali”* olarak tanımlanmaktadır (Akdemir, 2015; Durur, 2019). DSÖ Anayasasında *“Erişilebilecek en yüksek düzeyde, sağlıktan yararlanmak, ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir.”* denilerek sağlık hakkı teminat altına alınmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 1946). II. kuşak haklardan olan sağlık hakkı ile yaşama hakkı birbiriyle iç içe geçmiş, birbirini tamamlayan haklardır (Akdemir, 2015). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25. maddesinde *“Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır.”* denilerek sağlık hakkı güvence altına alınmıştır (United Nation Turkey, 1948).

Sağlık hakkı aynı zamanda bir sosyal güvenlik hakkıdır ve devlet tarafından korunması gerekir. Türkiye’de kendine ancak 1961 Anayasasında yer bulabilen sağlık hakkı, 49. maddede yer alan *“Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”* hükmü ile anayasal güvence altına alınmıştır (Durur, 2019).

Türkiye Cumhuriyeti'nin 1982 tarihli Anayasasının 17. maddesinde yer alan *“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. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.”* hükmü ile sağlık hakkının çerçevesi çizilmiştir. 56/3. maddede ise *“...Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, 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.”* hükmü ile devletin sağlık hizmeti sunumunda izlediği yol tarif edilmiştir (Durur, 2019).

Kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunmasını, tedavi edilmeyi ve toplumun sağladığı imkânlardan yararlanabilmeyi isteme hakkı olan sağlık hakkında (Kalyoncu, 2018) kişiler devletten, sağlık için mevzuatın gereklerini yerine getirmesini bekler. Devletin bu gerekliliği yerine getirmemesi durumunda ise kişiler hak aramak için yine devlete başvurabilir ve bu hakkı devletten yasal yollarla talep edebilir (Tatlı, 2018). Bu durum, sağlık hakkının özelleşip III. kuşakta ortaya çıkmış hali olan “hasta hakları” kavramını karşımıza çıkarır (Ekmen, 2018).

1.2. Hasta Hakları

Bireyin sahip olması gereken insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uyarlamasına “hasta hakları” adı verilir. İnsan haklarına ilişkin temel belgeler, hasta haklarına da dayanak oluşturur (Ekmen, 2018). Hasta hakları hastaların sağlık

tesisleri ve sağlık çalışanları ile tüm ilişkilerinin belirleyicisidir (Kaan, 2018) ve bu ilişkileri düzenlemek amacıyla ortaya çıkmıştır.

İnsan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması olan hasta hakları, sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin hukuk sisteminde korunması talep edilen ve ihlal edilmesinin ceza ve/veya tazmin yaptırımına bağlandığı yetki ve iradelerdir (Oy ve Oy, 2018:3). Bireysel bir hak olan hasta hakları, sağlık hakkının bir uzantısıdır (Durur, 2019). Bu haklar, insanın sırf insan olması sebebiyle sahip olduğu haklar olup hem ulusal hem de uluslararası düzenlemelerle güvence altına alınmıştır (Tatlı, 2018).

Hak kavramı bir süreci içerdiğinden, bu süreçte meydana gelen tüm olaylar hak kavramıyla ilişkilidir. Hasta hakları, maddi ve manevi sınırları çizerek hem hastayı hem de hastalık sağaltılana kadar gerçekleşen sürece katkıda bulunan herkesi korur (Karaer, 2016). Sağlık hizmetinden yalnızca hasta kişiler faydalanmadığından kişinin sağlıklıyken aldığı hizmet sonucunda meydana gelecek bir olumsuz durumdan korunması da söz konusudur. Bu durumda hasta hakkı, insanların bir arada yaşayarak etkileşim kurduğu toplumda meydana gelen, sağlık alanında hizmet alan kişilerin karşılaştığı problemlerin çözülmesi ihtiyacından ortaya çıkmıştır (Gümüş Umucu, 2019). Hasta hakları, kişilerin sağlık hizmetlerinden gereği gibi faydalanabilmesi için, sunulan hizmetin kalitesini birebir gösteren bir kavramdır (Karaer, 2016).

1.2.1. Hasta Haklarının Amacı

Hasta hakları temel olarak bireyin sağlık hizmetinden insan onuruna yakışır bir şekilde ve yeterli düzeyde faydalanmasının sağlanması, hastanın sırf insan olması sebebiyle sahip olduğu hakların ihlal edilmesinin önlenmesi, herkese eşit ölçüde

ulaşılabilir eşit hizmet sunulmasının sağlanması, bireyler ile sağlık çalışanları arasında oluşabilecek olumsuzların giderilmesi ve ihtiyaç duyulması halinde hukuki savunma yollarına başvurulabilmesine ilişkin usul ve esasların belirlenmesi, tedavi sürecinin işbirliği içerisinde yürütülmesi ve bireylerin bu sürece aktif olarak katılmasının sağlanması amaçlarını güder (Kalyoncu, 2018; Karaer, 2016).

Hasta haklarının amaı, bireyler ve sağlık çalışanlarının hak ve yükümlülüklerinin sınırlarını belirleyerek muhtemel hak kayıplarının önüne geçmektir (Kalyoncu, 2018). Buna ek olarak hasta hakları, hastalığın ortaya çıkardığı kısıtlamaların mümkün olduğunca erken ortadan kaldırmasını, bireylerin bilimsel ve teknolojik gelişmeler ışığında bilgilendirilmesini, bireylerin ve sağlık hizmeti sunan tüm kişi ve kurumların arasındaki iletişim ve işbirliğinin güçlenmesinin sağlanmasını, sağlık personelinin mesleki uygulamalarından doğan hatalarının en aza indirilmesinin sağlanmasını da amaçlamaktadır (Binay, 2016; Karaer, 2016).

Hasta hakları, sağlık hizmetinin etkinliğini arttırmak amaçıyla hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirmek, kaliteyi arttırmak amaçıyla hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili bölgesel ve ulusal programlara katılımını sağlamak, sağlık hizmeti ortamının öz denetimini sağlamak amaçıyla hasta hakları uygulamalarıyla ilgili düzenli başvuru sistemleri oluşturmak, çocuklar, yaşlılar, mahkmlar ve psikiyatri hastaları gibi özel gruplar için ayrıntılı düzenlemeler yapmak ve hasta merkezli sistemlerin kurulmasını sağlamak amaçıyla maddi kazanç hedefi olmayan sağlık politikaları geliştirmeyi amaç edinmiştir (Karaer, 2016).

Hasta hakları, meydana gelen gelişmeler ve tarihsel süreçte devam eden insan merkezli yaklaşımla yayınlanan bildirgelerle yenilenmektedir. Türkiye’de de bu süreç, yayınlanan bu bildirgeler esas alınarak hazırlanan mevzuat çerçevesinde ve etik kurullar aracılığıyla yürütülmektedir (Binay, 2016).

1.2.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

İnsanoğlu önceleri hastalığın, sağlıklı olmanın ve iyileşmenin nedenini doğaüstü olaylarda aramakta ve deneme yanılma yöntemiyle öğrenilen bilgiler ile geçmişte edinilen bilgileri gelecek nesillere aktarmaktaydı (Gümüş Umucu, 2019). Hasta haklarını korumaya yönelik kural ve düzenlemeler, ilk çağlardan beri yapılagelmıştır. Yapılan arkeolojik kazılarda, en eski sağlık tesislerinin Sümerlerde inşa edildiği tespit edilmiştir (Kaçan, 2018).

Dünyanın bilinen ilk yazılı kuralları olan Hammurabi Kanunlarında, kötü ve hatalı uygulamalardan söz edilmiş ve kanunların içeriğinde tababet ahlakına yer verilmiştir (Gümüş Umucu, 2019; Kalyoncu, 2018). Söz konusu kanun, hekimin özen göstermesini gerektirmekte ve özen gösterilmemesi durumunda cezai müeyyideleri içermektedir (Gümüş Umucu, 2019). Hekim bilgisizliği ise ilk kez Roma Hukukunda ağır kusur olarak kabul edilmiştir (Kalyoncu, 2018).

Hekimlerin mesleki eğitimlerinde uymaları gereken etik ilkelerin belirlendiği ilk hekim andı Mısırlı hekim İmhotep tarafından oluşturulmuştur (Tatlı, 2018). Hasta hakları adına yapılan ilk düzenlemenin ise Hipokrat Yemini olduğu kabul edilmektedir. Hipokrat Yemini, hasta haklarının yazılı hale getirilmiş bir pratiği olup pek çok toplumun hasta hakları kültürünün oluşumunda da rol oynamıştır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tıp fakültesini bitiren hekimlerin ettiği Hipokrat Yemini (Kalyoncu, 2018) hekimler için sır saklama yükümlülüğü, hastaya saygı gösterilmesi, kürtaaj ve ötenazinin yasak olması gibi yükümlülükler getirmiştir. Ortaçağ ise, hasta haklarının tamamen dini bir bakış açısı ile değerlendirildiği bir dönemdir (Gümüş, 2016).

Osmanlı döneminde kadıların tuttuğu sicil kayıtlarında, hastanın gerçekleştirilecek müdahaleye kadı huzurunda rıza verdiği, yapılan işlem sonunda

ölüm olayının gerçekleşmesi durumunda hekime sorumluluk yüklendiğine dair ifadeler rastlanmıştır. Söz konusu kayıtlardan, onam alınması, hekimin sorumluluğu ve hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin niteliği gibi hasta haklarına ilişkin düzenlemeler yer almıştır (Gümüş Umucu, 2019). Tarih boyunca, hasta hakları alanında pek çok gelişme yaşanmıştır. Bu gelişmeler özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında yaşanan yüz kızartıcı olaylar neticesinde hız kazanmış ve özellikle son yıllarda uluslararası standartlara ulaşmıştır (Tatlı, 2018).

1.2.3. Dünyada Hasta Haklarının Gelişimi ve Uluslararası Belgeler

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi ile tüm insanların hiçbir ayırım gözetilmeden tüm haklar bakımından eşit olduğu vurgusu yapılmış ve bu gelişme ile hasta haklarına yönelik gelişmelerin de önü açılmıştır (Tatlı, 2018). Özellikle 19. Yüzyılda tıp etiği ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Thomas Percival'ın 1803'de yayınlandığı "Tıp Etiği Kodları" isimli makale bu alanda önemli bir çalışmadır. Hasta hakları konusunda yapılan ilk kongre ise 1900 yılında Paris'te düzenlenmiştir (Gümüş, 2016).

Dünyada hasta haklarına ilişkin ilk çalışma, Nazilerin insanlar üzerinde gerçekleştirdiği deneyler nedeniyle, bu deneyleri gerçekleştiren kişilerin Almanya'nın Nürnberg kentinde kurulan mahkemelerde yargılanması sonucu oluşturulan Nürnberg Kodu'dur. Nürnberg Kodu, bireyler üzerinde yapılan deneysel çalışmalarda özgür ve aydınlatılmış rızanın alınmasına, rıza ehliyetinin olmasına, toplumsal yarar önceliğinin gözetilmesine, gereksiz bedensel ve ruhsal acı ile kalıcı bedensel zarar veya ölüm sonucunun önlenmesine ve araştırmaya dâhil olan bireyin her an çalışmanın sonlandırılmasını isteme hakkına sahip olduğuna ilişkin düzenlemeler içermektedir (Karaer, 2016).

İnsan üzerinde, insan onuruyla bağdaşmayacak deneysel çalışmalar gerçekleştirilmesine 20. yüzyılın ikinci yarısında da devam edilmiştir. Amerika’da sifilis hastalığının doğal seyrini izlemek amacıyla 1932-1970 yılları arasında Siyahiler üzerinde onam alınmadan gerçekleştirilen deneyler tarihe “Tuskegee sifilis deneyi” olarak geçmiştir (Ertin ve Temel, 2016). Hasta haklarına ilişkin ilk ulusal belgenin 1972 yılında Amerika’da yayımlanması bu nedenle tesadüf değildir. Amerikan Hastaneler Birliği tarafından yayımlanan Hasta Hakları Bildirgesinde, insan hakları esas alınarak düzenlenen ve daha çok sağlık tesisinde yatan hastaların haklarının gözetilmesi fikrine odaklanan 12 madde yer almıştır (Gümüş Umucu, 2019). Bildirgenin tanımladığı hasta hakları; onurlu tedavi olma hakkı, hastalığının tanı ve tedavisi hakkında anlaşılacak bir dille bilgi isteme hakkı, onam alınması hakkı, tedaviyi reddetme ve oluşabilecek sonuçları öğrenme hakkı, ilgili olmayan kişilere kayıtların verilmesini reddetme hakkı, hastanın kendi ile ilgili her şeyi bilme hakkı, hastanın sağlık bilgilerinin gizli tutulmasını isteme ve kimseyle paylaşılmasını istememe hakkı, nakil durumlarında sevk işleminin hastanın bilgilendirilmesinin ardından gerçekleştirilmesi hakkı, hastanın tedavisiyle ilgilenen sağlık personelinin tanıma hakkı, hastalığı hakkında sürekli takip edilmeyi isteme hakkı, faturayı inceleme hakkı, hastane kural ve düzenini bilme hakkı ile hasta, bir araştırmaya katılacak ise hastaya açıklama yapılması ve denek olmayı kabul edip etmediğinin sorulması hakkıdır (Ekmen, 2018).

Hasta hakları alanında yayımlanan ilk uluslararası belge, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesidir. Dünya Tabipler Birliği tarafından 1981 yılında yayımlanan bu belge, hekim seçme, uygulayacağı tedaviyi serbest olarak seçebilen bir hekim tarafından tedavi edilme, bilgilendirilmiş rıza sonrasında tedaviyi kabul veya ret edebilme, mahremiyet, dini desteği isteme veya reddetme ve onurlu bir ölüm haklarını içermektedir (Binay, 2016). Hasta hakları ile ilgili işlemlerde tüm sorumluluğun hekimlere yüklendiği bu bildirge hasta hakları hususunda önemli bir adım olsa da bir takım sınırlılıklara sahiptir. Bu sınırlılıkların varlığı ile bilimsel ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle Lizbon Hasta Hakları bildirgesi 1995 yılında Bali Bildirgesi ile güncellenmiştir (Gümüş Umucu, 2019).

DSÖ Avrupa Bürosu tarafından 1994 tarihinde Hollanda'nın başkenti Amsterdam'da düzenlenen toplantıda alınan kararlar Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi olarak adlandırılmıştır. Amsterdam Bildirgesinde sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, rıza, özel hayat ve gizlilik, bakım ve tedavi ve başvuru konularına değinilmiştir (İşeri, 2014).

Teknolojik ve tıbbi gelişmeler ile derinleşen tıp etiği tartışmalarına çözüm olarak 1981'de kabul edilen Lizbon Bildirgesinin zamanla yenilenmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Dünya Tabipler Birliği'nin 1995 yılında Endonezya'nın Bali kentinde gerçekleştirdiği toplantıda hastaların; nitelikli sağlık bakımı hakkı, seçim özgürlüğü hakkı, kendi adına karar verme hakkı, bilinci kapalı hastalar ve yasal olarak karar verme yetkisi olmayan hastaların hakları, hastanın isteği dışındaki prosedüre ilişkin haklar, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini yardım alma hakkına sahip olduğu belirtilmiştir (Kalyoncu, 2018). Bali Bildirgesi 2005 yılında revize edilerek Santiago Bildirgesi olarak yayımlanmıştır (Binay, 2016).

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Temel Dokümanı, bir diğer adıyla Roma Bildirgesi, 2002 yılında tüm Avrupa ülkelerinde geçerli olmak üzere yayımlanmıştır. Bu bildiğe; koruyucu tedbirlerin alınması hakkı, hizmetten yararlanma hakkı, bilgi edinme hakkı, onam hakkı, özgür seçim hakkı, özel hayat ve gizlilik hakkı, hastaların vaktine saygı hakkı, kalite standartları hakkı, güvenlik hakkı, yenilik hakkı, gereksiz ağrı, acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişisel tedavi hakkı, şikâyet ve tazminat hakkı olarak 14 madde içermektedir (İşeri, 2014).

Biyoloji ve Tıp Uygulamalarında İnsan Hakları ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesi, hasta hakları alanında yapılan bir başka uluslararası düzenlemedir ve 1997 yılında Avrupa Konseyi tarafından imzaya açılmıştır (İşeri, 2014). Kısaca İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi olarak adlandırılan bu sözleşme,

insanların onur ve kişiliğini koruma, biyoloji ve tıp uygulamalarında ayırım yapılmadan herkesin vücut bütünlüğü ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacak tedbirlerin sağlanması amacıyla hazırlanmıştır (Zubaroglu, 2012). Sözleşmeye göre bireyin çıkarı ve refahı toplum ve bilimin üstünde tutulacak, bilimsel araştırmalarda bireylerin yer alması, doku ve organ alınması konularında insan hakları güvence altına alınacak; sözleşmeye taraf olan ülkeler kullanılabilir kaynakları ile sağlığa duyulan ihtiyacı göz önünde bulundurarak mevcut egemenlik alanında, bireylerin uygun özellikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanmasını sağlayacak tedbirleri alacak ve iç hukuklarını sözleşme hükümlerine göre düzenleyeceklerdir. Bu amaçla Türkiye’de gerekli çalışmalar yapılmış ve 2003 yılında İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun kabul edilmiştir (Yüce, 2018).

1.2.4. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi ve Ulusal Belgeler

Amerika’da başlayan ve Avrupa’da devam eden hasta haklarına yönelik mevzuat çalışmaları, diğer ülkeler için de örnek teşkil etmiştir (Yüce, 2018). Bu amaçla Türkiye’de bir takım çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Türkiye’de hasta hakları ile ilgili bir kanun bulunmamaktadır. Hasta hakları, sağlık alanı ve sağlık personelinin çalışma usullerine ilişkin düzenlemeler nezdinde ele alınmıştır (İşeri, 2014). Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşunun ilk yıllarından itibaren hasta haklarına yönelik çalışmalar vardır. TBMM’nin kuruluşuyla birlikte 1920 yılında ülke tarihinde ilk defa “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)” kurulmuş ve sağlık hizmeti sunumunun devletin asli görevi olduğu vurgulanmıştır (Tatlı, 2018). Türkiye’de “hasta hakları” terimi kullanılarak yapılan ilk yasal düzenleme 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’dir. Bunun yanında 1928 tarihli Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1933 tarihli Hususi Hastaneler Kanunu, 1953 tarihli Türk Tabipler Birliği Kanunu, 1954 tarihli Hemşirelik Kanunu, 1956

tarıhli Türk Eczacılar Birliği Kanunu, 1960 tarıhli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve 1960 tarıhli Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, 1961 Anayasası ve 1961 tarıhli Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1979 tarıhli Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun, 1982 Anayasası ve 1982 tarıhli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983 tarıhli Sağlık Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname, 1983 tarıhli Nüfus Planlaması Kanunu, 1985 tarıhli Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu, 1987 tarıhli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1993 tarıhli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, 2003 tarıhli Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi, 2004 tarıhli Ceza Muhakemeleri Kanunu ve 2004 tarıhli Türk Ceza Kanunu, 2005 tarıhli Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ve 2005 tarıhli Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2007 tarıhli Kan ve Kan Ürünleri Kanunu ve 2007 tarıhli Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge ile 2014 tarıhli Hasta Hakları Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmenlik hasta haklarına yönelik hükümler içeren diğer yasal düzenlemelerdir (Gümüş Umucu, 2019; İşeri, 2014; Saruç, 2013; Yüce, 2018).

Sağlık çalışanlarının niteliklerini, çalışma usullerini, yetki ve sorumluluklarını tanımlayan (İşeri, 2014) Tababet ve şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 70. maddesi, hekim ve hasta ilişkisinin yasal çerçevesi içerisinde hekimlere hastalardan onam alma yükümlülüğü getirmiştir (Yüce, 2018). Tıbbi kayıt tutulmasını zorunlu kılan kanun, uyulması gereken kural ve ahlaki yükümlölükleri de belirtip bu kural ve yükümlölüklere uyulmaması durumunda uygulanacak cezai yaptırımlardan da söz etmektedir (İşeri, 2014).

Sağlık hizmetlerinin devlet için bir kamu görevi sayıldığı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930 yılında yayımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bazılarının toplumun her kesimine ücretsiz olarak ulaştırılması gerekliliğini vurgulayan kanun ayrıca bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli fonksiyonlara sahiptir. Kanunun 104. maddesi hasta

haklarından olan mahremiyet konusunu özellikle vurgulamaktadır (Tatlı, 2018). Özel hastanelerin çalışma alanlarıyla ilgili olarak 1933 yılında çıkarılan Hususi Hastaneler Kanunu ise, hekim seçme hakkına ilişkin düzenlemeler içermektedir (Gümüş Umucu, 2019).

Hekimlerin ve dış hekimlerinin çalışma usullerine ilişkin düzenlemeler içeren Türk Tabipler Birliği Kanunu 1953 yılında yayımlanmıştır. Kanunda 1985 yılında yapılan düzenlemeyle dış hekimleri kapsam dışı bırakılmış ve dış hekimlerinin kendilerine özgü yasaları oluşturulmuştur. Hekimlerin haklarının korunmasına yönelik bir düzenleme olan bu kanun dolaylı olarak hasta haklarını da korumaktadır (Gümüş Umucu, 2019). Zira hakları korunmayan bir hekimin varlığı, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına zarar verecektir (Binay, 2016).

Hemşirelik Kanununun yayımlandığı 1954 yılına kadar hemşireler de Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun hükümlerine tabiydiler. Hasta haklarına ilişkin bir hüküm içermeyen ve hatta hemşirelerin bile kendini koruyabileceği hükümlere yer vermeyen kanun bu yönüyle eleştirilmektedir (Gümüş Umucu, 2019). Ancak 2007 yılında yayımlanan Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile hemşirelik meslek ilkeleri ile etik ilkelere değinilmiş; güvenlik, bilgilendirme, yararlılık-zarar vermeme, eşitlik, mahremiyet, adalet ilkeleri hemşirelerin görevlerini yerine getirirken uymaları gereken kurallar olarak belirtilmiştir (Binay, 2016).

Türk Eczacılar Birliğinin kurulmasını sağlayan Türk Eczacılar Birliği Kanunu, hedefleri itibariyle Türk Tabipler Birliği Kanunu ile benzeşmektedir. 1956 tarihli kanun, hasta ve eczacı arasındaki ilişkiyi ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da koruma altına almıştır (Binay, 2016; Gümüş Umucu, 2019).

Yayımlandığı 1960 yılından günümüze kadar geçerliliğini hala koruyan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, hekimler ve dış hekimlerinin uymaları gereken etik kuralları düzenlemektedir (İşeri, 2014). Hekimlik Görev Tüzüğü olarak da adlandırılan bu tüzük sır saklama yükümlülüğü, eşitlik, kişiliğe saygı, tıbbi uygulamalarda hekimin özerkliği ve hastalarında özgür bir şekilde tıbbi uygulama gerçekleştiren bir hekim tarafından muayene edilme hakkının varlığı, özel hayata saygı, dürüstlük ve konsültasyon hakkına dair düzenlemeler içermektedir (Durur, 2019).

Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun ile sıtma muayenesinin nasıl yapıldığına ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgiler verilmiştir. 1960 tarihli bu kanunda ayrıca sıtma hastalığının toplumda yer edinmemesi amacıyla kişilerin kan vermeye zorlanabileceğinden ve toplum sağlığının korunması amacıyla bazı hakların kısıtlanabileceğinden söz edilmektedir (Gümüş Umucu, 2019).

Hasta hakları kapsamında değerlendirilecek olan sağlıklı yaşama ve kaybedilen sağlığa tekrar kavuşma hakkından ilk kez 1961 Anayasası'nda bahsedilmiştir (Tatlı, 2018). 1961 Anayasasına dayanılarak hazırlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu bugünkü halk sağlığı hizmetinin temelini oluşturmaktadır. Bu kanun, sağlık alanındaki eşitsizliğin giderilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesi, nüfusa göre sağlık hizmeti planlanmasının sağlanması hususlarına ilişkin hükümler içermektedir (Gümüş Umucu, 2019).

Organ ve dokulara yönelik tıbbi girişimlere ilişkin kurallar koyan Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, 1979 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu Kanunda, onam alınmasının şekli ve şartları açıkça ortaya konmuş ve hekime yüklenecek sorumluluk nedeniyle bilgilendirme yapılmasının önemi vurgulanmıştır (Gümüş Umucu, 2019).

İnsan haklarına saygının altını çizen 1982 Anayasası, hasta haklarına ilişkin pek çok düzenleme içermektedir. Anayasanın 2. maddesinde sağlık hakkı açıkça belirtilmiştir. Vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı, tıbbi araştırmalarda katılanın rızası, halk sağlığının önemsinmesi, sosyal güvenlik sisteminin herkesi kapsaması gerektiğine ilişkin hükümler 1982 Anayasasının hasta haklarına ilişkin diğer hükümleridir (Gümüş Umucu, 2019).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, *Yataklı Tedavi Kurumlarında çeşitli hizmetlerin uygulama esaslarını, personelin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve modern çağın icaplarına ve memleket gerçeklerine uygun, süratli, kaliteli, ekonomik bir hastane işletmeciliği sağlamak* amacıyla 1982 yılında yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri ile ilçe/belde hastanesi, gün hastanesi, genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri kapsayan bu yönetmelik, hasta haklarına ilişkin pek çok hüküm içermektedir. Sağlık hizmetlerini tıbbi hizmetler, yönetim hizmetleri, satın alma ayniyat depo ve ambar hizmetleri ve teknik hizmetler olarak 4 bölüme ayıran yönetmelikte ayrıca tıbbi hizmetler çalışanlarının, tıbbi teknisyenlerin, idari işlerde çalışanların, teknik ve diğer işlerde çalışanların ve nöbetçi personelin görev ve yetkileri en ince ayrıntısına kadar tanımlanmıştır. Yönetmeliğin “Çeşitli Hükümler” başlığı taşıyan 10. bölümde de dini ödevlerin yapılma şekli, gürültü-alkol-sigara yasağı gibi hasta haklarının korunmasına ilişkin pek çok düzenleme yer almaktadır. Yönetmeliğin Ek 1. maddesinde yer alan “*Sağlık kurumlarında, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sorunların önlenmesi, hasta hakları konusunda hasta ve personelin eğitilmesi, gerektiğinde hukuki korunma yollarının fiilen kullanılabilmesi için hasta haklarına dair uygulamaları yürütmek üzere hasta hakları birimleri ile hasta hakları kurulları oluşturulur.*” hükmü ise doğrudan hasta haklarının uygulanmasına ilişkin bir düzenlemedir (Sağlık Bakanlığı, 1983).

Sağlık Bakanlığı Teşkilatı ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, kamusal bir hak

olarak tanımlamış ve devlete çeşitli görevler yüklemiştir. 1983 tarihli bu kanun, 2011 yılında 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile bir değişiklik geçirmiştir (Binay, 2016).

Türkiye’de hasta haklarına yönelik olarak gerçekleştirilen düzenlemelerden bir diğeri olan ve bugünkü ifadeyle aile planlaması ve doğum kontrol yöntemlerine ilişkin düzenlemeleri içeren Nüfus Planlaması Kanunu, 1983 yılında yürürlüğe girmiştir. Kanun, nüfus planlamasına ilişkin ilaç ve araçların yapımı, temini ve kullanımına ilişkin hükümlere yer vermektedir. Gebeliğin sonlandırılması ve kısırlaştırma işlemlerinde onam, tıbbi gereklilik, etkinliği ve güvenirliliği kanıtlanmamış girişimlerin gerçekleştirilmemesi gerektiğine ilişkin düzenlemeler Nüfus Planlaması Kanununda kendine yer bulmuştur (Gümüş Umucu, 2019).

Türk Tabipler Birliği Kanunu’nda 1985 tarihinde gerçekleşen değişiklik sonucunda Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu hazırlanmıştır. Bu Kanunda, hasta ile dürüst ve güven verici bir ilişki kurmak gerektiği belirtilmiş ve hekimler arasında veya hasta/hasta yakını ile bir uyuşmazlık söz konusu olduğunda uyuşmazlığı hakem aracılığıyla çözmek gerektiğine ilişkin hükümlere yer verilerek hasta merkezli bir yaklaşım sergilenmiştir (Gümüş Umucu, 2019).

Hasta haklarına ilişkin düzenleme içeren bir diğerk çalışma 1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’dur. Bu kanun, bireyin başka bir sağlık kuruluşuna bir hekimin sevki ile gitme hakkı olduğunu ve bireyin hekimin görüşü olmaksızın kendi arzusu ile gittiği sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti alabilmesinin ancak belli bir ücret ödenerek mümkün olabileceğini belirtmektedir (Gümüş Umucu, 2019).

Sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek ödeme gücü olmayan bireylerin bu hizmetten gereği gibi faydalanabilmesi amacıyla 1992 yılında Ödeme Gücü Olmayan

Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun yayımlanmıştır. Bu kanun, 2010 yılında revize edilmiş olan ve hala yürürlükte bulunan bir düzenlemedir. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından 2012 yılında çıkarılan Genel Sağlık Sigortası Geçiş Süresinin Tamamlanması ve Kurumların Sağlık Yardımlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna Devir İşlemlerine İlişkin Tebliğ de bu alanda yapılan bir başka düzenlemedir (Gümüş Umucu, 2019).

İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hasta haklarına yönelik hükümler içeren ve 1993 yılında yayımlanmış olan bir çalışmadır. Bu yönetmelik, 2009 yılında yürürlüğe giren İlaç Uygulamaları Hakkında Yönetmelik ile yürürlükten kaldırılmıştır. İlaç Uygulamaları Hakkında Yönetmelik ise 2014 yılında yapılan bir güncelleme ile günümüzde hala yürürlükte dir. Araştırmalara katılan kişilerin rızasının alınması ve araştırmaya bağlı olarak herhangi bir zarar görmesi sonucunda tazminat isteme hakkının olması, hasta hakları açısından önemli düzenlemelerdir (Binay, 2016).

Hasta haklarıyla ilgili ilk çalışmaların 1970’li yıllarda Amerika’da başlamasının ardından 1993 yılında Finlandiya, 1996 yılında İsrail ve Litvanya, 1997 yılında İzlanda, 1998 yılında Danimarka, 2000 yılında Norveç ve Gürcistan, 2002 yılında Fransa ve Estonya, 2003 yılında ise İsviçre’de de hasta haklarına yönelik çalışmalar yapılmış ve Hasta Hakları Kanunu yürürlüğe girmiştir (Gümüş, 2016). Avrupa Konseyi’nin 1997 yılında kabul ettiği İnsan Hakları ve İnsan Hakları Biyo-Tıp Sözleşmesi’nin iç mevzuatımıza uygulanması kararının ardından Türkiye’de de 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Bu Yönetmelik, Türkiye’de hasta hakları terimi kullanılarak yapılan ilk düzenleme olması ve sağlık sisteminin işleyişine katkısı sebebiyle önem arz etmektedir (Tatlı, 2018).

Ceza Muhakemeleri Kanununun 46/1-b maddesiyle *hekimler, diş hekimleri, eczacılar, ebeler ve bunların yardımcıları ve diğ er bütün tıp meslek ve sanatları mensuplarının, bu sıfatları dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler sebebiyle tanıklıktan çekinmesine imkân sunulmuş ve bu vesileyle hasta ve yakınlarının kişisel bilgileri ile mahremiyetlerinin korunması sağlanmıştır. Aynı Kanunun İkinci Bölümü “Bilirkişi İncelemesi” başlığını taşımakta ve 62-73. maddeler bu hususa ilişkin hükümler içermektedir. 63/1 maddesinde yer alan “  z m  uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren h llerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re’sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafiinin veya kanun  temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir.” hükmü ile 66/6 maddesinde yer alan “Gerekli olması halinde, bilirkişi, mağdur, şüpheli veya sanığa mahkeme başkanı, hâkim veya Cumhuriyet savcısı aracılığı ile soru sorabilir. Ancak, mahkeme başkanı, hâkim veya Cumhuriyet savcısı, bilirkişinin doğrudan soru sormasına da izin verebilir. Muayene ile görevlendirilen hekim bilirkişi, görevini yerine getirirken zorunlu saydığı soruları, hâkim, Cumhuriyet savcısı ve müdafi bulunmadan da mağdur, şüpheli veya sanığa doğrudan doğruya yöneltebilir.” hükmü ile bu konuda ortaya çıkabilecek hak kayıplarının önüne geçilmeye çalışılmıştır. 75. maddede şüpheli veya sanığın beden muayenesi ve vücudundan örnek alınması; 76. maddede diğ er kişilerin beden muayenesi ve vücuttan örnek alınması; 77. maddede kadının muayenesi; 78. maddede moleküler genetik incelemeler; 80. maddede genetik inceleme sonuçlarının gizliliği; 81. maddede fizik kimliğin tespiti; 86. maddede ölünün kimliğini belirleme ve adli muayene; 87. maddede otopsi; 88. maddede yeni doğanın cesedinin adli muayenesi veya otopsi; 89. maddede zehirlenme şüphesi üzerine yapılacak işlemler ve 159. maddede şüpheli ölümün ihbarına ilişkin hususlar tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar ile sürece katılacak kişilerin hak, yetki ve sorumlulukları açıklanmıştır (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2004a).*

Türk Ceza Kanunu (TCK), “*Kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemek amacı güden ve uygulamasında kişiler arasında ırk, dil, din,*

mezhep, milliyet, renk, cinsiyet, siyasal veya diğer fikir yahut düşünceleri, felsefi inanç, milli veya sosyal köken, doğum, ekonomik ve diğer toplumsal konumları yönünden ayırım yapılamayacağını belirten bir kanundur (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2004b). Hasta haklarını doğrudan korumaya yönelik bir sağlık ceza kanunu bulunmadığından hasta hakkı ihlalleri, konusu itibariyle Türk Ceza Kanununun ilgili hükümlerine göre cezalandırılır. Bahsi geçen Kanunun İkinci Kitabının İkinci Kısımı “Kişilere Karşı Suçlar” başlığı taşımaktadır ve kişilere karşı işlenebilecek suçları on kısımda açıklamaktadır. Bu bağlamda hasta hakkı ihlaline neden olan eylem, niteliğine göre TCK’nın bu kısımda yer alan hükümler değerlendirilerek cezalandırılır. “Hayata Karşı Suçlar” TCK’nın 81-85. maddelerinde tanımlanmış olup kasten öldürme, kasten öldürmenin nitelikli halleri, kasten öldürmenin ihmali davranışla gerçekleşmesi, intihara yönlendirme ve taksirle öldürme durumlarında gerçekleşen fiil, bu maddeler ışığında değerlendirilmektedir. “Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar” 86-93. maddelerinde tanımlanmıştır. Bu suçlar kasten yaralama, neticesi sebebiyle ağırlaştırılmış yaralama, kasten yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi, taksirle yaralama, insan üzerinde deney, organ veya doku ticareti, zorunluluk hali ve etkin pişmanlık durumlarında eylem bu hükümler açısından değerlendirilmektedir. “İşkence ve Eziyet” suçları ise TCK’nın 94-96. maddelerinde düzenlenmiş olup hasta hakkı ihlalinin işkence ve eziyet şeklinde gerçekleşmesi halinde bu hükümler açısından değerlendirilir. “Koruma, Gözetim, Yardım veya Bildirim Yükümlülüğünün İhlali” halinde fiil, TCK’nın 97. ve 98. maddelerine göre cezalandırılır. “Çocuk Düşürtme, Düşürme ve Kısırlaştırma” suçları, TCK’nın 99-101. maddelerinde tanımlanmış olup hasta hakları ihlali bu eylemler neticesinde gerçekleştiğinde bahsi geçen hükümler devreye girmektedir. “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı İşlenen Suçlar” TCK’nın 102-105. maddelerinde tanımlanmış ve hak ihlalinin cinsel saldırı, çocukların cinsel istismarı, reşit olmayanla cinsel ilişki, cinsel taciz eylemleri şeklinde gerçekleşmesi halinde eylemlere karşı verilecek cezalar açıklanmıştır. TCK’nın ikinci kısmının yedinci bölümü “Hürriyete Karşı Suçlar” başlığını taşımaktadır ve hasta hakları ihlalinin tehdit, şantaj, cebir, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, etkin pişmanlık, tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanması, eğitim ve öğretim hakkının engellenmesi, kamu hizmetlerinden yararlanma hakkının engellenmesi, siyasi hakların

kullanılmasının engellenmesi inanç, düşünce ve kanaat hürriyetinin kullanılmasının engellenmesi, konut dokunulmazlığının ihlali, iş ve çalışma hürriyetinin ihlali, sendikal hakların kullanılmasının engellenmesi, ortak hüküm, haksız arama, dilekçe hakkının kullanılmasının engellenmesi, nefret ve ayrımcılık, kişilerin huzur ve sükûnunu bozma, haberleşmenin engellenmesi şeklinde gerçekleşmesi durumlarında verilecek cezaları 106-124. maddelerde tanımlamıştır. Hakaret gibi “Şerefe Karşı İşlenen Suçlar”, TCK’nın 125-131. maddelerinde tanımlanmış olup hasta hakları ihlalinin bu yolla işlenmesi durumunda yargılama bu hükümlere göre gerçekleştirilir. “Özel Hayatın ve Hayatın Gizli Alanlarına Karşı İşlenen Suçlar” TCK’nın ikinci kısmının dokuzuncu bölümünde tanımlanmıştır. Bu suçlar haberleşmenin gizliliğini ihlal, kişiler arasındaki konuşmaların dinlenmesi ve kayda alınması, özel hayatın gizliliğini ihlal, kişisel verilerin kaydedilmesi, verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme ile bu suçun nitelikli halleri, verileri yok etmeme, bu suçları şikâyet ve tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanmasına ilişkin hükümler şeklinde tanımlanmış ve 132-140. maddelerde kendine yer bulmuştur. Onuncu bölümde “Malvarlığına Karşı İşlenen Suçlar” tanımlanmış olup bu suç türleri uç örnekler olsa da hasta haklarının bu yolla ihlali söz konusu olduğunda 141-160. madde hükümleri devreye girmektedir. Aynı Kanunun İkinci Kısmının Dördüncü Bölümü “Millete ve Devlete Karşı Suçlar ve Son Hükümler” başlığını taşımaktadır. Bu kısımda yer alan 247-266. maddeler içerisinde yer alan irtikâp, rüşvet, nüfuz ticareti, zor kullanma yetkisine ilişkin sınırın aşılması, görevi kötüye kullanma, göreve ilişkin sırrın açıklanması, kamu görevlisinin ticareti, kamu görevinin terki veya yapılmaması, kişilerin malları üzerinde usulsüz tasarruf, kamu görevinin usulsüz olarak üstlenilmesi, özel işaret ve kıyafetleri usulsüz kullanma ve kamu görevine ait araç ve gereçleri suçta kullanmaya ilişkin hükümler, fiilin niteliğine göre hasta haklarını ihlale neden olabilmektedir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2004b). TCK’nın 287. maddesinde ise, hâkim veya savcı kararı olmaksızın rıza dışı genital muayene yasaklanmış ve gerçekleşmesi hali yaptırıma bağlanarak hastaların özel hayatı ve mahremiyet hakkı koruma altına alınmıştır. Türk Ceza Kanununun 56. maddesi çocuklara özgü güvenlik önlemlerine atıf yaparken 57. maddesi ise, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirlerine ilişkindir (Durur, 2019). Bu hükümler ile dezavantajlı bireylerin hakları koruma altına alınmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 41. maddesinde “Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi” hakkı tanımlanmaktadır. Bu hakkın teminine yönelik olarak 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, *fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esasları düzenlemek* amacı gütmektedir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2005). Yönetmelikte, hastanın kendi evi veya bir yakınının evinde bakım hizmeti isteme hakkının olduğu ve bu bakım hizmetinin ne şekilde yapılacağını düzenlemektedir (Yardım, 2015).

Hasta Hakları Uygulama Yönergesi 2005 yılında, *yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta Hakları Uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "Hasta Haklarından" faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamak* amacıyla yürürlüğe girmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2005).

Sağlık Bakanlığına bağlı I. basamak sağlık kuruluşları ile ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile ağız ve diş sağlığı merkezlerini kapsayan Sağlık Hizmet Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekim Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge, *hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek* amacıyla 2007 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu yönerge hastanın, kendisine

sağlık hizmeti veren veya verecek olan hekimi serbestçe seçme ve değiştirme haklarını kullanabilmelerini temin etmeye yönelik bir düzenlemedir (Türk Tabipleri Birliği, 2007).

Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 2857 kanun numarası ile 1983 yılında yayımlanmış ve kan alınmasında, kan ve kan ürünlerinin verilmesinde, verici ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesini ve korunmasını esas almaktadır. Bu kanun, 2007 yılında 5627 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanununun yayımlanması ile yürürlükten kaldırılmıştır. 2857 sayılı Kanun, kan verilirken bağış olarak ücret alınabilmesine imkân verirken 5627 sayılı Kanun, kan ve kan ürünlerinin maddi bir karşılık beklemeden verilebileceğini hükme bağlamıştır (Gümüş Umucu, 2019). Böylece ortaya çıkabilecek suiistimallerin önüne geçilmeye çalışılmıştır. 5627 sayılı Kanunun 3/c maddesinde “*Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınmasında ve verilmesinde bağışçı ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesi, tıbbî risklere karşı korunması, transfüzyonun güvenle yapılması ve transfüzyon sonrası bağışçı ve alıcının izlenmesi şarttır. Alıcı ve vericide ortaya çıkabilecek komplikasyonların bildirilmesi zorunludur. Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınması, kaydı, analizi, işlenmesi, depolanması, kullanılır hale getirilmesi, dağıtım ve kullanımını ilgilendiren kan bağışı, kan bağışçısı, hazırlayan kuruluş, kullanım yeri ve alıcı ile ilgili bütün verilerin yazılı veya elektronik ortamda kaydedilmesi ve otuz yıl süreyle saklanması zorunludur. Kan istek formu ve bağışçı sorgulama formlarının asılları ile kan bağışçısından alınan kan örneklerinin şahit numuneleri bir yıldan az olmamak üzere Bakanlıkça belirlenecek süreyle saklanır.*” denilerek hastaların güvenliğinin sağlanması, tıbbi gerekliliklere uygun teşhis, tedavi ve bakım, bilgi edinme, kayıtları inceleme ve rıza haklarına vurgu yapılmıştır (Özmen, 2015:117). Aynı Kanunun 3/ç maddesinde yer alan “*Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınması veya transfüzyonu hekimin sorumluluğu ve denetimi altında yapılır.*” hükmü ile sorumluluk hekime yüklenmiş, 3/f maddesinde ise “*Kan, kan bileşenleri ve ürünleri hizmetini yürütenler bağışçıya ilişkin kişisel bilgileri korumak, üçüncü kişilere vermemek, basına açıklamamak ile yükümlüdürler. Bu bilgiler ancak Bakanlığa verilir.*” hükmü ile kişisel veriler koruma altına alınmıştır (Özmen, 2015:118). Kanunun 6/10

maddesinde “*Kan yolu ile bulaşan bir hastalığı veya böyle bir hastalık taşıma riski olduğunu bilip, bu durumu saklayarak kan verenlere bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beş yüz gün adli para cezası verilir.*” denilerek güvenli sağlık hizmeti alma hakkı korunmak istenmiştir (Gümüş Umucu, 2019; Özmen, 2015:120).

Tıbbi ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle hasta haklarının korunmasında günümüz ihtiyaçlarına uyum sağlanması amacıyla 2014 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmenlik, Hasta Hakları Yönetmeliğinde kimi değişiklik ve eklemeler yapılarak eksiklerinin tamamlanması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2016a). Bu düzenlemeyle Hasta Hakları Yönetmeliği son şeklini almıştır.

1.3. Hasta Haklarının Sınıflandırılması

Tıp ve teknolojide yaşanan gelişmeler, hastaların hak ihlallerine karşı korunması ihtiyacını meydana getirmiştir. Bu ihtiyaç neticesinde bazı ülkelerde hasta hakları alanında yasal düzenlemeler yapılmıştır (Yüce, 2018). Bu alanda Türkiye’de gerçekleştirilen en önemli düzenleme 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliğidir. Hasta haklarının sınıflandırılmasında da bu yönetmelik esas alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bu yönetmelikte, insan haklarının bir alt dalı olan hasta hakları konusunda ayrıntılı bilgi ve tanımlara yer verilmiştir (Kaçan, 2018). Yönetmeliğe göre hastaların sahip olduğu temel haklar sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tıbbi araştırmalara ilişkin haklar ve diğer haklar olarak sınıflandırılmıştır (Yüce, 2018).

1.3.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Anayasanın sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasına ilişkin 56. maddesinde de belirtildiği üzere sağlık hizmetlerinden faydalanma, temel haklardan biridir (Yalvaç, 2011:38). Amaç, kapsam, dayanak, tanımlar ve ilkelerin açıklandığı I. bölümün ardından Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ikinci bölümü genel olarak sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkını tanımlamakta ve bu hakkı 9 kriterde açıklamaktadır. Bu kriterler sağlık hizmetinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı, ötenazi yasağı ve tıbbi özen gösterilmesi şeklinde sıralanmıştır (Özmen, 2015:510).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 6. maddesinde yer alan *“Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.”* hükmü ile hastaların, sağlık hizmetinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı olduğu belirtilmiş ve bu konudaki sorumluluk sağlık kuruluşu ile sağlık personeline yüklenmiştir (Yüce, 2018). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 2. maddesinde de Hasta Hakları Yönetmeliği'ne benzer şekilde hekim veya dış hekiminin, sağlık hizmetini sunarken, bireyin cinsiyeti, milliyeti, dini ve siyasi görüşüne yönelik ayrımcılık yapmaksızın hareket etmesi gerektiğine dair ifadeler yer almaktadır (Gümüş Umucu, 2019).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 7. maddesinde yer alan *“Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve*

kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulünü öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyeteye sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.” hükmü ile hastaların sağlık kuruluşlarından nasıl ve hangi şartlar çerçevesinde faydalanabileceklerini ve sağlık kuruluşlarının hizmet ve imkânlarının neler olduğunu öğrenme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir (Yardım, 2015). Sağlık kurum ve kuruluşları bu amaçla gerekli tertibatı hazırlamakla yükümlüdür.

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 8. maddesinde “Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.

Acil vak'alar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar.

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.” denilerek hastanın sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı olduğu belirtilmiş (zmen, 2015:511) ve bireylerin sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkının şekli ve sınırları açıklanmıştır.

Sağlık personelini tanıma, seçme ve değiştirme hakkı, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 9. maddesinde “*Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.*

Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.” hükmü ile tanımlanmıştır (zmen, 2015:511). Buna göre bireyler mevzuata uygun olması ve ücret farkının birey tarafından karşılanması halinde sağlık personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkına sahiptir (Gümüş Umucu, 2019). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 5. maddesinde yer alan “*Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta; tabibini ve diş tabibini serbestçe seçer.*” hükmü ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 8. maddesinde yer alan “*Yataklı tedavi kurumlarında mevcut her klinisyen uzmanın poliklinik hizmeti vermesine yönelik düzenleme yapılarak*

hastaların hekim seçmesine imkân sağlanır.” hükmü bireylerin hekim seçme hakkına yönelik diğer düzenlemelerdir (Yardım, 2015). Hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasına ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasına ilişkin usul ve esasları belirlemek amacı taşıyan Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge ise 2007 yılında yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında yayımlanan Personel Kimlik Kartları Yönergesi ile sağlık çalışanlarına yönergede belirtilen şartları taşıyan bir kimlik kartı taşıma zorunluluğu getirilmiştir. Bu düzenleme bireylerin hizmet aldığı sağlık çalışanını tanımaları konusunda kolaylık sağlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2009).

Sağlık hizmetlerinin sınırlı bir hizmet türü olması nedeniyle zaman zaman bireylerin tedavi ihtiyacının sıralanması gerekmektedir. Bu sınırlılık halinin hasta yararına yönetilmesi amacıyla Hasta Hakları Yönetmeliğinin 10. maddesinde öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı tanımlanmıştır. Bu tanıma göre “Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkânlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürlüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.” (Özmen, 2015:511). Bu hüküm 1982 Anayasasının eşitliği tarif eden 10. maddesine aykırı gözükmekle birlikte ve söz konusu maddenin 2. fıkrasında “Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz.” ve 3. fıkrasında “Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz.” denilmek suretiyle eşitlik

ilkesinin hangi durumlarda sınırlandırılabilceği belirtilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1982). Hasta Hakları Yönetmeliğinin 10. maddesi bu bağlamda Anayasa ile uyumluluk göstermektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2010/73-80 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi” de öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkına yönelik bir başka düzenlemedir (Yüce, 2018). Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi, 2016/22 ve 2017/10 sayılı Genelgelerle güncellenerek günümüz ihtiyaçlarına uyarlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Hastaların sahip olması gereken haklardan bir diğeri de tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkıdır (Özmen, 2015:512). Ancak bireyler, tıp alanındaki bilgi asimetrisi nedeniyle gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin tıbben gerekli olup olmadığına ilişkin yeterli bilgiye sahip değildir (Gümüş Umucu, 2019). Bu nedenle Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 11. maddesinde yer alan “*Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.*

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.” hükmü ile hastaların bu hakkı tanımlanmış ve buna ilişkin sorumluluk da sağlık personeline yüklenmiştir (Özmen, 2015:512). Hasta Hakları Avrupa Statüsü hasta vaktine saygı başlıklı 7. maddesi ile hekimin hastasına ayıracağı sürenin önemi vurgulanarak hizmetin mümkün olan en kısa sürede ve en iyi şekilde verilmesi gereğinin üstünde durulmuştur (Durur, 2019).

Anayasanın 17. maddesinde “*Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. ...*” denilmek suretiyle tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı belirtilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1982). Bu hükümle

uyumlu olarak Hasta Hakları Yönetmeliği de 12. maddesinde yer alan *“Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.”* hükmü ile sağlık çalışanlarına, bireye, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı getirmiştir (Özmen, 2015:512).

Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı ötenazi yasağı ile bağlantılıdır. Bu yüzden Hasta Hakları Yönetmeliğinin 13. maddesinde yer alan *“Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dâhil, kimsenin hayatına son verilemez.”* hükmü ile ötenazi açıkça yasaklanmıştır (Özmen, 2015:512). Dayanılmaz acılar içinde olan, ölümün kaçınılmaz olduğu, tıp ilminin verilerine göre iyileştirilme olanağının bulunmadığı durumlarda kişinin tıbbi yollarla öldürülmesi veya tıbbi yardımın kesilerek ölüme terk edilmesi anlamına gelen ötenazi (Nar, 2019); bazı ülkelerde serbest olmakla birlikte, Türkiye’de yasaktır. Lizbon Bildirgesi, Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, Bali Bildirgesi gibi uluslararası metinlerde de onurlu bir şekilde ölme hakkına atıf yapılmaktadır. Ötenazi yerine onurlu bir şekilde ölmenin sağlanması, hastanın iyileşemeyeceği durumlarda ölümüne dek geçen sürede acılarının azaltılması yoluna gidilmesi gerekmektedir (Gümüş Umucu, 2019).

Hastanın acılarının azaltılması ve onurlu bir ölüme imkân sağlanması hasta haklarından bir diğeridir. Hasta Hakları Yönetmeliğinin 14. maddesinde *“Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.”* denilerek bu hakka vurgu yapılmıştır (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998). Buna göre her sağlık çalışanı, sağlık hizmeti sunumunda hastaya gerekli tıbbi özeni göstermekle yükümlüdür.

1.3.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin üçüncü bölümü hastanın sağlık durumuyla ilgili bilgi alma hakkına yönelik olarak düzenlenmiştir. Bu bölümde bilgilendirmenin kapsamı, kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, bilgi vermenin usulü, bilgi verilmesi caiz olmayan ve tedbir alınması gereken haller, bilgi verilmesini yasaklama konularına ilişkin hükümler yer almaktadır (Özmen, 2015:512).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Tanımlar" başlıklı 4/ğ maddesinde bilgilendirme; *yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesi* olarak tanımlanmaktadır. Yönetmeliğin 15. maddesine göre hastaya; hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, muhtemel komplikasyonları, reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilmelidir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998). Sayılan hususlar, bilgi edinme hakkının kapsamını ifade etmektedir. Yapılacak bilgilendirmenin kapsamı tıbbi müdahalenin niteliği, hasta için hayati tehlike içerip içermeme durumu ve hastanın bilgi ve kültür düzeyine göre farklılık gösterebilmektedir (Yardım, 2015).

Hasta birey, sağlık durumuna ilişkin bilgi içeren her türlü dosya ve kaydı inceleme, bir kopyasını alma, hatalı tıbbi kayıtların düzeltilmesini isteme hakkına sahiptir. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Kayıtları İnceleme" başlıklı 16. maddesinde ve "Kayıtların Düzeltilmesini İsteme" başlıklı 17. maddesinde açıkça ifade edilmiştir (Özmen, 2015:513).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 18. maddesi “Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheyi yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.” demek suretiyle

bilgilendirmenin usulünü tarif etmektedir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998). Buna göre sağlık personeli hastanın tedirgin olmasına yol açmayacak şekilde, hastanın bilgi ve kültür düzeyine uygun olarak, mahremiyete azami dikkat ederek öncelikle hastanın kendisine bilgi vermelidir. Hastanın talebi halinde bilgilendirme, hastanın tercih ettiği başka bir kişiye de yapılabilir (Gümüş Umucu, 2019). Hastanın bu hakkının yanında bilgilendirme yapılmasını yasaklama hakkı da söz konusudur. Bu husus Hasta Hakları Yönetmeliğinin 20. maddesinde *“İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.”* hükmü ile açıkça ifade edilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 19. maddesi bilgi verilmesi caiz olmayan ve tedbir alınması gereken halleri tanımlamakta olup şöyledir: *“Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.*

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.” Bu maddeden bu hususun daha çok hekimin inisiyatifinde olduğu anlaşılmaktadır (Akdemir, 2015).

1.3.3. Hasta Haklarının Korunması

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin dördüncü bölümü hasta haklarının korunmasını tesis etmek üzere oluşturulmuştur. Hastalar, haklarının korunmasına yönelik olarak tıbbi müdahale sırasında mahremiyetlerinin korunmasını isteme, yapılacak işlemler için rıza gösterme ve bilgilerinin gizli tutulmasını isteme hakkına sahiptir (Özmen, 2015:515).

Arapça kökenli bir kelime olan mahremiyet gizlilik anlamına gelmekte ve kişiye özel olan, kişinin başkalarının bilinmesini istemediği her şeyi kapsamaktadır. Hipokrat Yemininde yer alan *“sanatımın icrası sırasında hastalarım hakkında edindiğim bilgileri saçmayacağım, sır olarak saklayacağım ve kimseye açıklamayacağım”* ifadesi, hekimlerin sır tutma yükümlülüğüne ve aynı zamanda mahremiyet konusuna atıf yapmaktadır (Akten, 2017). Sağlık hizmeti sunumunda mahremiyet ve gizlilik hakkını koruma yükümlülüğü yalnızca hekim ve sağlık personelinin sorumluluğunda değildir. Bu husustaki hak ihlalleri zaman zaman, hizmet veren kurumun fiziksel yapısı ve donanımından da kaynaklanabilmektedir (Akdemir, 2015). Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21. maddesinde *“Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.*

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.” denilerek mahremiyetin sağlanmasının esas olduğunu belirtmekte ve buna yönelik düzenlemelere yer vermektedir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 7. maddesi mahremiyet konusunu düzenlemektedir. Bu maddede “Poliklinik muayenelerinde gizlilik prensiplerine riayet esastır. Burada, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilir. Hastalar teker teker muayene edilir. Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimsenin bulunmaması gerekir. Ancak hasta isterse ailesinden biri veya bir yakını bulunabilir.” denilerek mahremiyetin genel çerçevesi çizilmiştir (Yardım, 2015).

Tıbbi müdahalede hastanın rızası Hasta Hakları Yönetmeliği’nin beşinci bölümünde tanımlanmış olsa da bu hakkın korunması aynı yönetmeliğin 22. maddesinde “Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama” başlığı ile şu

şekilde yer almıştır: “Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimın kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.”. Bu hak, 1982 Anayasasının 17. maddesinin 2. paragrafında yer alan “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” hükmü ile de anayasal düzeyde korunmaktadır (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1982)

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin üçüncü bölümünde tanımlanan sağlık durumuyla ilgili bilgi edinme hakkı, aynı yönetmeliğin 23. maddesinde belirtilen “Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.” hükmü ile koruma altına alınmıştır (Özmen, 2015:516).

1.3.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Tıbbi müdahale; bireylerin yaşamını, sağlığını ve vücut bütünlüğünü tehdit eden fiziksel/ruhsal birtakım anomalilerin ya da hastalıkların teşhisi, tedavisi veya ortaya çıkmamış ancak çıkması muhtemel hastalıkların önlenmesi; tedavinin mümkün olmadığı hallerde hastalığın hafifletilmesi, ilerlemesinin ve kötüye gitmesinin önlenmesi; hastanın acılarının dindirilmesi ya da nüfus planlaması amaçlarına yönelik olarak, resmi ehliyetli sağlık personeli tarafından tıp biliminin kabul edilmiş kurallarına ve gereklerine uygun olarak gerçekleştirilen faaliyetlerdir (Kahraman, 2016). Bu tanımdan anlaşılabacağı üzere bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun kabul edilebilmesi için; tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanması, aydınlatılmış hastanın rızasının olması ve bu müdahalenin gerçekleştirilmesinin tıp biliminin verilerine göre gerekli olması gerekmektedir (Kavlak Hukuk Bürosu, 2020).

Anayasanın 17. maddesi ile Türk Medeni Kanunu’nun 23. ve 24. maddeleri rızaya ilişkin hükümler içerirken (Yardım, 2015) Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 70. maddesinde rızaya ilişkin şu hüküm yer almaktadır: *“Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)*

Hilafında hareket edenlere ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası verilir. Bu Kanunda yazılı olan idarî para cezaları mahallî mülkî amir tarafından verilir.” (Özmen, 2015:44). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 14/2 maddesinde de benzer şekilde *“Tabip ve dış tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur.”* ifadesine yer verilmektedir (Durur, 2019).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 4/h maddesinde *“Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi”* olarak tanımlanan rıza (Özmen, 2015:509), aynı yönetmeliğin 22. maddesinde hasta haklarının korunması bağlamında değerlendirilmiş ve en nihayetinde aynı yönetmeliğin “Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası” başlıklı 5. bölümünde hastanın tıbbi müdahale sırasında sahip olduğu hak ve aşamalar hastanın rıza ve izni, tedaviyi reddetme veya durdurma, alışılmışın dışında tedavi usullerinin uygulanması, rızanın biçimi ve geçerliliği, organ ve doku alınmasına rıza, aile planlanması hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesi, rıza formu, rızanın kapsamı ve aranmayacağı haller olarak tarif edilmiştir (Kalyoncu, 2018).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24. maddesinde *“Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.*

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.” denilmek suretiyle rızanın hangi şartlarda aranıp hangi şartlarda aranmayacağı, rızanın kimden ve nasıl alınacağı açıkça belirtilmiştir (Özmen, 2015:516).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 25. maddesi tedavinin hangi durumlarda reddedilip hangi durumlarda durdurulabileceğini; 26. maddesi rıza formunun şekli, doldurulma usulü ve saklanması ile ilgili bilgileri; 27. maddesi alışılmış olmayan tedavilerin uygulanmasına ilişkin usul ve esasları; 28. maddesi rızanın şekli ve şartlarına yönelik bilgileri; 29. maddesi doku ve organ alınmasında rızanın şeklini; 30. maddesi aile planlanması hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesinin şeklini ve 31. maddesi ise rızanın kapsamını ve aranmayacağı halleri belirten hükümler içermektedir (Özmen, 2015:516).

1.3.5. Tıbbi Araştırmalarda Hasta Hakları

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 5/e maddesinde *“Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.”* denilmekte (Özmen, 2015:510) ve aynı yönetmeliğin 6. bölümü “Tıbbi Araştırmalar” başlığı ile tıbbi araştırmalarda hasta haklarını düzenlemektedir (Özmen, 2015:519). Hasta Hakları Yönetmeliğinin “Tıbbi Araştırmalarda Rıza” başlıklı 32. maddesi *“Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz.”*

Tıbbi araştırmalardan beklenen tıbbi fayda ve toplum menfaati, üzerinde araştırma yapılmasına rıza gösteren gönüllünün hayatından ve vücut bütünlüğünün korunmasından üstün tutulamaz.

Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmayan yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür.

Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.” hükmü ile tıbbi araştırmalarda kişinin rızasının yanında Bakanlığın iznini de şart koşmaktadır. Toplumsal faydanın yanında bireysel faydanın da gözetilmesi söz konusu maddenin bir diğeri şartını oluştırmakta ve bireyin rızasının, sağık personelinin sorumluluğunu ortadan kaldırmadığı belirtilmektedir (Yardımlı, 2015).

Hasta Hakları Yönetmeliğı'nin 33. maddesi tıbbi araştırmalarda gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesine ilişkin bir düzenlemedir. Aynı yönetmeliğın 34. maddesi tıbbi müdahalede hastanın rızasının şekil şartına bağılı olmadığını belirten 28. maddenin aksine tıbbi araştırmalarda rızanın yazılı şekil şartına tabi olduğı görölmektedir. Yönetmeliğın 35. maddesi tıbbi araştırmalarda küçüklerin ve mümeyyiz olmayanların durumunu izah etmekte iken 36. madde tıbbi araştırmalarda ilaç ve terkiplerin kullanımının, 29.11.1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabi olduğunu belirtmektedir (Özmen, 2015:520).

1.3.6. Diğer Haklar

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yedinci bölümü “Diğer Haklar” başlığını taşımaktadır. Hastaların güvenliğin sağlanması, dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret, refakatçi bulundurma, hizmetin sağlık kurum ve kuruluşu dışında verilmesi haklarına ilişkin düzenlemeler “diğer haklar” içerisinde değerlendirilmektedir (Özmen, 2015:521).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37. maddesi, sağlık kurum ve kuruluşlarına hastaların, refakatçilerin ve ziyaretçilerin can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri alma sorumluluğunu; 38. madde ise sağlık kurum ve kuruluşlarına, imkânları ölçüsünde bireylere dini vecibelerini yerine getirebilme imkânı sağlanması ve gerektiğinde hastaya manevi destek sağlamak amacıyla hastanın dini inançlarına uygun bir din görevlisi davet edilmesi sorumluluğunu yüklemektedir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998).

İnsani değerlere saygı gösterilmesi hasta haklarının temelini oluşturmaktadır. Bu hakka yönelik olarak Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 39. maddesinde “*Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri söz konusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerektiğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir. Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve*

esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükûnlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.” şeklinde bir düzenleme yer almaktadır (Özmen, 2015:521). Bu hak kapsamında hastaya birey olarak saygı gösterilmeli, güler yüzlü ve nazik hizmet sağlanmalı, gürültü gibi rahatsız edici şartlar giderilmeli, sağlığa uygun ortam sağlanmalı ve hastaların arasında ırk, dil, din, cinsiyet, sosyal ve ekonomik şartlar yönünden herhangi bir ayırım yapılmamalıdır (Yüce, 2018). Hastaların, sağlık hizmeti sürecinde sağlık kurum ve kuruluşunun şartlarına uyum sağlamak ve kendi sağlıklarını tehlikeye sokmamak şartıyla ziyaretçi bulundurma hakkı mevcuttur.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunucularındaki personel kaynağının yeterli olmaması sebebiyle hastaların refakatçi bulundurması zaman zaman şart olmakla birlikte mevzuatın ve kurum imkânlarının elverdiği ölçüde ve hastanın sağlık durumunun gereklerine göre, tedaviden sorumlu olan hekimin de uygun görmesi halinde ve hastanın talep etmesi üzerine refakatçi bulundurma hakkı söz konusu olabilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 40. maddesi ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 62. maddesi bu hakka ilişkin olarak yapılan düzenlemelerdir (Akdemir, 2015).

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 41. maddesi sağlık tesisi dışında alınabilecek sağlık hizmetlerine ilişkindir. Bu maddeye göre sağlık hizmeti; koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda, tıbbi sebeplerden dolayı hastanın sağlık kuruluşuna bizzat gidilemediği veya götürülemediği hallerde ve doğal afetler gibi olağanüstü hallerde sağlık kuruluşu dışında verilebilmektedir (Özmen, 2015:522).

1.4. Hastaların Sorumlulukları

Sağlık hizmetlerinin sağlık personeli ve hasta arasında işbirliği gerektiren çok taraflı bir yapı içermesi, hasta hakları kavramının yanında hasta sorumluluğu kavramının da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Hasta sorumluluğu, hastanın veya hasta yakınının sağlık tesisine başvuru öncesinde, sağlık hizmeti sunumu sırasında veya sonrasında yerine getirmesi gereken ödev ve yükümlülükler bütünü olarak tanımlanabilir. Hastaların sorumluluklarını yerine getirmemesi sonucu oluşacak tıbbi zarar tek başına hastanın sorumluluğunu doğurmamakla birlikte yasal hak arama sürecinde hastanın sorumluluklarını yerine getirmediğinin ispat edilmesi halinde tazminat davasının reddine veya tazminat miktarının düşürülmesi yönünde karar verilmesine yol açabilmektedir. Hatta sorumluluğun ihlalinin sağlık personelinin zarar görmesine neden olması durumunda hastanın tazminat yükümlülüğü dahi söz konusu olabilmektedir (Akdemir, 2015).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42/A maddesi hastaların uyması gereken kuralları;

“a) Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranır ve katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket eder.

b) Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verir.

c) *Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelmeli ve tedavisinin gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunur.*

ç) *Randevu tarih ve saatine uyar ve değişiklikleri ilgili yere bildirir.*

d) *İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir.*

e) *Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz.*

f) *Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında hasta hakları birimine başvurur.”* olarak belirtmektedir (Özmen, 2015:523). Bu madde ile hastalara genel sorumluluklar, sosyal güvenliğe ilişkin sorumluluklar, sağlık çalışanını bilgilendirme sorumluluğu, hastane kurallarına ve hastanın tedavisiyle ilgili önerilere uyma sorumluluğu yüklenmiştir (Akdemir, 2015).

Hastaların genel sorumluluğu; sağlığını korumak için azami gayreti gösterme, sağlıklı bir hayat için verilen önerilere uyma, ancak sağlık durumu uygun ise kan ve organ bağışında bulunma ve basit durumlarda kendi bakımını yapma şartlarını gerektirmektedir (Akdemir, 2015). Bunun yanında bireyler, mevcut sosyal güvenlik durumlarına ilişkin bilgiler ile sosyal güvenlik durumlarında meydana gelen herhangi bir değişmeyi sağlık tesisine bildirme sorumluluğuna da sahiptirler. Sağlık, sosyal güvenlik ve kişisel bilgilerde meydana gelen değişikliklerin kurumlara bildirilmesi ayrıca önem arz etmektedir (Kalyoncu, 2018).

Akdemir (2015), sağlık hizmeti, sağlık çalışanı ve hasta arasında işbirliği gerektiren çok taraflı bir süreçtir. Bu nedenle hastanın, sağlık çalışanını bilgilendirmek suretiyle bu sürece yardımcı olması gerekmektedir. Bu süreçte hastaların kişisel bilgilerini, tıbbi geçmişlerini ve varsa kullandığı ilaçları tam ve eksiksiz beyan etmesi sağlık hizmetinin güvenliğini sağlayacak, olası komplikasyonları ve hak kayıplarını önleyecektir demektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda sağlık kurum ve kuruluşlarının bir takım kuralları vardır. Hasta ve hasta yakınları bu kurallara uymakla yükümlüdür. Poliklinik saatleri ile randevu saatlerine riayet etmek, acil durumlar ve mevzuatta belirtilen durumlar hariç öncelik talep etmemek sağlık hizmeti sürecini kolaylaştırmakta ve hak ihlalini önlemektedir (Kalyoncu, 2018). Bununla birlikte hastaların tedavisiyle ilgili önerilere uyması da sağlık hizmeti sürecine olumlu katkı sağlayan bir diğer önemli sorumluluktur. Hekimin ngrdğ tedavi ve tavsiyelere uymayan hastanın tedavisinin başarısızlığı durumunda zarar ortaya çıkması halinde hekim sorumlu tutulmamakta ve tazminat yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır. Akdemir (2015), hastanın; tedavisi ve ilaçlarıyla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemesi, anlayamadığı yerleri sorması, tedaviyle ilgili önerilere uyum sağlayamaması durumunda bunu sağlık çalışanına bildirmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Hasta haklarının korunmasında sorumluluk yalnızca hastaya yüklenmemektedir. Bu bağlamda, Hasta Hakları Yönetmeliği sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumluluğu, devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personelin sorumluluğu ve kamu personeli olmayan personelin sorumluluğunu ayrı ayrı tanımlamıştır. Yönetmelik ayrıca sorumluluğun tespit usulü ile uygulanacak müeyyidelere ilişkin düzenlemeleri de içermektedir (zmen, 2015:525).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 43. maddesinde hasta haklarının ihlali durumunda personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi

ya da hem maddi hem manevi tazminat davası açılabilceği belirtilmiş ve aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde izlenecek yol açıklanmıştır. Yönetmeliğin 44. maddesinde hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamının veya bunlardan bir kısmının doğabileceği ve bu sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyidelerin uygulanacağı belirtilmiştir. 45. maddede kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikâyet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, olayın takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce ya da Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirileceği belirtilmiştir. 46. maddede hasta haklarının, devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler; “a) *Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğu disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.*

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40 ıncı maddesinin ikinci fıkrası, 129 uncu maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu

personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır.

Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.” olarak açıklanmıştır (Özmen, 2015:525). Kamu görevlisi olmayan personelin sorumluluğunu açıklayan 47. maddeye göre “a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikâyeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikâyet yoluyla gerçekleştirilebilir.” (Özmen, 2015:527). Ayrıca Yönetmeliğin 48. maddesinde sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkililerini, Hasta Hakları Yönetmeliği ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının gereği gibi kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile Hasta Hakları Yönetmeliğinde gösterilen hasta haklarını bir liste, tabela

veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılabilecek uygun yerlerinde bulundurmak da dâhil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkili kılınmıştır (Özmen, 2015:528).

Yukarıda belirtilen mevzuat hükümlerinden anlaşılabileceği üzere hasta haklarının ihlali durumunda hasta ve hasta yakınlarının müracaat, şikâyet ve dava hakkı mevcuttur. Hasta, sağlık hizmeti alırken bir sorun yaşadığında veya hakkının ihlal edildiğini düşündüğünde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42/A maddesinin f bendinde belirtildiği üzere hasta hakları iletişim birimine başvuru hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 42/B maddesinin başlığında yer alan “hasta iletişim birimleri” ibaresi “hasta hakları birimleri” olarak değiştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde hasta hakları birimleri ile hasta hakları kurullarının kurulması ve sertifikalı eğitimler düzenlenmesi öngörülmüştür. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42/B ve 42/C maddeleri bu kurulların görevleri ile çalışma usul ve esaslarına ilişkin düzenlemeler içermektedir (Özmen, 2015:523).

1.5. Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Kurullarının Yapısı ve İşleyişi

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin “Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları” başlıklı sekizinci bölümü hastalara, hak ihlali durumunda izlemeleri gereken yolu tarif etmektedir. Hak ihlali durumunda hastaların, nereye müracaat edeceklerini bilmeleri hak arama konusunda hastalara büyük kolaylık sağlamakta ve sağlık kurumları içerisinde yer alan hasta hakları birimleri işleyişi hızlandırmaktadır (Gümüş Umucu, 2019).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42/B maddesinde “*Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde hasta hakları birimleri oluşturulur.*”

İl sağlık müdürlüğü; üniversite hastaneleri özel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmek, karara bağlamak, öneri sunmak ve düzeltici işlemleri belirlemek üzere Hasta Hakları Kurulu oluşturur.” denilerek (Özmen, 2015:523) hak ihlali durumunda hasta ve yakınlarının sağlık tesislerinde karşılarında muhatap bulmalarına, sorun ve önerilerini iletebilecekleri bir yer veya mekanizma gereksinimlerini karşılamaya yönelik düzenlemeye yer verilmiştir (Aydemir, 2010).

27 Mayıs 2005 tarihli Hasta Hakları Uygulama Yönergesi kapsamında yer alan sağlık kurum ve kuruluşlarında, hasta hakları uygulamalarına herkesin insan haysiyetine yakışır şekilde ulaşabilmesi, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine yönelik olarak hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamak amacıyla (Türk Tabipleri birliği, 2005); her hastanede hasta hakları birimi kurulması bir zorunluluktur (Aydemir, 2010, s. 51). Hasta Hakları Birimlerinde çözümlenemeyen başvuruların çözüm mercii, her ilin sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan hasta hakları kurullarıdır.

Hasta hakları kurulu, il sağlık müdürü veya müdürlük temsilcisinin başkanlığında; şikâyet edilen personelin varsa üyesi olduğu kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarından bir temsilci, şikâyet edilen personelin varsa üyesi olduğu işyeri sendika temsilcisi, şikâyet edilen personelin görev yaptığı kurumun ildeki üst yöneticisi tarafından görevlendirilen bir kurum temsilcisi; özel

sağlık kuruluşlarında ise kuruluşun üst yöneticisi tarafından belirlenen bir temsilci, hasta hakları derneklerinden, yoksa tüketici derneklerinden bir temsilci, ildeki insan hakları kurulundan bir temsilci ve valilikçe görevlendirilen bir vatandaş üyeliğinde oluşturulur. Birden fazla hasta hakları derneğinin veya tüketici derneğinin başvurması halinde dernek temsilcisi, il sağlık müdürlüğünce kura yoluyla belirlenir. İhtiyaç duyulması halinde il sağlık müdürlüğünce birden fazla kurul oluşturabilir (Özmen, 2015:523).

Hasta Hakları Kurulunun görevleri, çalışma usul ve esasları, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 42/C maddesinde “a) Kurul, sağlık kurum ve kuruluşu tarafından yerinde çözülemeyen yazılı ve/veya elektronik başvuruları değerlendirir.

b) Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranış sebebiyle kurul tarafından verilen ihlal kararları, ilgili sağlık kurum ve kuruluşuna ve ilgili personele yazılı olarak tebliğ edilir. Son altı ay içerisinde ikiden fazla hak ihlali kararı verilen sağlık meslek mensubu hakkındaki dosya 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunun 23 üncü maddesinin yedinci fıkrasının (b) bendi hükmüne göre Sağlık Meslekleri Kuruluna gönderilir.

c) Kurul, gerek görürse hasta hakları ihlaline sebep olabilecek uygulamaları inceler ve hasta haklarının geliştirilmesi için öneri ve düzeltici işlem belirlenmesine karar verir. Sağlık kurum ve kuruluşu belirlenen süre içinde gerekli önlemleri alır, girişimlerde bulunur ve yapılan işlem hakkında kurulu bilgilendirir.

ç) Sekreteryaya hizmetleri il sağlık müdürlüğü hasta hakları koordinatörlüğünce yürütülür.

d) Kurul, başvurunun kurula ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içerisinde başvuru hakkında karar verir.

e) Kurul, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve toplantıya katılan üyelerin salt çoğunluğu ile karar alır. Karara itirazı olan üyelerin karşı oy gerekçeleri, kararın altına özet olarak yazılır.

f) Kararlar, üyeler tarafından imzalanarak dosyalanır. Kararlar ilgili sağlık kurum ve kuruluşu ile başvurana bildirilir.

g) Hasta hakları birimine yapılan başvurular ve kurulda görüşülen dosyalar gizlidir, hiçbir şekilde üçüncü kişilere bilgi verilemez. Bilgi ve dosyalar resmi olarak talep edilmesi kaydıyla idari soruşturma yapan incelemeciye ya da adli mercilere gizliliğe riayet edilerek verilir. Kurul üyeleri gizliliğe riayet etmekle yükümlüdür.

ğ) Kurul gerek gördüğünde ilgilileri kurula davet edebilir.

h) Sivil toplum temsilcisi ve sendika temsilcisi olan üyelerin görev süresi takvim yılıdır. Komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Süresi dolan üyeler tekrar görevlendirilebilir. Kurul toplantılarına mazeretsiz olarak üst üste üç defa katılmayan üyenin üyeliği sona erer ve bu kişiler üç yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez. Herhangi bir sebeple boşalan üyelik için kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye seçilir.

ı) Tıbbi hata iddialarına ilişkin başvurular kurul tarafından değerlendirilmez.”
olarak açıklanmıştır (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998).

İl sağlık müdürlüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği uygulamalarına aykırı davranışta bulunduğunu tespit ettiği kurul üyelerinin üyeliğine son verir ve bu üyeler beş yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemezler. Ayrıca, hasta hakları kurulu kararlarının özeti, şikayet edilen kişi isimlerine yer verilmeksizin il sağlık müdürlüğünün internet sayfasında duyurulur (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1998).

Hukuk devletinde hak arayışı, bağımsız yargıda karşılık bulabilmektedir ancak bireylerin, yargıda geçen zaman diliminden dolayı zaman zaman hak arama gayesinden vazgeçtiği görülmektedir (Gümüş Umucu, 2019). Böyle durumlarda bireyler şiddet eylemini, çözüme yönelik bir yol olarak görebilmektedir.

1.6. Şiddetin Kavramsal Çerçevesi ve Sağlık Hizmeti Sunumunda Yaşanan Şiddet Olayları

DSÖ, hayatın her alanında var olan ve tarihi insanlık tarihi ile eşdeğer olan (Uludağ ve Zengin, 2013) şiddeti; bireyin kendisine, bir başkasına veya bir guruba karşı gerçekleştirdiği yaralama, ölüm, psikolojik zarar, gelişim geriliği ya da ihmal ile sonuçlanabilen kasıtlı güç kullanımı tehdidi olarak tanımlamaktadır. Ruhsal ve fiziksel etkileri ile ortaya çıkan şiddet; sözel, fiziksel ve cinsel şiddet olarak üç ana başlıkta sınıflandırılmaktadır (Kuruöz, 2016; Aytaç ve ark., 2010).

İşyerinde şiddet, çalışan verimliliğini ve güvenliğini doğrudan etkileyen, çalışanın yaptığı işe ilişkin olarak istismar edildiği veya saldırıya uğradığı eylemdir (Aytaç ve ark., 2010). Sağlık işyerlerinde şiddet ise; sağlık çalışanı için risk oluşturan, hasta, hasta yakını veya diğer herhangi bir bireyden gelen sözel, fiziksel ve cinsel saldırı içeren durumdur (Ayrancı ve ark., 2002; Kuruöz, 2016). Aşağıda şiddet olgusu tüm yönleriyle ele alınarak açıklanmıştır.

1.6.1. Kavramsal Olarak Şiddet

Bireysel ve toplumsal huzur ve refahın sağlanabilmesi için toplumun bazı yasa ve uluslararası beyannamelerle düzenlenmiş bir takım kurallara uyması gerekmektedir. İnsanların yasalar ile güvence altına alınan yaşama, korunma, sağlık, düşünce, çalışma, seçme ve seçilme hakkı gibi temel haklarını kısıtlamaya, engellemeye veya kişilerin elinden almaya çalışmak; kişilerin güvenliğini, sağlığını, huzurunu, toplumdaki rollerini tehdit eden şiddet olaylarını ortaya çıkarmaktadır (Dikici, 2018).

İnsanın biyolojik, sosyal ve psikolojik bir canlı olması; toplumsal olarak geleneksel ve dini şekilde yapılanması; tarihsel olarak var olması gibi sebeplerle şiddet, tek bir nedenle açıklanamayacak karmaşık bir olgudur. Bu nedenle şiddetin tek bir bilim dalı ile değil hukuk, siyaset, psikoloji, sosyal antropoloji, sosyoloji gibi bilim dalları ile birlikte değerlendirilmesi ve bu şekilde araştırılması gerekmektedir. Şiddet geçmişten günümüze toplumun en küçük yapısı olan aile içinde meydana gelen sözlü şiddetten ülkeler arasında yaşanan savaşlara kadar değişen düzeylerde olagelmıştır (Yeşiltaş, 2018).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde (2020); bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğînlik, sertlik; karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma; kaba güç; duygu veya davranışta aşırılık olarak tanımlanan şiddet kavramı, kökenini Arapçadan almaktadır. Bireyi korkutmak veya sindirmek amacıyla yapılan her türlü olay ve girişim ise şiddet olayı olarak adlandırılır (Yeşiltaş, 2018).

Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) şiddeti; sahip olunan gücün, yaralanma, ölüm ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek bir şekilde başka bir insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanması olarak tanımlarken Avrupa Komisyonu, “kişinin saldırıya uğradığı, tehdit edildiği, kişinin sağlığına, güvenliğine, iyilik haline yönelik içsel ya da dışsal değişime neden olan açık olaylar olarak tanımlar (Usluoğulları, 2019).

Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanunun 2/d maddesinde “*Şiddet: Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel, psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı*” olarak tanımlanmaktadır (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2012a).

Yapılan bir başka tanıma göre şiddet; karşılıklı ilişkiler ortamında taraflardan bir veya bir kaçının doğrudan veya dolaylı olarak toplu veya dağınık bir şekilde diğerlerinin bedensel bütünlüğüne, törel (ahlaki, manevi) bütünlüğüne ya da mallarına yahut simgesel ve kültürel değerlerine, oranı ne olursa olsun zarar verecek tüm davranışlarını kapsar (Yeşiltaş, 2018). Şiddet olgusu için yapılan tanımlar neticesinde ortaya çıkan ortak öğeler; kişinin canını acıtmak, yaralamak veya öldürmek; maddi unsurlara zarar vermek amacıyla güç kullanmak; yasalara aykırı bir

durumu yerine getirmek için şiddete başvurmak; toplumsal ilişkilerde kabul edilmeyen davranışlarda bulunmak ve kişinin duygusal ve ruhsal sağlığını bozacak eylemlerde bulunmaktır (Demirci, 2018).

Şiddet olgusu; kalıtsal etkenler, içgüdüler, kişilik özellikleri, engellenme karşısında verilen tepki biçimi, toplumsal ve kültürel etkenler, merkezi sinir sistemindeki ileticiler ve hormonlara kadar pek çok faktörden etkilenmektedir. Kısacası şiddet, saldırgan dürtülerde artma ve bu dürtülerin içsel kontrolünde azalma sonucu ortaya çıkmaktadır. Türü ya da nedeni ne olursa olsun şiddet, temelinde bir güç dengesizliği olan; güçlünün güçsüz üzerinde egemenlik kurma, isteklerini kabul ettirme baskısı üzerine kurulu, dengelerin bozulduğu, yaşamın tehdit edildiği bir davranış türüdür ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Altınok, 2018).

Şiddet eylemi bir süreçtir ve aşamalı olarak gerçekleşir. İlk aşamada kişiler kendi değer ve amaçlarına ters düşen durumlar karşısında uyarılırlar. İkinci aşamada kişinin karşılaştığı duruma karşı stres oluşur ve kişi, duygusal ve fiziksel olarak gerilir. Üçüncü aşamada kişi stresle baş edebilme yeteneğine sahip ise şiddet olayı gerçekleştirmemekte, aksi halde kişi kontrolü kaybetmektedir. Bundan sonraki aşama ise kontrol mekanizmasına bağlı olarak gelişen psikolojik ve fiziksel tepkilerin verilmesi, yani şiddetin meydana gelmesidir (Dikici, 2018).

1.6.2. Şiddetin Türleri

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Adalet İstatistiklerine göre 2008 yılında ceza infaz kurumuna giren 76607 hükümlünün %35,37'si şiddet içerikli suç türlerinden ceza alan hükümlülerden oluşmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu,

2020a). Bireyin kendine uyguladığı şiddet olan intihar vaka sayısı 2008 yılında 2816 iken 2018 yılında bu sayı 3161'e yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020b).

DSÖ, şiddeti sınıflandırmanın çok zor olduğunu belirtmekte ve şiddet tiplerinin çoğu zaman birbiriyle çakıştığını ifade etmektedir (Özdemir Takak, 2017). Şiddet kavramının sınırlarını net çizgilerle belirlemek mümkün olmamakla birlikte şiddet; uygulayanlar açısından bireyin kendine yönelttiği şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olarak sınıflandırılmaktadır (Yeşiltaş, 2018). Uygulama biçimlerine göre şiddet ise, çeşitli kaynaklarda farklı şekillerde sınıflandırılmış olsa da genel olarak fiziksel şiddet ve psikolojik şiddet olarak iki ana gruba ayrılmaktadır (Usluoğulları, 2019).

1.6.2.1. Uygulayanlar Açısından Şiddet Türleri

Uygulayanlar açısından şiddet bireyin kendine yönelttiği şiddet, kişiler arası şiddet ve kolektif şiddet olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır (Öner, 2018). Bireyin kendine yönelttiği şiddet alkol ve madde bağımlılığı gibi bedene zarar verici uygulamalar, kişinin kendini yaralaması ve intihardır (Yeşiltaş, 2018). Madde bağımlılığı bireyin, kullandığı maddeyi bırakmak istemesine rağmen kendi iradesiyle bırakamaması, bırakmaya çalıştığı zaman yoksunluk belirtilerinin oluşması ve tüm bu zararları bildiği halde söz konusu maddeyi kullanmaya ve dozunu arttırmaya devam etmesi olarak tanımlanmaktadır. Madde kullanımı ve satışı Türkiye'de ve birçok ülkede suç olarak görülmekte ve madde kullanan bireyler suçlu olarak görülüp toplumdan dışlanmaktadır (Yılmaz, 2019). DSÖ tarafından kişinin kendini kasten öldürme davranışı olarak tanımlanan intihar ise (Yağdıran, 2019) daha çok sonlandırılmış/tamamlanmış intihar şeklinde kullanılsa da intihar eyleminin ölümle sonuçlanmadan durdurulduğu olgular da intihara kalkışma veya intihar girişimi

olarak tanımlanmaktadır (Usluoğulları, 2019). İntihar olguları bireyin kendine yönelttiği şiddetin en bilinen örneğidir.

Uygulayanlar açısından şiddetin ikinci grubu bireyler arası şiddettir. Bireyler arası şiddet; aile içi şiddet ve topluluk şiddeti olarak ikiye ayrılmaktadır (Erdem, 2018). Aile içi şiddet; kendi kendine yeterli olma araçlarına ulaşma olasılığı olmayan ya da sınırlı olan bireyler olarak tanımlanan dezavantajlı (çocuklar, kadınlar ve engelli) bireylere (Elmas, 2018) karşı, aile bireyleri tarafından gerçekleştirilen şiddet eylemidir. Aile bireyi olan kadına yönelik şiddet, çocuğa yönelik şiddet, yaşlı şiddeti/yaşlıya yönelik şiddet, akranlar arası şiddet, engelli şiddeti ile lezbiyen, gay, biseksüel, transseksüel bireylere yönelik şiddet, bu tür şiddet eylemlerine örnek olarak gösterilebilir. Topluluk içi şiddet; birbiriyle ilişkisi olmayan, birbirini tanıyan ya da tanımayan bireyler arasında ve genellikle ev dışında gerçekleşen şiddet eylemleridir. Gençler arası şiddet, yabancılar tarafından tecavüz veya cinsel saldırı olayları, okul, işyeri, hapishane ve bakım evlerinde meydana gelen şiddet eylemleri bu grupta yer almaktadır (Usluoğulları, 2019).

Kolektif şiddet de denilen topluma yönelik şiddet eylemleri politik, ekonomik veya sosyal hedeflere ulaşmak amacıyla kendilerini bir grubun üyeleri olarak tanımlayan kişilerce başka bir gruba ya da bireye karşı şiddetin bir araç olarak kullanılmasıdır (Usluoğulları, 2019). Bireyin kendisine yönelttiği şiddet ve bireyler arasında oluşan şiddet eylemlerinin aksine kolektif şiddet, devletler ya da geniş gruplar tarafından uygulanır. Organize gruplar tarafından işlenen nefret suçları, terörist eylemleri ve mafya şiddeti de kolektif şiddete örnek olarak verilebilir (Yeşiltaş, 2018).

1.6.2.2. Uygulama Biçimleri Açısından Şiddet Türleri

Uygulayanlar açısından şiddet türleri tek bir bireyin kendisine şiddet uygulamasından toplumların birbirine şiddet uygulamasına kadar geniş bir yelpazede görülmektedir (Yeşiltaş, 2018). Şiddetin uygulanışı ve uygulandığı kişiler dikkate alındığında şiddet farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir (Altınok, 2018). Şiddet tiplerini kategorize etmenin çok zor olduğunu ve şiddet tiplerinin çoğu zaman birbirleriyle çakıştığını ifade eden DSÖ şiddeti, fiziksel şiddet ve psikolojik şiddet olarak iki ana gruba ayırmaktadır (Özdemir Takak, 2017).

Fiziksel şiddet; doğrudan temas veya bir eşya, araç ve hayvan ile ya da fiziksel üstünlüğün kullanılmasıyla; korkutucu, tehdit edici bir beden dili, yüksek ses tonu ve tahakküm edici jest ve mimiklerle sergilenen her tür tutum ve davranış biçimidir (Altınok, 2018). Bir bireye veya gruba karşı fiziksel, cinsel ya da psikolojik olarak zarar oluşturmak için fiziksel gücün kullanılmasının (Ataş, 2019) etkileri uzun sürelidir. Şiddetin tanımı incelendiğinde fiziksel şiddet; ölçülebilir tek şiddet türü olarak ortaya çıkmaktadır (Yeşiltaş, 2018). Tokat, yumruk ve tekme atma, itme, sertçe tutup sarsma, bağırma, sıkıştırma, bir yere kilitleme, tehlikeli bir yerde yalnız başına veya korktuğu bir şeyle baş başa bırakma, kesici, delici bir alet ya da silahla tehdit etme ya da zarar verme (Aktaş, 2014; Altınok, 2018) ile ısırma ve elle sarkıntılık yapma gibi her türlü cinsel eylem, fiziksel şiddet olarak tanımlanır (Ataş, 2019).

Bireylerin bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen, buna paralel olarak örgütlerin verimliliği azaltan ve sonuç olarak maliyetlerin artmasına neden olan psikolojik (duygusal) şiddet (Dal, 2018); bir bireye ya da gruba yönelik fiziksel, ruhsal, manevi, ahlaki ya da sosyal gelişime zarar verebilecek ve fiziksel kuvvetle tehdit de dâhil kasıtlı güç kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Sözel şiddet, mobing, cinsel şiddet ve ekonomik şiddet, psikolojik şiddet türü içerisinde yer almaktadır (Özdemir Takak, 2017).

Psikolojik şiddet türlerinden biri olan sözel şiddet bireyin cinsiyeti, ailevi durumu, engel durumu, cinsel tercih ve yaş gibi özelliklerini hedef göstermek suretiyle rahatsız edici sözlerle yapılan taciz olarak tanımlanmaktadır (Bozkurt Sakallı, 2017). Sözel şiddet kısaca söz ve hareketlerin bireyi korkutma, sindirme, cezalandırma ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (Sarıkaya, 2019). Etkileri kolay fark edilemeyen sözel şiddet bireyin öz saygınlığına ve benliğine zarar vermekte, fizyolojik ve duygusal hasarlara neden olmaktadır (Kaya, 2017).

Mobbing, psikolojik şiddet türlerinden biri olup bir ya da bir kaç birey tarafından, diğer bir birey ya da guruba, sistematik biçimde düşmanca ve ahlak dışı uygulamalarla birlikte ortaya çıkan “psikolojik şiddet” ya da “psiko-terör” olarak tanımlanmaktadır. Taraflar arasında güç dengesizliği ile karakterize edilen ve insanlar arasındaki bir ilişki olan mobbing, saldırgan bir tutumdur, kasti olarak zarar vermeyi amaçlayan bir süreci kapsar ve zamanla tekrarlanır (Çiçeklioğlu, 2016). Dikey ve yatay olmak üzere iki tip mobbing türü vardır. Dikey mobbing hiyerarşik bir şiddet türü olup asttan üste ve üstten asta olmak üzere iki şekilde gerçekleşebilmektedir. Yatay mobbing ise eşitler arasında gerçekleşir (Dikici, 2018).

Cinsel şiddet, psikolojik şiddetin bir diğer çeşididir ve DSÖ tarafından herhangi bir kişiye ev ya da iş ortamı da dahil herhangi bir ortamda cinsel eylem, cinsel içerikli bir davranışa teşebbüs etme, istenmeyen cinsel yorum ve girişimler yapılması ya da yapılma girişiminde bulunulması olarak tanımlanmaktadır (Dikici, 2018). Cinsel şiddet; cinsel şakalar, muzipçe takılmalar, ilişki teklif etmek suretiyle sözlü bir şekilde gerçekleşebileceği gibi ve cinselliği ifade eden hareketler, materyaller ve vücut dili kullanmak suretiyle sözsüz olarak da gerçekleşebilmektedir. Cinsel şiddete maruz kalan bireylerin büyük bir çoğunluğu korku, öfke, depresyon, ağlama krizleri, anksiyete, aşırı hassaslık, özsaygısını yitirme, aşağılık ve değersiz hissetme gibi duygusal problemler yaşamaktadırlar (Demirci, 2018). Cinsel şiddet eylemlerinin büyük bir kısmı fiziksel şiddet de içermektedir (Altınok, 2018).

Psikolojik şiddetin bir diğer türü olan ekonomik şiddet, para ve diğer ekonomik kaynakların birey üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır (Altınok, 2018). Ekonomik şiddet bireyi aç bırakmak, ev halkına gerekli olan maddi yardımı yapmamak, bireyin çalışmasını istememek, çalışan bireyin kazancına el koymak, kazancın bireylerden gizlenmesi, bireyin varlığının (mal, mülk) ve giderlerinin denetlenmesi, mevcut gelirin tek bir bireyin kişisel zevklerine harcanarak ev halkının ihtiyaçlarından kısılması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Durmuş, 2019). Çoğunlukla alt gelir seviyesinde çalışanların yaşamını tehdit eden ekonomik şiddet türünün ortaya çıkmasında enflasyonun yüksek olması, işsizlik oranlarının kabul edilebilir seviyenin üstünde olması ve sosyal güvenlik imkânlarının yetersiz olması, insani seviyede yaşamayı engelleyen unsurlar arasında ücretlerin yetersiz olması ve yaşamsal ihtiyaçların pahalı olması gibi unsurlar etkili olmaktadır (Tokgöz, 2019). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 23. maddesi herkesin çalışma, işini özgürce seçme, adil ve elverişli koşullarda çalışma ve işsizliğe karşı korunma hakkı olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla bireyi ekonomik kaynak ve varlıklardan yoksun bırakmak, temel insan haklarının ihlalidir ve açıkça bir şiddet türüdür (Öngay, 2019).

Şiddetin cinsel, ekonomik, sosyal ve psikolojik şiddet olmak üzere pek çok şekli olsa da gerek kamuoyunda gerek basında, şiddet türlerinden daha çok fiziksel şiddet üzerinde durulmaktadır. Bu yaklaşımın nedeni şiddetin toplumsal algılanışıdır. Sosyolojik bir kavram olan algı, bireyin olay, olgu ve içinde bulunduğu toplumun diğer üyeleri hakkında geliştirdiği bakış açısıdır (Aslan ve Şeker, 2019). Hangi eylemin şiddet olarak kabul edileceği, hangi eylemin şiddet olarak kabul edilmeyeceği toplumun şiddet algısına göre şekillenmektedir (Dağ, 2017). Bu nedenle şiddet, psikolojik, sosyo-kültürel, biyolojik ve çevresel bakış açılarıyla incelenmesi gereken çok yönlü bir olgudur (Arslan, 2019).

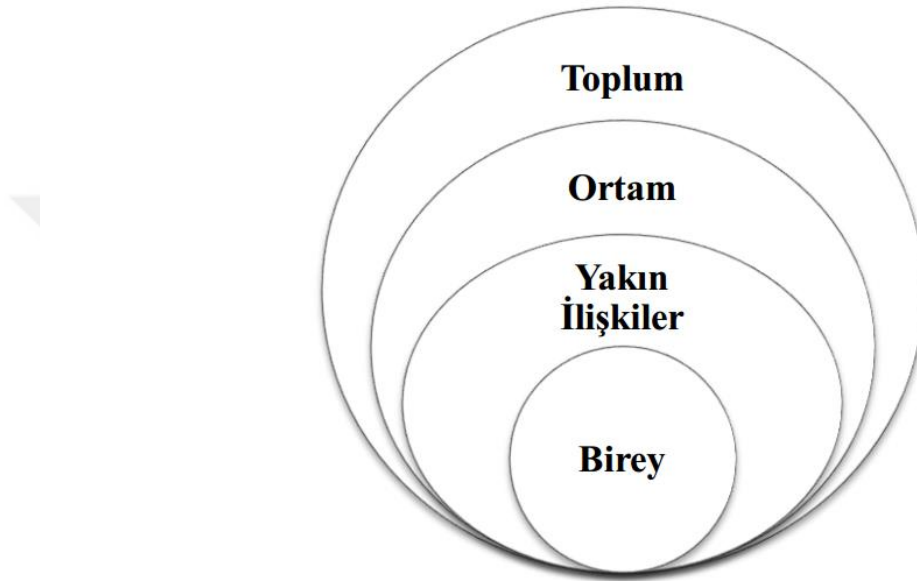
1.6.3. Şiddetin Nedenleri

Ekonomik, psikolojik ve toplumsal boyutları olan şiddet, çok yönlü bir kavramdır. Yapılan araştırmalar; toplumların nüfusları ile bireyler arasındaki iletişim ve mesafe problemlerinin artması ve insanların çevreye egemen olması ile birlikte saldırganlık dürtülerini kullanmaya başladıklarını ortaya koymaktadır. Bu nedenle şiddet olgusunu tanımlarken sadece birey değil, meydana geldiği ortamdaki kültür ve etkileşim de incelenmelidir. İnsan, kültür ve çevre ayrılmaz bir bütündür. Bu nedenle çevrenin bozulması, kültürün yozlaşmasına, insanın beden ve ruh yapısında değişimlere, bozulmalara ve bundan kaynaklı olarak şiddetin artmasına neden olabilmektedir (Tokgöz, 2019). İşsizlik, göç, bilinçsiz çocuk yetiştirme ve eğitimde duyarsızlık gibi birçok sorun beraberinde şiddeti de getirmektedir (Arslan, 2019).

Şiddete neden olan faktörlerin açıklanması, şiddeti önlemeye yönelik çözüm önerilerinin ortaya konmasında oldukça önemlidir. Şiddete neden olan faktörler kısaca; insanın doğasında var olan şiddet eğiliminin yararlı, olumlu eylemlere çevrilememesi, yetiştiriliş şekli olarak çocukluktan itibaren sorunların şiddet kullanılarak çözülmesi alışkanlığı, şiddet içerikli görüntülere medyada çok fazla yer veriliyor olması, toplumda güçlü olanın haklı olduğu algısı nedeniyle güç kullanılarak haklı görünme güdüsü ve genel olarak konuşma, sorunu tespit edip çözüm yaratmaya çalışma, karşı tarafı dinleme ve empati yeteneklerinin zayıf olması şeklinde sıralanabilir (Dikici, 2018).

Kişiyi şiddet uygulamaya iten pek çok sebep vardır. Şiddeti inceleyenler, şiddetin doğuştan gelen bir eylem olduğunu ve zamanla yaşam içinde ihtiyaç duyduğumuzda ortaya çıktığını veya şiddetin sonradan öğrenilen bir davranış olduğunu belirten iki farklı kuram üzerinde durmaktadırlar. DSÖ ise şiddeti tanımlamak amacıyla, kişiyi merkeze alıp kişinin çevresiyle olan etkileşimini farklı seviyelerde tanımlayarak kişilerin nasıl geliştiğini açıklayan Bronfenbrenner'in (1978) ekolojik gelişim kuramından yararlanarak bir ekolojik model geliştirmiştir.

Modelde şiddet uygulayan bireylerin neden şiddet uyguladığını, bazı toplumlarda şiddetin neden daha fazla görüldüğünü anlamaya yönelik birçok faktör tanımlanmaktadır. Bu model, merkezleri aynı olan ve Şekil 1.1. ile şematize edilen dört daire ile gösterilmektedir (Arslan, 2019).



Şekil 1.1. Şiddet Ekolojik Modeli (**Kaynak:** Arslan, 2019.)

Ekolojik şiddet modelinin gösterildiği Şekil 1.1.'de yer alan dairelerin en içte olanı, bireysel faktörler olan kişinin biyolojisi ve kişisel gelişimini; ikinci daire, kişiler arası ilişkileri içeren ve genellikle aile veya diğer yakın tanıdıklarını kapsayan ortamı; üçüncü daire, kişinin yaşadığı çevre, işyeri ve sosyal ilişkilerini gerçekleştirdiği yakın çevre, arkadaş grupları ve etkileşimde olduğu kurumları; dördüncü daire ise topluma ait kültürel ve ekonomik öğeleri ifade etmektedir. Bu öğelerin kişiler üzerindeki etkisi 1. daireden 4. daireye doğru azalmaktadır (Dikici, 2018). DSÖ'nün geliştirdiği ekolojik modelden hareketle şiddete neden olan faktörler; biyolojik, psikolojik, toplumsal ve çevresel faktörler olmak üzere dört başlık altında incelenebilir (Tokgöz, 2019).

Ekolojik şiddet modelinin ilk basamağında yer alan biyolojik ya da bir diğer deyişle kişisel faktörler, bireyin şiddet kurbanı veya şiddet suçlusu olmasında önemli bir etkidir. Bu basamakta yaş, eğitim, cinsiyet, medeni hal gibi demografik özellikler ve kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, alkol bağımlılığı, tecavüze yönelik geçmişinin olup olmaması etkili olmaktadır (Arslan, 2019).

Freud, insanların içlerinde şiddete dair dürtüler olduğunu ve sinirlenme durumlarında kendilerine hâkim olamayıp şiddete yöneleceklerini ifade etmiş (Durmuş, 2019) ve nörogörüntüleme, nörofizyolojik ve nöropatolojik araştırma teknikleri kullanılarak yapılan araştırmalar, bireylerde saldırgan davranışların nedeninin biyolojik olabileceğini göstermiş olsa da, biyolojik faktörlerin tek başına şiddet davranışlarının oluşmasında belirleyici olmadığı bilinmektedir (Tokgöz, 2019). Yapılan araştırmalar sonucunda, şiddeti oluşturan biyolojik etmenler aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Arslan, 2019; Dikici, 2018; Durmuş, 2019; Tokgöz, 2019; Usluoğulları, 2019; Yeşiltaş, 2018):

- Limbik yapılarıdaki, tempolar ve frontal lobdaki anormallikler saldırgan davranışların kaynağını oluşturmaktadır.
- Nörotransmitterler seratonin metabolizması, intihar ile şiddet davranışının ortaya çıkmasında etkili olmaktadır.
- Türk Ceza Kanunu'nun 82/b maddesinde tanımlanan canavarca hisle veya eziyet çektirerek (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2004b) gerçekleştirilen cinayet olaylarında failer üzerinde yapılan araştırmalar, beyin omurilik sıvılarında hidroksiindolasetik asit düzeylerinin sağlıklı insanlara göre daha düşük seviyede olduğunu göstermektedir.

- Norepinefrin ve L-dopa düzeylerindeki yükselme şiddeti arttırmaktadır.
- İntihar eylemi veya saldırgan davranışın ortaya çıkmasında seratonin hormonu metabolizması etkili olmaktadır.
- Şiddet davranışının erkekler tarafından gerçekleştirilmesinde androjenlerin; kadınlar tarafından gerçekleştirilmesinde premenstrual dönemin etkili olduğu tespit edilmiştir.
- Şiddet suçlusu olan bireylerin beyinlerinin şiddet suçlusu olmayan bireylere göre daha az glikoz kullandığı görülmüştür.
- Alkol ve uyuşturucu türevi maddelerin kullanımı, saldırgan davranışları arttırmaktadır.
- Çocukluğunda şiddete uğramış ya da şiddet içeren davranış örneklerine tanık olmuş birey, şiddet gösteren bir erişkin olma bakımından şiddet görmemiş ve şiddet davranışlarına tanık olmamış bireylere göre daha fazla risk taşımaktadır.
- Irk ve ekonomik eşitsizliklerden ayrı olarak ağır yoksulluklar ve evlilikte yaşanan sorunlar şiddet eylemine yol açabilmektedir.
- Manik tip bipolar bozukluk, şizofreni, paranoid bozukluklar gibi psikotik bozukluklar, travmatik beyin hasarı ve felç gibi akut ve Alzheimer, Parkinson

gibi kronik nörodejeneratif hastalıklar, bireylerde şiddet davranışlarını artırmaktadır.

- Yapılan araştırmalar sonucunda, şiddet uygulayan bireylerin çoğunlukla genç erkek bireyler olması, şiddet davranışlarının erkeklik hormonu ve yaşın getirdiği biyolojik değişimlerden etkilendiğini göstermektedir.
- Yaşın ilerlemesiyle birlikte saldırganlık da azalmaktadır.
- Suç davranışları genetik geçişle nesilden nesile aktarılabildiğinden şiddet davranışı, kalıtsal bir özellik de taşımaktadır.
- Genel olarak konuşma, sorunu tespit edip çözüm bulmaya çalışma, karşı tarafı dinleme ve empati gibi yeteneklerinin zayıf olması şiddeti tetiklemektedir.
- Suçlamalar, yanlış öğrenilen namus ve ahlak anlayışları ve kendini hayat karşısında şanssız olarak görme de şiddeti sosyal bir sorun olarak ortaya çıkarmaktadır.
- Bireyin televizyon izleme alışkanlığı, izlenen televizyon programlarının niteliği, kullanılan atasözü ve deyimler (dayak cennetten çıkmadır, kadının karnından sıpayı, sırtından sopayı eksik etmeyeceksin vs.), şiddet içerikli dizi, film, yayın, şarkı, klip ve diğer görseller de şiddeti tetikleyerek bireylerin bilinçaltını dolduran diğer etkenlerdir.

Bu etkenler ayrıca çevresel etkiler arasında da değerlendirilebilmektedir.

Ekolojik şiddet modelinin ikinci basamağı, bireyin kurduğu yakın ilişkileri içermekte ve bireyin aile, akraba, arkadaş veya meslektaş gibi yakın çevresinden etkilenmektedir (Arslan, 2019). Yapılan araştırmalar sonucunda, şiddeti oluşturan psikolojik etmenler aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Arslan, 2019; Tokgöz, 2019; Yeşiltaş, 2018):

- Derin bir mahrumiyet duygusu içerisine giren bir bireyin, sahip olma isteğinin engellenmesi sonucunda yaşadığı doyumsuzluk hissi, şiddetin oluşmasına zemin hazırlamaktadır.
- Depresyon, travma, stres bozukluğu, uyku ve yeme bozuklukları, madde kullanımı gibi psikolojik etmenler, bireylerin ruh halini ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyerek bireyleri çaresiz, güçsüz, hayal kırıklığına uğramış gibi hissettirmekte ve bireylerin çevresindeki diğer bireylerle çatışma yaşamasına neden olmaktadır.
- Şiddete başvuran bireyler sorun çözme odaklı değil, mevcut çatışmayı körükleme odaklı davranarak gerginliği bertaraf etmek yerine örtbas etmekte ve şiddet, bir duygusal boşaltım yolu olarak görmektedirler.
- Post travmatik stres bozukluğu (travma sonrası o olayın günlük yaşamda veya rüyada tekrar yaşanması), manik tip bipolar bozukluk (depresif hastalık), şizofreni gibi psikiyatrik rahatsızlıklar bireylerin şiddete başvurma ihtimalini yükseltmektedir.

- Kişinin ruhsal yapısı id (alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) olmak üzere 3 bölümden meydana gelmektedir. Kişilik bozukluğu olan bireyler, alt benliği ile hareket etmeleri nedeniyle yakın çevresiyle ilişki kuramadıklarından ve içgüdülerini bastıramadıklarından dolayı sürekli öfkeli dirler. Bu durum bireyleri şiddete yaklaştıır.
- Bastırılmış duyguların açığa çıkması, kontrol ve empati eksikliği, yalnızlık, bağılılık sorunu, dar bakış açısı, aile, din ve geleneksel ilişkilerle belirlenen erken çocukluktaki sıkıntılar; duygusal desteğin azalması, korku ve güvensizlik; kendini gerçekleştirme ve kendini bulma sorunu; bulantı, çöküntü, migren; şizofreni, paranoya, depresyon, mani, melankoli, psikopati ve sınır kişilik, şiddeti etkileyen psikolojik faktörlerdir.

Ekolojik şiddet modelinin üçüncü basamağını, bireyin sosyal ilişkilerinin arttığı okul, işyeri, mahalle gibi bireyin yaşadığı ve şiddet riskinin de daha yüksek olduğu ortamlar oluşturmaktadır (Arslan, 2019). Bireylerin yaşadığı ortamdan aldığı her besin ve hatta soluduğu hava bile bireylerde şiddet davranışını ortaya çıkarabilmektedir (Durmuş, 2019). Hava kirliliği (kimyasal ürünlerin kötü kokuları), gürültü, kalabalık, çarpık kentleşme ve trafiğin yoğun olması, saldırganlığın ortaya çıkmasını tetikleyen çevresel etmenlerdendir (Altınok, 2018). Alışveriş merkezleri de insanlara fazlaca elektrik yüklü bir ortam sunarak, negatif enerji yüklemekte ve bu durum insanların olumsuz tutumlar sergilemesine yol açmaktadır (Arslan, 2019).

Ekolojik şiddet modelinin son basamağı, bireyi saran en dış tabaka olan toplumu içeren faktörlerden oluşturmaktadır. Ekonomik faktörler, kültürel normlar, sosyal eşitsizlik ve hizmet sektöründeki sorunlar, şiddet eğilimini arttırıcı toplumsal faktörler arasında yer almaktadır (Arslan, 2019). Bireyler, şiddeti bulunduğu ortamdan görerek öğrenmekte ve çevresindeki kişilerin problemlere nasıl yaklaştığını analiz ederek şiddete yönelmektedir (Durmuş, 2019). Yapılan araştırmalar

sonucunda, şiddeti oluşturan toplumsal etmenler aşağıdaki gibi belirlenmiştir (Ataş, 2019; Durmuş, 2019; Kaynak, 2019)

- Sosyalleşmenin temelini aile içerisinde atılması sebebiyle çocukların ve gençlerin şiddet davranışı kazanmalarında ailesel faktörlerin büyük rolü bulunmaktadır.
- Maddi anlamda evin ihtiyaçlarının karşılanması için çaba sarf edip çalışan bireylerde, yaşamın karşılaştırdığı zorluklar, beraberinde stresi de getirmekte ve stres, şiddeti tetiklemektedir.
- Ruhsal sağlık açısından sağlığı yerinde olmayan ya da olumsuz etkilere maruz kalmış toplumlarda bireylerin ruhsal çöküntü yaşamaları nedeniyle şiddet, sağlıklı toplumlara oranla daha fazla gözlenmektedir.
- Aile veya akrabalık ilişkilerinin azalması, sosyal bağların zayıflaması, geleneksel değerlerin unutulması, dini anlayış farklılıkları, topluma karşı duyulan sorumluluk duygusunun azalması, sosyal çözülme, toplumda oluşan güvensizlik ve kaos olayları şiddeti tetiklemektedir.
- Devletin yaptırım gücü, ekonomideki dalgalanmalar, artan piyasa fiyatları, eğitim seviyesinin düşmesi, bilinçli toplum yetiştirmedeki yetersizlikler, denetim boşlukları, adalet sistemindeki zayıflıklar ve sağlık sisteminin istenilen seviyede olmaması gibi etkenler toplumsal şiddete neden olmaktadır.

- Töre gibi bazı toplumsal değer yargıları, bireyleri şiddete yöneltmekte ya da şiddet uygulama noktasında tetikleyici bir rol oynamaktadır.
- Toplumlarda üzüntü, sevinç ve korku gibi duyguların yetersizlik olarak algılanması bu duyguların, şiddet içeren davranışlar ile ortaya konulmasını özendirilmektedir.
- Problemlerin kaba güç ve zor kullanma ile çözülebileceği düşüncesi ve bunun ülkelerin kültürel temellerine dayandırılması şiddeti tetiklemektedir.
- Medyanın, şiddeti bir toplumsal sorun değil de adli olay olarak ya da münferit bir vaka şeklinde sunarak sıradanlaştırması da toplum içerisinde şiddet olaylarını attırıcı etkide bulunmaktadır.

Tüm bu özellikleriyle şiddet, çok fazla kişiyi etkilemekte ve bu nedenle bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir (Dikici, 2018).

1.6.4. Sağlık Hizmeti Sunumunda Karşılaşılan Şiddet Olayları

İnsanların yaşamları için gerekli olan şeyleri üretebilmek ve kazanmak için çalışması gerekmektedir. Bireyler mesleklerinden veya çalışma şartlarından dolayı zaman zaman olumsuz durumlarla karşılaşabilmekte ve sağlık problemleri yaşayabilmektedirler. Oysaki sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı, tıpkı yaşama hakkı gibi bir insan hakkıdır (Dikici, 2018).

Şiddet eylemleri, işyerlerinde sıklıkla gerçekleştiğinden, hem çalışanlar hem de organizasyonlar açısından önemli bir halk sağlığı problemi olarak görülmektedir (Tokgöz, 2019). Çalışanların sağlığı genel faktörlerden etkilendiği kadar, çalışma ortamından ve ilişkilerinden kaynaklanan risklerden de etkilendiğinden, işyeri ortamının tipi ve iş yükü gibi özellikler oldukça önemlidir. Bu nedenle işyerlerinin amacı, çalışanın biyo-psiko-sosyokültürel bütünlüğüne zarar verici etkenleri tanımak, iş verimini arttırmak, çalışanın sağlığını korumak ve en üst düzeye çıkarmak olmalıdır (Altınok, 2018). Zira iş yerinde şiddet; personel memnuniyetsizliğine ve örgüt kültürünün olumsuz değerlendirilmesine neden olmaktadır (Arslan, 2019).

DSÖ'ne göre iş yerinde şiddet, çalışma yaşamında işyerine gidiş veya işyerinden dönüş zamanları da dâhil (Dikici, 2018) bir kişiye veya bir gruba karşı kasıtlı olarak tehdit, ölüm veya fiili olarak yaralama, ölüm, psikolojik zarar, kötü gelişmeye ya da yoksunluğa neden olma olasılığı yüksek bir şekilde güç kullanımıdır. Avrupa Komisyonuna göre işyerinde şiddet, kişinin mesleğine yönelik icraatlarını yerine getirirken karşılattığı saldırı, tehdit ve vücut bütünlüğünü bozacak zarar verici her türlü etmendir (Arslan, 2019).

ABD'de iş sağlığı ve güvenliği kültürünün gelişmesinde önemli bir rolü olan Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) şiddeti kategorize ederken, şiddete uğrayan birey ve şiddeti uygulayan bireylerin arasındaki ilişkiyi temel almaktadır (Ataş, 2019). Buna göre işyeri şiddeti Tip I, Tip II, Tip III ve Tip IV olmak üzere dört grupta incelenmektedir (Yeşiltaş, 2018).

Tip I şiddet türünde fail işyeri dışından olup işyerine hırsızlık gibi bir suçu işlemek üzere giren bir kişidir (Arslan, 2019). Tip II şiddet türünde şiddet eylemi, hizmet sunumu esnasında müşteri, hasta, öğrenci, mahkûm gibi işyeri ortamında bulunan bireyler tarafından gerçekleştirilir. Tip III şiddet türünde şiddet uygulayan

kişi ile mağdur aynı işyerinde çalışan ya da daha önce çalışmış olan bir kişidir ve şiddet eylemi kişilerin birbirleriyle ya da işle ilgili sıkıntıları sebebiyle gerçekleşir. Tip IV şiddet türünde fail, çalışanın iş dışından tanıdığı bir birey olduğu halde şiddet eylemini işyeri ortamında gerçekleştiren kişidir (Yeşiltaş, 2018). Esnaflar, taksiciler, güvenlik görevlileri, gece bekçileri Tip I şiddet türünde daha çok risk altındadır (Arslan, 2019). Tip I şiddet türü ile birey hayatın herhangi bir anında karşılaşılırken, Tip II şiddet türü ile hizmet sektöründe yer alan işyerlerinde günlük olarak karşılaşmaktadır. Tip III şiddet türünde yöneticiler ve çalışanları denetleyen bireyler daha çok risk altındayken Tip IV şiddet türünde kadınlar erkeklere oranla daha çok risk altındadır. Sağlık çalışanları bütün şiddet türlerine değişik düzeylerde maruz kalmakla birlikte genellikle Tip II şiddet türüyle karşılaşmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

İşyerinde yaşanan şiddet olayları tüm sektörlerde ve işyerlerinde görülmekle birlikte en fazla hizmet sektöründe gerçekleşmektedir (Tokgöz, 2019). Sağlık sektörü 24 saat kesintisiz hizmet sunulan ve farklı uzmanlık alanlarından pek çok sağlık profesyonelinin birlikte görev aldığı bir sektördür (Durmuş, 2019). Bu nedenle hizmet sektörü içerisinde en yüksek risk gurubunu sağlık sektörü oluşturmaktadır (Ataş, 2019). Zor durumdaki bireylerle doğrudan temas ve yüksek stres yönetimi gerektiren bir meslek gurubu olan sağlık sektörü, iş yeri şiddetinden çok fazla etkilenmektedir (Kaynak, 2019). Sağlık kuruluşları, yapılan işin niteliği ve çevre şartları ile faillerin sahip olduğu durum ve özellikler nedeniyle şiddet davranışlarının oluşumunun tetiklendiği bir iş ortamıdır (Arıkan, 2019).

Sağlıkta şiddet; hasta, hasta yakını ya da diğer herhangi bir bireyden kaynaklanan ve sağlık çalışanı, hastalar ve sağlık kurumu için risk oluşturan sözel, fiziksel ve cinsel saldırı davranışlarının bütünüdür (Tokgöz, 2019). Yurt içinde ve yurt dışında sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarına ilişkin olarak yapılan çalışmaların sonucunda; sağlık hizmet sektöründe çalışanların diğer iş yerlerine göre daha fazla şiddete maruz kaldığı ancak, mesleğin doğasından kaynaklandığının düşünülmesi nedeniyle sağlık kurumlarında yaşanan şiddet

vakalarının sadece ciddi fiziksel saldırı durumlarında raporlandığı, diğer şiddet vakalarının ise bildirilmediği ifade edilmektedir (Tokgöz, 2019).

1.6.4.1. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri

Çok alanlı bir yapıya sahip olan sağlık sektörü, şiddetin en fazla yaşandığı alanlardan biridir. Sağlık alanında gerçekleşen şiddet eylemleri pek çok faktörden etkilenmektedir (Tokgöz, 2019). Bu faktörler; taraflardan kaynaklanan faktörler, örgütsel/kurumsal faktörler ve toplumsal faktörler olarak sıralanmakta ancak örgütsel/kurumsal faktörlerin kilit neden olduğu belirtilmektedir (Yeşiltaş, 2018).

1.6.4.1.1. Tarafların Özellikleri, Etkileşimleri ve İletişim

Sağlık hizmeti sunumu esnasında, hizmeti sunun bireyler ile hizmeti talep eden bireyler bir etkileşim içerisindeyler. Bu etkileşim, bireysel faktörler ile iletişime dayalı faktörlerin önemini ortaya çıkarmaktadır (Arslan, 2019).

Bireysel faktörler, sağlık çalışanı ve hasta/hasta yakını açısından ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Yaş, cinsiyet, fiziksel özellikler ve olay yönetimiyle ilgili olarak sergilenen davranış, konuşma şekli ve kullanılan sözcükler (Sarıkaya, 2018), çalışma süresi, yorgunluk düzeyi, çalışanın unvanı ve işindeki profesyonellik düzeyi gibi özellikler sağlık çalışanlarının şiddete uğrama düzeyini etkilerken; hastanın yaşı, cinsiyeti, psikolojik durumu, alkol veya madde bağımlısı olma düzeyi ile kişilik özellikleri, şiddet eyleminin gerçekleşme düzeyini hasta açısından etkileyen faktörler olarak ortaya çıkmaktadır (Arslan, 2019).

Beyin salgı bezleri, sinir sistemi, genetik, kimyasallar ve vücuda alınan gıda maddeleri ve bireyin daha önceden yaşadığı olumsuz şeyler de bireyin sinir sistemini bozmakta ve bireyi şiddete eğilimli hale getirmektedir (Demirci, 2018). Dürtü kontrolü bozukluğu, öğretim düzeyinin düşüklüğü, alkol ve madde kullanımı, geçmişteki saldırgan tutum ve istismar hikâyesi, şiddetle ilişkili psikiyatrik bozukluklar, şiddet içerikli davranışlarda bir takım nörotransmitterler ve endokrin bozuklukların varlığı şiddet oluşumunu etkileyen bireysel faktörlerdendir (Yeşiltaş, 2018).

Şiddet eylemleri, dikkatsizlik veya tedbirsizlik sonucu gerçekleşen kaza veya yaralanmalarda, buna neden olan kişilerin kendi vicdan muhasebesini yapmaktan çekinip suçu sağlık sistemi ve personeline yüklemeleri sonucu da gerçekleşebilmektedir (Altınok, 2018). Hasta ve yakınlarının sağlık çalışanı ya da sağlık kurumlarından akılcı olmayan yüksek düzeydeki beklentileri ile sağlık çalışanlarının hasta için gerekli uygulamaları güncel tıbbi ve hukuka uygun olarak dikkatle yapma yükümlülüğünün bulunduğunu göz ardı ederek, istedikleri hastayı iyileştirdiklerini düşünmeleri şiddete neden olabilmektedir (Yeşiltaş, 2018).

Geçmiş dönemlerde bazı sağlık personelinin (özellikle özel muayenehanelerin aktif olduğu zamanlarda) maddi çıkar uğruna hastaları kullanmış olmalarının bireylerin bilinçaltında yer etmiştir. Bu durum sağlık çalışanını, sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan sistemsel problemlerde dahi hedef haline getirmektedir (Altınok, 2018). Bir hekimin koyduğu teşhisi başka bir hekimin yalanlaması veya meslektaşın kötülenmesi de hasta ve yakınların hizmet aldıkları sağlık personeline karşı güvensizlik duymasına neden olmakta ve şiddet uygulama yoluna gidilmesine neden olabilmektedir (Altınok, 2018).

Sağlık çalışanının hasta veya hasta yakınlarına kötü davranması, yüksek sesle tepki vermesi, hastalıklarıyla alakalı bilgi vermemesi, yeterince ilgilenmemesi ve

hastaları muayene sırasında bekletmesi de hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini düşündürmektedir (Demirci, 2018). Bunun yanı sıra sağlık personelinin bilgilendirmeye karşı olmadığı ve bilgilendirmekten kaçınmadığı halde mesleki terimler kullanması nedeniyle hastayla etkili iletişim kuramamasına neden olmaktadır. Sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişimin anlamlı olmasının sağlık hizmetinden duyulan memnuniyete etkisi yüksektir (Uludağ, 2011).

Sürekli agresif ve bencil davranan hasta ve yakınları, sağlık personelinin ruhsal durumlarını olumsuz etkilemekte, hastanede stresli bir ortam oluşmasına neden olmakta ve şiddet sorunuyla karşı karşıya kalan sağlık personeli kendini tedirgin ve güvensiz hissedeceğinden hata yapma oranı da artmaktadır. Bu durum şiddete uğrama riskini daha da arttırmaktadır (Bozkurt Sakallı, 2017).

Sağlık iletişimi; kişilerarası iletişim ve kitle iletişimi olmak üzere iki boyutta incelenmektedir (Arslan, 2019, s. 82). Kişiler arası iletişim yüz yüze etkileşime karşılık gelir ve beden dili ve mekânsal düzenlemeler gibi alanları da kapsar (Dolgun, 2016). Hasta ve hasta yakınlarının hastalık, sakatlık ya da ölümle karşılaşmaları sonucunda bireylerin genel olarak kederli, asi, gergin, paniklemiş, endişeli, ağrılı, bitkin halde olmaları ya da alkol veya uyuşturucu madde etkisinde olmaları sağlık çalışanlarının iş ortamında hasta ve yakınları ile iletişim kurmalarını zorlaştırabilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının, sağlık çalışanlarını yanlış anlamaları ya da sağlık çalışanlarına yönelik yanlış düşüncelere sahip olmaları iletişimi zorlaştıran diğer etmenlerdir. Sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesinde ve sonrasında verilen teorik bilgilere ek olarak felsefe, sosyoloji, halkla ilişkiler gibi hasta ile etkin iletişim becerisi kazandıracak beşeri bilimleri de kapsayan eğitim programlarının bulunmayışı da kişilerarası iletişimi zorlaştırmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

Kitle iletişimi; kitlesele kaynaklardan kitlesele yollarla geniş kitlelere gönderilen mesajlar ile gerçekleştirilir. Kitle iletişim araçları gazete, dergi, film, radyo ve televizyon programları gibi görsel ve işitsel materyaldir (Dolgun, 2016). Görsel medyada yer alan şiddet içerikli televizyon programları, filmler, reklamlar ve video oyunları insanların şiddete eğilimli hale gelmesine neden olmaktadır (Demirci, 2018).

Sağlık çalışanlarına şiddet olgularının sunumunda medyada sağlık çalışanları hakkında çıkan olumsuz haberler ve sonrasında meydana gelen olumsuz davranışların gündeme getirilmesi, şiddet uygulayanların cezalandırılmaması veya sonuçların tam anlamıyla gündeme getirilmemesi de şiddet eylemlerinin haklı göstermektedir. Bu durum izleyicilerin, sağlık çalışanlarına şiddet uygulanmasının kolay olduğunu düşünmesine neden olmaktadır (Demirci, 2018).

Medyanın, sağlık kuruluşlarındaki eksiklikleri objektif ve bilimsel ölçütlere uygun olarak yansıtmaması, isteyerek ya da istemeyerek sağlık çalışanlarını hedef göstermesi, sağlık çalışanlarına karşı güvensizlik ve önyargı ortamı oluşturulması, sağlık alanındaki problemlerde sağlık çalışanlarının hedef olarak gösterilmesi ve linç kültürünün oluşturulması ve medyanın yanlış yönlendirmesine bağlı olarak tıbbi uygulama hatasıyla komplikasyon arasındaki farkın insanlar tarafından anlaşılamaması sağlık çalışanlarına yönelik şiddetti arttırmaktadır (Demirci, 2018).

1.6.4.1.2. Örgütsel/Kurumsal Faktörler

İş ortamı koşulları zaman zaman fail için şiddete yönelik fırsat hazırlamaktadır. Sağlık çalışanının suç oranının yüksek olduğu ve korunaksız yerlerde, tek başına ya da az sayıda kişi ile gece geç saatlerde çalışması, iş yükünün

fazlalığı, işle ilgili stresin yüksek olması, rol çatışmasının varlığı, yönetim desteğinin eksikliği, çalışma yerinin görünürlüğünün ve aydınlatmasının az olması gibi nedenler işyeri ortamının şiddet eylemine kolaylık sağlayan özellikleridir (Öner, 2018).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte verimlilik, rekabet, kârlılık, performans ücretlendirilmesi gibi iktisadi kavramların sağlık hizmetlerinde kullanılmaya başlanması sağlık sektörünün ticarileşmesine neden olmuş ve bazı sağlık çalışanları, etik olmayan uygulamaları benimseyip açgözlü hareket etmekle suçlanmışlardır. Bu durum sağlık çalışanlarının itibarlarının azalmasına neden olmuş ve hem usule uygun hesap sorulabilir hem de saldırıya açık bir duruma gelmelerine neden olmuştur (Yeşiltaş, 2018).

Sağlık kurumlarının altyapı ve donanım eksiklikleri, personel eksikliği veya yetersiz işletmecilik nedeniyle oluşan beklemler, geciken randevular, yatak kapasitesinin yetersizliği, ağrısı olan, yorgun, endişeli hastaların uzun süre ayakta beklemleri, bazı hastalara ayrıcalık tanınması, sağlık kurumlarındaki güvenlik sistemlerinin yetersizliği olası şiddet eylemlerini artıran sebeplerdendir. Özellikle yüksek oranda risk taşıyan alanlarda fiziksel şiddette yol açabilecek zimba, delgeç, sandalye gibi araç ve gerece kolay ulaşılabilmesi de şiddet uygulanmasını kolaylaştırmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

Kamu sağlık kurumlarının kalabalık olması, sağlık çalışanlarının hastalara ayırdıkları zamanın yetersizliği, yönetici baskısı, sağlık çalışanlarının kendilerini yalnız hissetmeleri, sağlık mevzuatında sık sık değişiklik yapılması ve çalışma ortamlarının diğer yerlere göre daha stresli olması kamu kurumlarında şiddet olaylarının daha çok yaşanmasının örgütsel nedenleridir (Yeşiltaş, 2018). Sağlık çalışanlarının kurumlarında mobbing gibi durumlarla karşılaşması, çalışanın kendi işine adapte olamaması veya kurumda kolaylıkla çözülebilecek sorunlara karşı

idarenin ilgisiz davranması şiddeti artıran kurumsal risk faktörleridir (Sarıkaya, 2018).

1.6.4.1.3. Toplumsal Faktörler

Hizmet verilecek olan hasta, yaralı, kazazede ve bunların yakınlarının kültürel seviyesi, yaşam tarzı, nüfus yoğunluğu, nüfusun sosyoekonomik seviyeleri (Sarıkaya, 2018, s. 32), sağlık hizmeti sunulan bölgenin suç düzeyinin yüksek olması, hava kirliliği, gürültü, kalabalık gibi çevresel faktörlerin meydana getirdiği yüksek stres şiddet eylemlerini tetikleyebilmektedir. İlaç, alkol, uyuşturucu ve uyarıcı kullanımı, fizyolojik uyarılma (ağır egzersizler ve provokatif filmler), cinsel uyarılma ve fiziksel ağrı gibi etkenler saldırgan davranışları ortaya çıkarmakta ve şiddet eğilimini artırmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

Bireyin yaşadığı kültürde şiddetin yaygın bir hal alması (Öztaş, 2018) ve kötü bir eylem olarak görülmemesi; kin, nefret ve düşmanlık duygularının artması şiddete olan eğilimi artırmaktadır. Bazı toplumlarda şiddet eylemlerinin cesurluk, mertlik simgesi olarak görülmesi ve değer kazanması şiddeti tetikleyen toplumsal faktörler olarak nitelendirilmektedir (Demirci, 2018).

Toplum eğitim seviyesinin düşük olması sonucunda hasta ve hasta yakınlarının sağlık sisteminin düzeni ve mevzuatı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması şiddetin öne çıkan bir başka nedenidir (Öztaş, 2018). Gelişmekte olan ülkelerde benimsenen siyaset ve yönetim anlayışı, sağlık sistemindeki problemlerin kamuoyundan gizlenmesi, bu problemlerin doğrudan sağlık profesyonellerine yansıtılması toplumun pek çok kesiminde sağlık personelinin hedef gösterilmesine neden olmaktadır (Altınok, 2018).

Sağlık çalışanının şiddete uğraması sonucunda; bu duruma gereken önemin verilmemesi, olayın siyasi ve sendikal kaygılarla kapatılması sağlıkta şiddeti tetiklemektedir. Şiddete uğrayan sağlık çalışanı ve iş arkadaşlarının ya da bağlı oldukları mesleki dernek, sendika veya odaların olaya sessiz kalması veya göstermelik, amacına ulaşmayacak aktiviteler yapması şiddeti toplumsal açıdan etkilemektedir (Sarıkaya, 2018).

1.6.4.2. Şiddetin Sonuçları

Sağlıkta şiddetin artarak devam eden bir sorun olması, sağlık kurumlarının amacına hizmet edemeyen kurumlar haline dönüşmesine neden olmaktadır (Arslan, 2019). Alınan tüm önlemlere rağmen, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artarak devam ettiği ve sağlık çalışanının şiddet yönünden yüksek risk altında olduğu görülmektedir (Arıkan, 2019).

Sağlık kurumlarında artarak devam eden şiddet eylemleri, sağlık çalışanlarının bireysel sağlıklarında ve iş hayatlarında çeşitli problemlere neden olmaktadır. Şiddet eylemleri sağlık çalışanlarında moral bozukluğu oluşturmakta ve bu durum sağlık çalışanının işyerinde kendini güvende hissetmemesine neden olmaktadır (Arslan, 2019).

Şiddet sağlık personelinde motivasyonun azalması, kendini değersiz hissetme, iş hayatında devamsızlık yaşama, sosyal çevrede ilişkilerin zarar görmesi, işten memnun olmama, işgücü devir hızında artış, aşırı stresli olma ve özgüvende eksiklik, akut sinir bozukluğu ve travma sonrası sinir bozukluğu, kalıcı sakatlık ve hatta ölüm gibi etkiler yaratmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının mesleki performanslarında düşüş yaşamalarına ve sundukları hizmetin kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.

Şiddet sonrasında bireylerde huzursuzluk, bitkinlik, hayal kırıklığı, uyku problemleri, kâbuslar görme, mesleğe olan saygıda azalma, tükenmişlik, ilişkilerde aksaklık, cinsel problemler, işini bırakma, intihar etme gibi sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Arslan, 2019).

Sağlık çalışanlarının şiddete uğramaları veya uğrama korkusu yaşamaları, duyarsızlaşma düzeylerini arttırmakta, duyarsızlaşan personel hastaya insancıl olmayan bir tavırla yaklaşabilmekte, kendini işinde yeterli ve başarılı hissetmemekte ve bunun sonucunda da hata yapma olasılığı artmaktadır (Tokgöz, 2019). Şiddet sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken kullandıkları, “başkalarının acılarını anlayabilme, empati” yeteneklerini de olumsuz etkilemekte ve bu durum sağlık çalışanını, şiddete daha açık hale getirmektedir (Arıkan, 2019).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olayları hizmetin güvensiz bir ortamda ve düşük motivasyonla sunulmasına neden olmaktadır. Bu durum iş verimini düşürmekte, hizmetin kalitesiz bir hal almasına neden olmakta ve sağlık kurum ve kuruluşlarında, iş hayatında başarısızlık, iş kazaları, iş gücü kaybını arttırmakta; tıbbi ve yasal masraflara, istirahat ve kaza tazminatı harcamalarına ve güvenliği arttırmaya yönelik ekstra maliyet kalemlerine yol açmaktadır. Şiddet eylemleri üretkenlikte azalmaya, kurumun imaj kaybına ve hasta sayısında azalmaya neden olmaktadır (Arslan, 2019).

Tüm bu olumsuzlukların yanında şiddet mağduru personel iş ve işyerine, çalışma arkadaşlarına da yabancılaşmaktadır (Durmuş, 2019). Bu nedenle sağlık kurumlarında gerçekleşen şiddet eylemleri, şiddete uğrayan sağlık çalışanın iş arkadaşlarını da olumsuz etkilemektedir. Şiddete uğrayan personelin iş arkadaşlarında olayı kabullenememe, olaydan dolayı kendini suçlama, mağdurun suçlanması, iş arkadaşlarının kendi aralarında fikir ayrılığı yaşaması ve iş ortamında güvensizlik oluşması, öfke ve stres düzeyinde artma, kendi güvenliğinden endişe

duyma, işyerinde moral kaybı, işçinin işten çıkmasına bağlı olarak iş yükünün yeniden dağıtılması sonucunda ortaya çıkan fiziksel ve/veya psikolojik etkilere yol açmaktadır (Usluoğulları, 2019).

Sağlık personelinin şiddete maruz kalması sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemekte ve bu durumdan en çok toplumun kendisi zarar görmektedir. Şiddet, sağlıkta maliyetlerin artmasına neden olmakta ve bu durum ülke genelinde toplam maliyetlerin artmasına yol açmaktadır. Sağlık bakım maliyetleri, uzun dönemli rehabilitasyon maliyetleri, malulen emekliliğin artmasının neden olduğu maliyetler ve sağlık çalışanlarının sakat kalmasına sebep olan engellilik maliyetleri bu maliyetlere örnek olarak sayılabilecek maliyet kalemleridir (Arslan, 2019).

1.6.4.3. Şiddetin Önlenmesine Yönelik Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar

Şiddetin tüm dünyada artarak devam eden bir sorun olduğu gerçeği şiddeti kabullenmemizi değil, aksine şiddetle ilgili önlem alma gereğini ortaya çıkarmaktadır. Şiddetten korunmaya yönelik önlemler birincil koruma, ikinci koruma ve üçüncül koruma olarak sınıflandırılmaktadır (Usluoğulları, 2019).

Toplumun genelini etkileyen ve daha az maliyetli olan birincil koruma, toplumsal değer ve davranışlara yönelik müdahaleleri içerir. Bu çerçevede medya aracılığıyla toplumun şiddet konusunda farkındalık ve hassasiyetinin artırılarak şiddetin hoş karşılanmadığı bir çevre oluşturulması ve şiddetin önlenmesine yönelik faaliyetlerin desteklenmesi gerekmektedir (Usluoğulları, 2019). Bilgilendirme kampanyaları yapılır, sağlık çalışanlarına kanunlar ve sahip oldukları haklar hatırlatılır ve sağlık kurumları şiddet konusunda donanımlı hale getirilirse şiddet problemine yönelik birincil koruma gerçekleştirilebilir (Arslan, 2019).

Şiddet olaylarının sık yaşandığı alt gruplara yönelik çalışmaları içeren ikincil korumanın kapsamı, birincil korumaya göre daha dardır. Şiddet olaylarının oluşum nedenlerinin araştırılması ve şiddetin erken tanınması için rehberler oluşturulması ikincil koruma kapsamındadır (Usluoğulları, 2019).

Üçüncül koruma aşamasında şiddetten zarar gören kişi ve grupların tedavi ve rehabilitasyon işlemleri yer almaktadır. Şiddete uğrayan sağlık personeline yönelik hizmetlerin geliştirilmesi bu kapsamda değerlendirilmektedir (Usluoğulları, 2019). Aynı olayın tekrar yaşanmaması için kök-neden analizleri yapıp gereken önlemler alınır ve şiddetin önlenmesi veya azalmasına yönelik eğitimsel programlar düzenlenirse şiddet eylemlerine yönelik üçüncül düzeyde koruma sağlanabilir (Arslan, 2019).

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının tamamen yok edilmesinin olanaksız olduğu ifade edilmektedir. Dinamik ve karmaşık bir yapıya sahip olan şiddetin oluşumunu olabildiğince engellemek, ertelemek ya da etkisini en aza indirebilmek için komisyonlar, hükümet, sağlık yöneticileri, sağlık personeli, meslek kuruluşları ve toplumdan oluşan tüm paydaşların katılımıyla, etkin bir yönetim sistemi oluşturulmalıdır. Sendikalar, dernekler ve çeşitli topluluklar, sağlıkta şiddet riskini gidermek amacıyla girişimlerde bulunmalı; medya, eğitim ve araştırma kurumları, işyeri şiddet uzmanları, tüketici/hasta destek grupları, polis ve diğer suç ve adalet uzmanları da sağlıkta şiddetle mücadeleyi aktif olarak desteklemeli ve girişimde bulunmalıdır (Arslan, 2019).

Uluslararası alanda Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Hemşireler Konseyi, Uluslararası Kamu Hizmetleri, Uluslararası Çalışma Örgütü, Avrupa Konseyi, Avrupa Birliği gibi birçok kurum ve kuruluş şiddet karşıtı bildiriler yayınlayıp sunmaktadır. Bu kurumlar şiddetin, dünya genelinde engellenebilmesini sağlamak için çalışmakta ve faaliyet planları hazırlamaktadır (Ataş, 2019).

DSÖ şiddetin önlenmesi için ulusal plan hazırlanması, hazırlanan planın uygulanması ve izlenmesi; meydana gelen şiddet olaylarına yönelik verilerin toplanabilmesi için bir veri sistemi kurulması; şiddet konusundaki önceliklerin tanımlanabilmesi, şiddetin nedenlerinin, psikolojik ve ekonomik sonuçlarının ve korunmada etkili olabilecek yöntemlerin belirlenebilmesi amacı ile çalışmalar yapılması; birincil korunma çalışmalarının geliştirilmesi; şiddet mağdurları için yapılan çalışmaların güçlendirilmesi; şiddetin önlenmesi yaklaşımının toplumsal çalışmalara ve eğitim politikalarına entegre edilmesi ile toplumsal eşitliğin ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması; şiddetin önlenmesine yönelik iş birliği ve bilgi alışverişinin artırılması; uluslararası anlaşma, yasa ve diğer mekanizmaların insan haklarına uygunluğunun geliştirilmesi ve izlenmesi; küresel bağımlılık yapıcı madde ve silah ticaretinin önlenmesine yönelik, uluslararası uzlaşmaya varılmasını sağlayacak yöntemler bulunması önerilerinde bulunmaktadır (Usluoğulları, 2019).

DSÖ, sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesi için hasta ve hasta yakınlarına gerekli bilgilerin zamanında ve davranış kurallarına uyularak aktarılması ve sağlık kurumlarının fiziksel özellikleri ile güvenlik hizmetlerinin düzenlenmesi önerilerinde bulunmaktadır (Usluoğulları, 2019). Bu önerilere yönelik çalışmalar yapıldığında şiddet eyleminin önenebileceği düşünülmektedir.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi ve şiddet sonrasında mağdur personelin etkili bir biçimde destek alması konularında kurumlara büyük görev düşmektedir. Sağlık kurumları, sağlık çalışanlarına şiddet konusunda önceden yeterli bilgi ve eğitimi vermeli, çalışan haklarıyla ilgili destek sağlayarak şiddete uğrama ihtimali olan sağlık çalışanının kendini güvende hissetmesini sağlamalıdır. Sağlık hizmeti verilen tüm kuruluşlar şiddete yönelik risk değerlendirmesi yapmalı, sağlık çalışanlarının şiddete uğramasını engelleyecek güvenlik önlemlerini acilen almalıdır. (Sarıkaya, 2018). Sağlık kurumlarında bir sağlık personeli şiddete maruz kaldığında onu koruyabilecek bir ekip çalışması anlayışının yerleştirilmesi, her vardiyada deneyimli

en az bir personelin bulunmasının sağlanması da sağlık personelinin şiddetten korunmasını sağlayacaktır (Öztaş, 2018).

Sağlık kurumlarında şiddetin önüne geçilmesine yönelik en önemli faktörlerden biri de hukuk sisteminde değişiklikler yapılmasıdır. Bu bağlamda şiddet uygulayıcılarına verilecek para cezası, hapis cezası, belli bir süre sağlık hizmetlerinden men edilmek veya haklarının kısıtlanması gibi önlemler etkin bir şekilde uygulanmalıdır (Arıkan, 2019).

Sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesine yönelik olarak Türkiye’de de çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Temelde hasta haklarına yönelik bir düzenleme olsa da Hasta Hakları Yönetmeliğinin 42. maddesinin A fıkrasının e bendinde, hastaların sağlık hizmeti alırken uyacağı kurallar arasında hastanın personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmayacağı belirtilmiştir (Özmen, 2015:523).

TCK’nın yukarıda hasta hakları ihlaline yönelik olarak işlenen suçlarda uygulandığı belirtilen hükümleri, şiddet eyleminin niteliğine göre şiddeti uygulayan kişilere karşı da uygulanmaktadır. Ayrıca TCK’nın 265. maddesinde yer alan “(1) Kamu görevlisine karşı görevini yapmasını engellemek amacıyla, cebir veya tehdit kullanan kişi, altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Suçun yargı görevi yapan kişilere karşı işlenmesi halinde, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (3) Suçun, kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle veya birden fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte biri oranında artırılır. (4) Suçun, silahla ya da var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. (5) Bu suçun işlenmesi sırasında kasten yaralama suçunun neticesi sebebiyle ağırlaşmış hallerinin gerçekleşmesi durumunda, ayrıca kasten yaralama suçuna ilişkin hükümler

uygulanır.” hükmü ile “görevini yaptırmamak için direnme” eylemine karşılık gelen müeyyideler tarif edilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2004b).

Doğrudan çalışan güvenliğine yönelik olarak düzenlenmiş olmasa da Sağlık Bakanlığınca 2005 yılında yayımlanan ve 2007, 2009 ve 2011 yıllarında güncellenen “Sağlıkta Kalite Standartları” rehberleri, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler içermektedir. Bu amaçla kamuda yılda iki kez, özel sektör ve üniversite sağlık tesislerinde yılda bir kez değerlendirmeler yapılmakta ve kurumların çalışan güvenliğine yönelik aldığı tedbirlerin uygulanması izlenebilmektedir (Sarıkaya, 2018).

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 16.10.2009 tarih ve 27378 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğin 10. maddesinde *“Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtasıyla ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteğiyle sağlanır. Güvenlik kameraları, hastaların muayene edilmeleri veya girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerini ihlal edecek şekilde konumlandırılmaz. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunamaz. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içerir ve en az 2 ay süre ile saklanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servislerin ana giriş ve hastane içi geçiş kapıları acil servis hastaları ve buralarda görevli personeller haricinde hiçbir şekilde kullanılamaz. Acil servislerin hastane içi geçiş kapıları kontrollü kapı olmalı ve acil serviste görev alabilecek tanıma sahip*

yetkili geçiş Şartları tanımlanarak sağlanmak zorundadır. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.” denilmek suretiyle acil servislerde alınması gereken güvenlik önlemlerini düzenlemiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2009).

Doğrudan konuya yönelik olarak yapılan düzenlemelerden ilki; 19.3.2011 tarih ve 27879 sayılı Resmî Gazete ‘de yayımlanarak yürürlüğe giren İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) nlenmesine Dair Genelgedir. Söz konusu Genelgeye göre kamu kurum ve kuruluşları ile özel sektör işyerlerinde gerçekleşen psikolojik taciz, çalışanların itibarını ve onurunu zedelemekte, verimliliğini azaltarak sağlığını kaybetmesine neden olmakta ve çalışma hayatını olumsuz etkilemektedir. Genelgede ayrıca kasıtlı ve sistematik olarak belirli bir süre çalışanın aşağılanması, küçümsenmesi, dışlanması, kişiliğinin ve saygınlığının zedelenmesi, kötü muameleye tabi tutulması, yıldıırılması ve benzeri şekillerde ortaya çıkan psikolojik tacizin önlenmesinin iş sağlığı ve güvenliği ile çalışma barışının geliştirilmesi açısından çok önemli olduğu belirtilmiştir. Genelgede alışanların psikolojik tacizden korunmasına yönelik olarak,

“1. İşyerinde psikolojik tacizle mücadele öncelikle işverenin sorumluluğunda olup işverenler çalışanların tacize maruz kalmamaları için gerekli bütün önlemleri alacaktır.

2. Bütün alışanlar psikolojik taciz olarak değerlendirilebilecek her türlü eylem ve davranışlardan uzak duracaklardır.

3. Toplu iş sözleşmelerine işyerinde psikolojik taciz vakalarının yaşanmaması için önleyici nitelikte hükümler konulmasına zen gösterilecektir.

4. Psikolojik tacizle mücadeleyi güçlendirmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik İletişim Merkezi, ALO 170 üzerinden psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlanacaktır.

5. Çalışanların uğradığı psikolojik taciz olaylarını izlemek, değerlendirmek ve önleyici politikalar üretmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla "Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu" kurulacaktır.

6. Denetim elemanları, psikolojik taciz şikâyetlerini titizlikle inceleyip en kısa sürede sonuçlandıracaktır.

7. Psikolojik taciz iddialarıyla ilgili yürütülen iş ve işlemlerde kişilerin özel yaşamlarının korunmasına azami özen gösterilecektir.

8. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Devlet Personel Başkanlığı ve sosyal taraflar, işyerlerinde psikolojik tacize yönelik farkındalık yaratmak amacıyla eğitim ve bilgilendirme toplantıları ile seminerler düzenleyeceklerdir.” denilerek alınacak önlemler sıralanmıştır (Türk Tabipleri Birliği, 2011).

Şiddete ilişkin olarak yapılan bir diğer düzenleme de kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek

amacıyla 06.04.2011 tarih ve 27897 sayılı Resmi Resmî Gazete ‘de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliktir (Sağlık Bakanlığı, 2011a).

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 54. maddesinde “*Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında; sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukukî yardım yapılır. Bu yardımın usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.*” denilerek şiddete uğrayan sağlık çalışanına hukuki destek sağlanmasının yolu açılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011b). Söz konusu bu maddeye, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 18. maddesi ile “*Bakanlık ve bağlı kuruluşları merkez ve taşra teşkilatı ile döner sermaye teşkilatı kadrolarında bulunan hukuk birimi amirleri, hukuk müşavirleri ve avukatlar, ayrıca vekâletname ibraz etmeksizin ilgili personeli vekil sıfatı ile temsil eder. Bu yardımın usul ve esasları Bakanlıkça belirlenir.*” hükmü eklenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012a).

İçişleri Bakanlığı tarafından 26.04.2012 tarihinde yayımlanan Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi ile sağlık çalışanlarının can ve mal güvenliğinin sağlanması ve sağlık çalışanlarına karşı işlenen adli olaylara hemen el konularak gerekli yasal işlemlerin başlatılması amacıyla Emniyet Genel Müdürlüğüne alınacak tedbirler belirtilmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2012).

“Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 28277 sayılı Resmi Gazete

‘de 28.04.2012 tarihinde yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğin amacı *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçılarının talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esasları belirlemektir. Yönetmeliğin kapsamı, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında kadrolu veya sözleşmeli görev yapan personel ile 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 52 nci maddesi çerçevesinde Bakanlık ve bağlı kuruluşlarında gönüllü ve ücretsiz sağlık hizmeti verenler ve 24/11/2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu kapsamında görev yapanlara karşı sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemleri ve davaları içerecek şekilde geniş tutulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012b).*

Çalışan Güvenliği Genelgesi, 14.05.2012 tarihinde yayımlanmıştır ve Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmeliğe atıf yaparak çalışan güvenliğine ilişkin düzenlemelere ve düzenlemelerin takibine ilişkin hatırlatmada bulunmuştur (Sarıkaya, 2018, s. 38). Bu genelge beyaz kod uygulaması, çalışan hakları ve güvenliği birimi, risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirleri, çalışanların eğitimi, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, hizmetten çekilme, bildirim süreci ve hukuki yardım ile diğer hususları düzenlemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012c).

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğince yayınlanan 2016/3 sayılı Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi (Sağlık Bakanlığı, 2016b) ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere Bakanlık Beyaz Kod Birimi kurulmuş, 24 saat hizmet verecek 113 numaralı telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr web sayfası hizmete sunulmuş, sağlık kurumu yetkilileri de tüm şiddet olaylarını, şiddete uğrayanın şikâyetçi olup olmamasına bakmaksızın yargıya ve adli mercilere iletmekle yükümlü kılınmıştır (Kaynak, 2019).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) 15.11.2018 tarihinde kabul edilen Sağlıkla İlgili Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 21. maddesi ile 07.05.1987 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Kanuna eklenen (Tokgöz, 2019) *“Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 100 üncü maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardandır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personel, bu görevleriyle bağlantılı olarak kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun uygulanmasında kamu görevlisi sayılır. Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlardan şüpheli olanlar, kolluk görevlilerince yakalanır ve gerekli işlemleri yapılarak Cumhuriyet başsavcılığına sevk edilir. Cumhuriyet savcısı adli işlemleri tekemmül ettirir. Bu suçların soruşturmasında, kolluk tarafından müşteki, mağdur veya tanık olan sağlık personelinin ifadeleri işyerlerinde alınır. Bu fıkra hükmü, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlar hakkında da uygulanır.”* hükmü ile sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tüm personele karşı işlenen suçlara karşı uygulanacak yöntem belirtilmiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 1987).

Sağlıkta şiddeti önlemek amacıyla yapılan son düzenleme 17.04.2020 tarih ve 31102 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'dur. Söz konusu Kanunun 26. maddesinde *“7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 12 nci maddesine birinci fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra ve maddeye aşağıdaki fıkra eklenmiştir.*

“Kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personeli ile yardımcı sağlık personeline karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk

Ceza Kanununda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında;

a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır.

b) Türk Ceza Kanununun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz.”

“Şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir.”” denilerek sağlık çalışanına yönelik şiddet eylemlerinde caydırıcılığın sağlanması hedeflenmiştir (Resmi Gazete, 2020)

Sağlık-Sen tarafından yayımlanan Temmuz-Aralık 2020 şiddet raporunda, nisan ayında çıkartılan yasa ile cezaların artırıldığı ancak sağlıkta şiddet olaylarında herhangi bir azalma olmadığı belirtilmiştir. Aynı raporda şiddeti önleyecek tedbirlerin hayata geçirilmesi amacıyla anlayışın değişmesi, zihinlerin gelişmesi ve şiddete yönelik toplumsal mücadele gerektiği vurgulanmıştır (Sağlık-Sen, 2020).

1.7. Beyaz Kod

Renk kodları, sağlık kuruluşlarında kullanılan, kapsadıkları çözüm yöntemi ve anlamına göre farklılıklar gösteren ve sağlık personeli ile hasta ve hasta yakınlarını korumak amacıyla geliştirilmiş olan sistemlerdir. “Alarm, acil durum,

onay, iptal” gibi anlamları da içeren renk kodlarının renkleri, taşıdıkları anlam ve bu renk kodlarına bağlı uygulamalar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde 1990’lı yıllarda başladığı görülen renk kodu uygulamalarına Türkiye’de 2008 yılında “temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması” anlamı taşıyan mavi kod uygulaması ile geçilmiştir. Bunu 2009 yılında “yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması” anlamı taşıyan pembe kod ve 2011 yılında “çalışanlara yönelik şiddet” anlamı taşıyan beyaz kod uygulaması takip etmiştir (Aydın, 2019; Çelebi Yavaş, 2014).

Beyaz kod, hastanelerde şiddetin önlenmesini sağlamak amacıyla kullanılan bir acil durum yönetim aracıdır (Arslan, 2019). Hastane Acil Kodları içerisinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemine ilişkin olanıdır ve resmi olarak 2012’de kullanılmaya başlanmıştır (Yeşiltaş, 2018).

Beyaz kod uygulaması ile kamu ve özel tüm sağlık tesislerinde gerçekleşen şiddet eylemlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından izlenmesi, gereken müdahalenin yapılması ve eylemin takip edilmesi, olayın adli mercilere iletilmesi amaçlanmaktadır. Böylece şiddet eylemlerinin analizi yapılarak ilgili sağlık kurumuna özgü tedbirlerin alınması için çalışma yapılması mümkün olacaktır (Arıkan, 2019).

Sağlık personeli tarafından aktive edilen beyaz kod, sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar, hasta ve yakınları ile ziyaretçileri kapsar. Hastane müdürü, müdür yardımcısı, başhekim yardımcısı, başhemşire, sosyal çalışmacı, psikolog ve güvenlik amiri beyaz kod uygulamasından 1. derecede sorumludur (Arıkan, 2019; Aydın, 2019). Şiddet eyleminin mesai sonrası gerçekleşmesi durumunda sorumluluk nöbetçi uzman hekim, nöbetçi gözetmen hemşire ve nöbetçi güvenlik amirine devredilmektedir (Arslan, 2019).

Sağlık hizmet sunumu esnasında veya sağlık personelinin görevini yerine getirdiği sırada sağlık personeline karşı işlenen suçlar, beyaz kod sistemine işlenerek kayıt altına alınmakta ve tüm başvuruların arşiv kayıtları düzenlenerek raporlanmaktadır (Tokgöz, 2019). Sağlık Bakanlığı, sağlık alanında gerçekleşen şiddet eylemlerini önlemek amacıyla Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 14.05.2012 tarih ve 2012/23 sayılı Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasını konulu genelgesi ile sağlık tesislerinde Çalışan Hakları ve Güvenliği birimlerini ve ayrıca 7 gün 24 saat hizmet veren “113” numaralı çağrı merkezi ve şiddet bildiriminde kullanılmak üzere bir internet sitesi oluşturmuştur (Arslan, 2019). Sağlık hizmet sunumunda veya görevleri sırasında sağlık personeline karşı işlenen suçları takip etmek amacıyla İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Beyaz Kod Koordinatörlüğü kurulmuş ve bu koordinatörlükte iş ve işlemleri takip etmek amacıyla bir avukat görevlendirilmiştir. Tüm başvuruları inceleyen İl Beyaz Kod Koordinatörü, başvurunun beyaz kod kapsamında olup olmadığını değerlendirerek tüm bilgi ve belgeleri savcılığa ulaştırır (Tokgöz, 2019). “113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi” aranarak ve “www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet adresi üzerinden form doldurularak gerçekleştirilen başvurular, olayın adli mercilere iletilmesinde kolaylık sağlamaktadır (Arslan, 2019).

Mesai saatleri içinde veya dışında hastane içinde veya çevresinde beyaz kod uygulamasının gerçekleşmesini gerektiren bir saldırı durumunda olayın muhatabı veya görgü tanığı kurum içi telefonda 1111 numarası tuşlayarak kod bilgisini verir. Çağrının başlatılma yöntemi kurumdan kuruma değişmekte olup bazı hastanelerde “çağrı başlatıldı sesi” beklenmekte, bazılarında ise 1111 tuşlandıktan sonra “#” veya “*” işareti tuşlanarak çağrı başlatılmaktadır. Telefon görüşmesi esnasında “Beyaz Kod Poliklinik/Servis/Kat” cümlesi iki kez tekrarlanmasının ardından karşı taraf da iki kez aynı cümleyi tekrarlar. Böylece beyaz kod süreci başlamış olur (Aydın, 2019).

Beyaz kodu alan güvenlik görevlisi, ilgili güvenlik ekibini olay yerine yönlendirir. Olay yerine ulaşan güvenlik ekibi, sağlık personelinin ve ortamın güvenliğini sağlayarak ilgili kişinin eylemini sonlandırır. Güvenlik ekibi, sağlık kuruluşunun yönetim kısmını acil olarak bilgilendirmek ve olay yeri ile olaya dair delilleri korumakla mükelleftir. Güvenlik ekibi, gerektiğinde adli birimlere verilmek üzere olay yeri görüntülerini yedekler ve genel kolluk kuvvetlerine olay ile ilgili bilgi verir. Güvenlik ekibi ayrıca kolluk kuvvetleri olay yerine intikal ettiğinde onlara yardımcı olur, olay ile ilgili bilgileri aktarır ve gerekirse savcılıkta ifade vererek şahitlik de yapar (Aydın, 2019).

Beyaz kod çağrısı esnasında, gerçekleşen eylemin niteliğine göre Pembe ya da Mavi Kod çağrısı da yapılabilir. Hastaneye ait tüm giriş ve çıkış noktaları güvenlik ekibi tarafından kontrol edilerek gerek görülmesi halinde kapatılır. Beyaz kod ekibi olay yerine ulaştığında saldırıya uğrayan personel korumaya alınarak psikolojik destek sağlanır. Olayın sonucunda travma oluşmuş ise acil olarak ilk yardım uygulaması yapılır ve tedavi süreci başlatılır (Aydın, 2019).

Şiddete uğrayan sağlık personelinin ve eylemin gerçekleştiği sağlık kuruluşunun durumunun stabilize edilmesinin ardından beyaz kod başvurusunu alan birim/personel, başvuruya ilişkin bilgi ve belgeleri temin ederek beyaz kod sistemine kaydeder ve asıllarını İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne iletir. Başvuruya ilişkin olarak temin edilmesi gereken belgeler; olay tutanağı, hukuki yardım talep formu, ihbar dilekçesi, onam formu ve olayı doğrulayan diğer kanıtlardır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Olay tutanağı; adli süreçlerde kanıt teşkil etmesi açısından şiddete uğrayan sağlık çalışanı ve olaya tanık olan diğer personel tarafından, şiddet olayını anlatmak ve belgelemek üzere düzenlenen belgedir. Olay tutanağında, tarih ve saat bilgisine, şiddet eylemini gerçekleştiren kişi/kişilerin kimlik bilgilerine, kimliği bilinmiyorsa

açık eşkâline, olayın gelişim seyrine ve mağdur sağlık çalışanına yönelik saldırının ayrıntılarına, olaya tanık olan personelin isimleri ve imzalarına ve ayrıca tutanağın düzenlenme tarihine yer verilmelidir. Düzenlendikten sonra Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine teslim edilmesi gereken bu form el yazısı ile de düzenlenebilir ancak mutlaka okunaklı olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Görevli birim/personel tarafından hazırlanarak şiddet mağduru sağlık personeline imzalatılan hukuki yardım talep formu; beyaz kod kapsamında hukukî yardım talep edilip edilmediğini belirtmek üzere kullanılan bir formdur. Beyaz kod kapsamında değerlendirilen bütün başvurularda, ceza yargılaması aşamasında, şiddet mağduru sağlık personelinin talep etmesi halinde Sağlık Bakanlığı avukatları tarafından hukuki yardım sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Beyaz kod kapsamında işlenen suçlar genel itibariyle takibi şikâyetle bağlı olmayan, şikâyetçi olunmasa dahi adli makamlarca resen soruşturulan suçlar olduğundan bu tür bir suçtan haberdar olan yöneticinin, suçu adli mercilere bildirmesi yasal bir zorunluluktur. Bu bildirim görevli birim/personel tarafından hazırlanarak yöneticiye imzalatılan ihbar dilekçesi ile gerçekleştirilir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Onam formu, beyaz kod kapsamında yapılan başvuru ve başvuru nedeniyle yürütülen adli süreçte elde edilen bilgi ve belgelerin kişisel bilgiler anonimleştirilerek analiz yapılması ve sağlık personeline karşı gerçekleşen şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla kullanılacağını belirtmek ve söz konusu bilgi ve belgelerin kullanılmasına izin almak amacıyla kullanılır. Bu form, görevli birim/personel tarafından hazırlanarak şiddet mağduru sağlık çalışanına imzalatılır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Şiddet uygulayanın kimlik bilgileri, kamera kayıtları, tanıklar, olaya ilişkin diğer tutanaklar ve benzeri tüm bilgi ve belgeler olayı doğrulayan diğer kanıtlar olarak kabul edilmektedir. Bu belgeler, görevli birim/personel tarafından toplanarak sisteme kaydedilir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

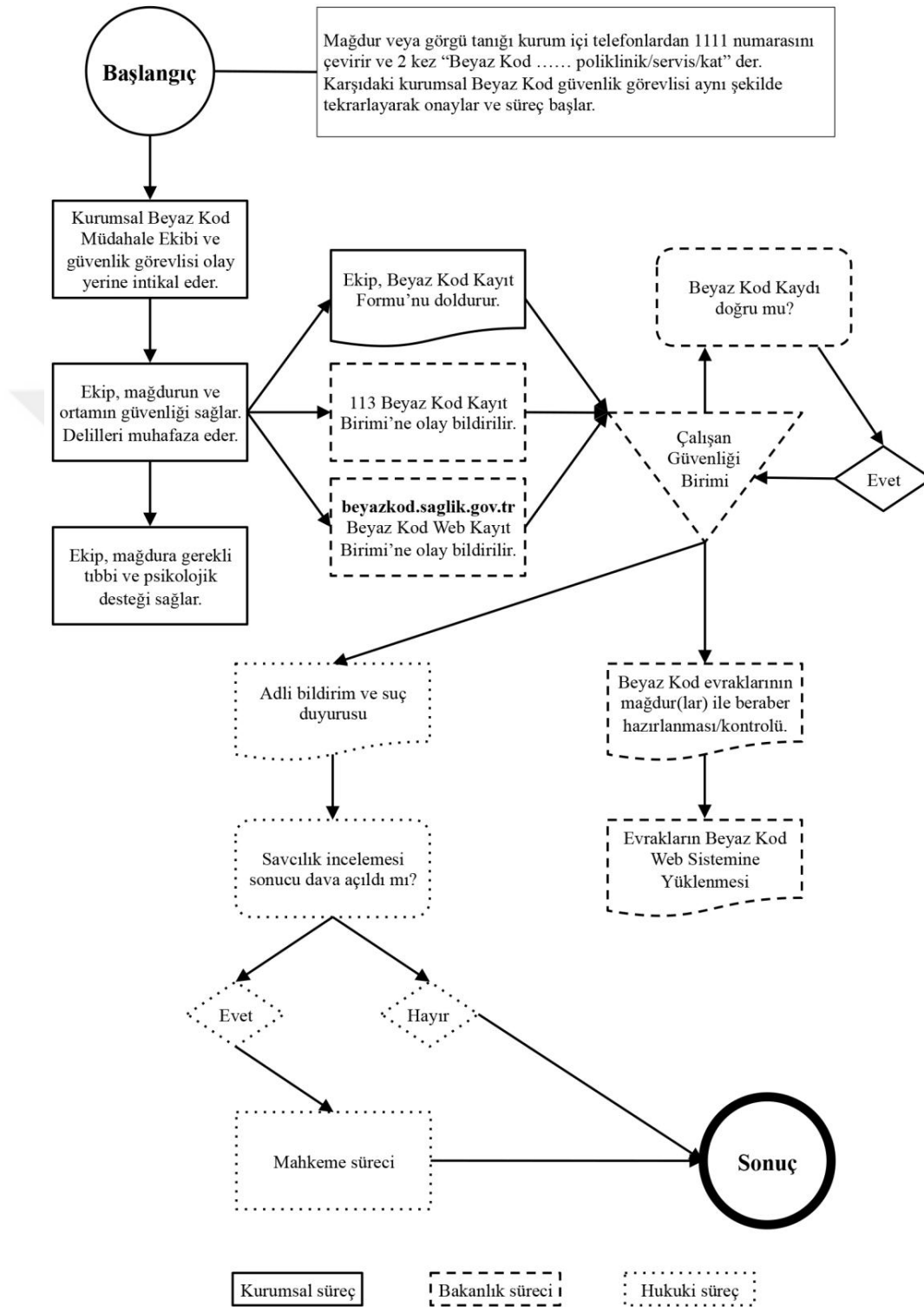
Görevli birim/personel tarafından İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne ulaştırılan bilgi ve belgeler, koordinatör tarafından incelenerek başvurunun beyaz kod kapsamında olup olmadığına karar verilir. Başvurunun beyaz kod kapsamında olması halinde bilgi ve belgeler adli makamlara iletilerek adli süreç başlatılır ve süreç boyunca şiddet mağduru sağlık çalışanına hukuki yardım yapılır. Başvurunun beyaz kod kapsamında olmaması halinde şiddet mağduru sağlık çalışanına gerekli bilgilendirme yapılır ve bu durumda hukuki yardım talebi karşılanmaz. Başvurunun beyaz kod kapsamında olmadığına ilişkin bilgilendirme tarihinden itibaren 7 gün içerisinde İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne bir dilekçe ile itiraz edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Sağlık Bakanlığı'nın internet sitesi üzerinden yapılan başvurularda sistem üzerinde yer alan “Beyaz Kod Bildirim Formunun” eksiksiz doldurulması gerekmektedir. Beyaz Kod Bildirim Formunda, olayın gerçekleştiği tarih, saat ve yer, olay esnasında yapılan işlem, olayın başlama nedeni, olayın oluş şekli belirtilir. Varsa olayda kullanılan nesne, olay nedeniyle çevrede oluşan olumsuzluklar, olaya karışanların yaş, cinsiyet ve varsa kişisel bilgileri, olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri ve son olarak güvenlik ekibinde yer alan memurun imzası ve kaşesi de bu formda yer almaktadır (Kazandere, 2016, s. 63). Formdaki bilgiler bir kere kayıt edildikten sonra kayıt eden kişi tarafından değiştirilmesi mümkün değildir. Değişiklik yalnızca Beyaz Kod İl Koordinatörü tarafından yapılabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Beyaz kod bildirim hattı (Alo 113) aranarak ya da Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi ile iletişime geçilerek de beyaz kod başvurusunda bulunulabilir. Alo 113 hattında görev yapan operatör veya Çalışan Hakları ve Güvenliği Biriminde görevli personel tarafından şiddet mağduru personelin TC kimlik numarası istenecektir. Sisteme daha önce üye olunduysa olay yeri ve tarih-saat bilgilerinin iletilmesi halinde başvuru tamamlanacaktır. Sisteme üye olunmadıysa operatör/görevli personel tarafından istenilen bilgilerin iletilmesiyle üyelik işlemleri gerçekleştirilecektir. Akabinde olay yeri, tarih ve saat bilgilerinin de sisteme kaydı ile başvuru tamamlanacaktır. Başvurunun tamamlanması ile söz konusu başvuru otomatik olarak şiddet mağduru personelin kurumunda bulunan Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi ekranına düşer. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi personeli, kısa süre içinde mağdur kişi ile irtibata geçer. Şiddete maruz kalan çalışan, adli süreçlerde kanıt teşkil etmesi açısından olaya tanık olan diğer personel ile birlikte, olayı anlatan ve belgeleyen bir tutanak düzenlemelidir. Tutanakta, tarih ve saat bilgileri ile failin kimlik bilgilerine, olayın gelişim seyrine ve mağdur çalışana yönelik saldırının ayrıntılarına yer vermesinin yanı sıra mutlaka olaya tanık olan personelin adları ve imzaları, ayrıca tutanağın düzenlendiği tarih bilgisine de yer verilmelidir. Tutanak el yazısı ile düzenlenebilir, ancak okunaklı olması gerekir. Düzenlenen olay tutanağının Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine teslim edilmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Bir olayda birden fazla personelin şiddet mağduru olduğu durumlarda her personel için ayrı ayrı başvuru alınıp sisteme kaydı sağlanmalıdır. Kayıt işleminin tamamlanmasının ardından başvurular için birleştirme işlemi yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Adli süreçte şiddet mağduru sağlık çalışanına adli mercilerce yapılacak tüm tebligatların en kısa sürede il koordinatörlüğüne bildirilmesi, mahkemece zorla getirilme kararı verilebilme ihtimali nedeniyle yapılacak duruşmalarda hazır bulunulması oldukça önemlidir. Şiddet mağduru sağlık çalışanı bu süreçte özel avukatından da hukuki yardım alma imkânına sahiptir. Ancak bu durumda Sağlık Bakanlığı avukatlarından hukuki yardım almaya devam edip etmeyeceğini il koordinatörlüğüne bildirmesi gerekmektedir. Şiddet mağduru sağlık çalışanı, süreç

boyunca, sürecin her aşamasından, vermiş olduğu mail adresine bilgilendirme mailleri gönderilerek haberdar edilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2020).



Şekil 1.2. Beyaz Kod Başvuru Süreci ve Hukuki Süreç (Kaynak: Aydın, 2019)

Beyaz kod bildirimi ve hukuki süreç Şekil 1.2.'de özetlenmiştir. Buna göre Bakanlık tarafından beyaz koda ilişkin olarak verilen hizmetin basamakları;

- Kurumdan/birimden görevlendirilen birim/personelin, beyaz kod ile ilgili aramayı gerçekleştiren kişi ile irtibata geçmesi,
- Söz konusu birim/personelin başvurusuna ilişkin bilgi ve belgelerin İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne iletilmesi,
- Olay tutanağının hazırlanması,
- Hukuki yardım talep formunun hazırlanması,
- İhbar dilekçesinin hazırlanması,
- Onam formunun doldurulması,
- Olayı doğrulayan kanıtların toplanarak sisteme kaydedilmesi,
- Belgelerin, İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü tarafından incelenmesi,
- Adli sürecin işlemesi,

- Süreç sonucundan mağdur kişinin bilgilendirilmesi şeklinde gerçekleşir (Aydın, 2019).

Beyaz kod yetkilileri kamu ya da özel sektörde çalışan tüm sağlık personeline yönelen şiddet olgularını incelemek, şiddet sonrası mağdurlara psikolojik destek sağlamak, sağlıkta şiddet olaylarının adli makamlara taşınması ve sürecin takibi, tüm bu hususlara ilişkin bilgi ve belgelerin toplanıp izlenmesi konularından sorumludur. Bu nedenle beyaz kod birimleri, kesintisiz olarak hizmet vermekte, birimde sosyal hizmetler alanında eğitim almış kişiler ve psikologlar görev yapmaktadır. Sağlık sektörünün tüm basamaklarında yer alan kamu ve özel tüm kurum ve kuruluşlardan gelen ihbarlar değerlendirilmekte ve şiddete maruz kalan kişi/kişilerden olayın içeriği dinlenip durum, rapor haline getirilerek adli süreç başlatılmaktadır (Tan, 2016).

Tutulan kayıtlar, yapılması gereken düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin belirlenmesi amacıyla Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir. Şiddet olayına maruz kalan personele gerekli destek sağlanmalıdır. Personele beyaz kod ile ilgili eğitimler mutlaka verilmeli ve hastanelerde tatbikatlar yapılmalıdır (Arslan, 2019; Aslan, 2019).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Sağlık sektöründe meydana gelen şiddet eylemlerinin değerlendirilmesi önemli bir çalışma alanı olduğundan çalışmamızın bu bölümünde araştırmanın amacı, önemi, gereç ve yöntemi ile sınırlılıklarına yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulu'na ve İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü'ne yapılan başvuruların dağılımı ve sağlıkta meydana gelen şiddet olaylarının nedenlerinin belirlenmesi, tarafların sorun oluşumundaki payları ve soruna yaklaşımları ile kişilerin şiddet anında ve sonrasında gelişen olayları nasıl algılayıp değerlendirdikleri bilgisi ile sorunun kaynağına yönelik çözüm yollarının belirlenmesidir.

Araştırmanın alt amaçları;

- Hasta Hakları Kurullarına başvuruda bulunanların profilinin ortaya çıkarılması ve başvuruya ilişkin konu dağılımlarının belirlenmesi, bu başvuruların beyaz kod başvurusuna dönüşme sıklığının ortaya koyulması ve sonucunda hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarının şiddet konusundaki algı ve tutumlarının ortaya çıkarılması,

- Sağlık hizmet kalitesinin artırılması ve hasta memnuniyetine katkı sağlanmasının yanında, sağlık çalışanlarının şiddete uğramalarının önüne geçilmesine yönelik öneriler geliştirilmesidir.

Çalışma Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan “beyaz kod koordinatörlüğü” ve 2 adet “hasta hakları kuruluna” 2015-2018 yılları arasında yapılan başvuruların değerlendirilmesi için “girişimsel olmayan klinik araştırmalar” kapsamında, bir kayıt araştırması olarak tasarlanmıştır. Çalışma, belirli bir dönemi kapsayan kesitsel bir çalışmadır. Tanımlayıcı ve retrospektif olarak gerçekleştirilen çalışma, kurumun resmi izni alınarak Hatay İl Sağlık Müdürlüğü’nde uygulanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evrenini 2015-2018 yılları arasında, Hatay İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı hasta hakları kurulları ile beyaz kod koordinatörlüğüne yapılan tüm başvurular oluşturmaktadır. Araştırmada tam sayım yöntemi uygulanmış, örnekleme yapılmamıştır. Çalışmanın Hatay ilinde bulunan tüm I. ve II. basamak kamu sağlık tesislerinde bulunan “hasta hakları birimi” ve “çalışan hakları ve güvenliği (beyaz kod) birimi” ile İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan 2 adet “hasta hakları kurulu” ve “beyaz kod koordinatörlüğünde” yapılması planlanmış ve gerekli izinler söz konusu kurumlardan talep edilmiştir. Ancak çalışmanın yapılmasına yalnızca Hatay İl Sağlık Müdürlüğü izin verdiğinden diğer sağlık tesisleri çalışmaya dâhil edilememiştir.

Bu çalışmanın gerçekleştirildiği Hatay ili, 06.12.2012 tarih ve 28489 Sayılı Resmî Gazete ‘de yayımlanarak yürürlüğe giren “On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde

Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile büyükşehir statüsü kazanmıştır. Bünyesinde kurulan üç yeni ilçe ile birlikte ilçe sayısı on ikiden on beşe yükselmiştir (Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 2012b).

Bu çalışmanın gerçekleştirildiği Hatay İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı 11 devlet hastanesi, 4 ağız ve diş sağlığı merkezi, 13 ilçe sağlık müdürlüğü, 2 toplum sağlığı merkezi mevcuttur. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, il genelinde mevcut yaklaşık 13.000 personeli ile 1.628.894 nüfusa (Hatay Valiliği, 2020) hizmet sunmaktadır.

2.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada 01.01.2015-31.12.2018 tarihleri arasında hasta hakları kurullarına ve beyaz kod koordinatörlüğüne yapılan başvurulara ilişkin veriler, Hasta Hakları Bildirim Sistemi ve Beyaz Kod Bildirim Sisteminden elde edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 05.12.2019 tarih ve 17 karar sayılı Etik Kurul Onayı (Ek-2) ve ayrıca araştırma verilerinin toplandığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğünden 05.03.2020 tarihli Bilimsel Araştırma İzni (Ek-3) alınmıştır.

Yapılan başvurular ve başvuruların hukuki sonuçları, bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenlerini ise sosyodemografik değişkenler, olayın gerçekleştiği birim, başvuru türü, olay tarihi, şikâyetin ve davanın durumu oluşturmaktadır.

2.4. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada, hasta hakları kurullarına ve beyaz kod koordinatörlüğüne yapılan başvurularda yer alan şiddet bulgularının değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu amaçla başvurularda yer alan şiddet olgularının değerlendirilmesini sağlayacak değişkenler belirlenmiştir. Hasta hakları kurullarına yansıyan başvurulara ilişkin veriler SPSS paket programına işlenmiş, beyaz kod sistemine yansıyan başvurulara ilişkin veriler ise sistemin kendi raporlama ekranından elde edilmiştir. Elde edilen veriler analiz yapılabilecek hale getirilmiş, sayısal olmayan veriler sayısallaştırılmıştır. Veriler tamamlandıktan sonra elde edilen bulgular daha net görülebilmesi için tablolar ve grafikler halinde hazırlanarak sunulmuş ve tartışılmıştır.

Araştırma üç bölümde ele alınmıştır.

1. Araştırmanın ilk bölümünde hasta hakları, şiddet ve beyaz kod kavramlarına ilişkin geniş literatür çalışmasına yer verilmiştir.

2. Uygulama yapılması planlanan kurumun belirlenmesi ve kurumsal izin süreçlerinin tamamlanmasının ardından 2015-2018 yılları arasında yapılan tüm başvurular retrospektif olarak toplanıp düzenlenmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir.

3. Elde edilen veriler çalışmanın üçüncü bölümünde tablolar ve grafikler yardımıyla düzenlenmiş ve analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar yorumlanmıştır.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

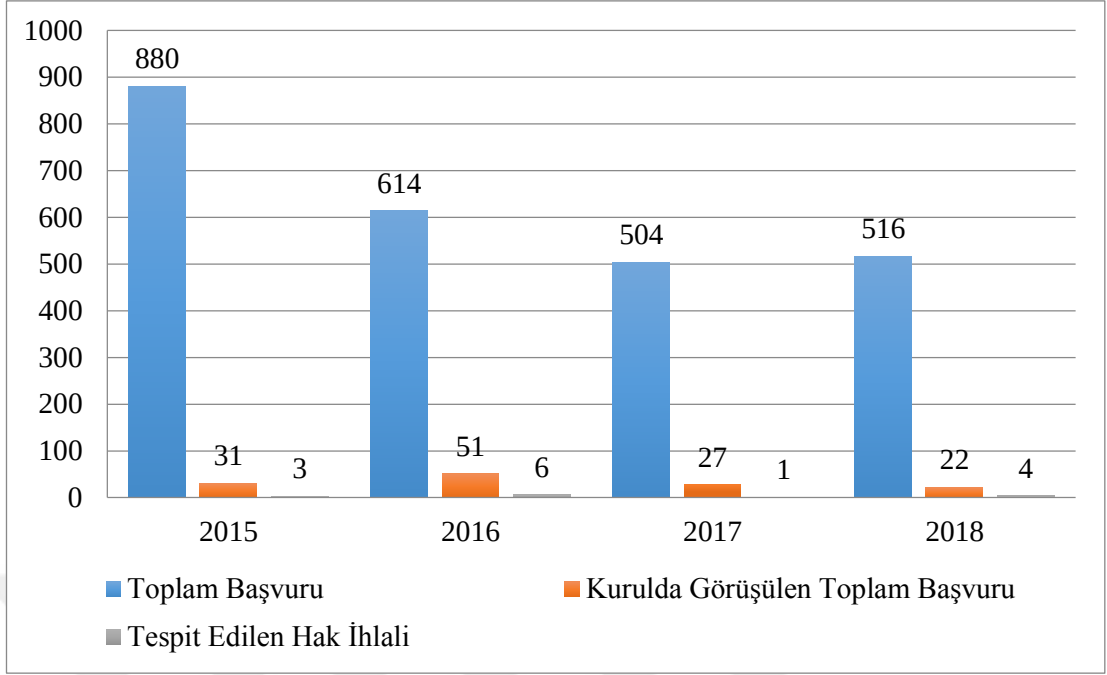
Bu çalışmanın planlanması aşamasında, Hatay ilinde sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü tüm I. ve II. basamak kamu sağlık tesislerinde gerçekleştirilmesi düşünülerek gerekli resmi girişimler başlatılmış olmasına karşın çalışma sadece uygulama izni veren Hatay İl Sağlık Müdürlüğünde gerçekleştirilebilmiştir. Bu nedenle çalışmanın sonuçları sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü tesislerin tümüne genellenemez olup yalnızca çalışmanın uygulama aşamasının gerçekleştirildiği sağlık tesisi ile sınırlıdır. Çalışmanın, yalnızca Hatay İl Sağlık Müdürlüğünde gerçekleştirilmiş tek merkezli bir çalışma olması da çalışmamıza ilişkin bir diğer sınırlılıktır. Kayıt sistemlerinin başvurulara ilişkin tüm değişkenleri içermemesi çalışmanın bir diğer kısıtlılığı olarak değerlendirilmektedir. Beyaz Kod Bildirim sisteminde yer alan yaş bantları literatürde yaygın olarak kullanılan dağılımlara göre belirlenmediğinden, kıyaslama yapmanın kolay olması amacıyla, Hasta Hakları Bildirim Sistemine yapılan başvurulara ilişkin sınıflandırma yapılırken tarafımızca benzer bant aralığı kullanılmıştır. Bu durum çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır.

3. BULGULAR

Bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında Hasta Hakları Kurulları ile Beyaz Kod İl Koordinatörlüğüne yapılan başvurulara ilişkin bulgular değerlendirilmiş ve veriler birbiriyle kıyaslanmıştır. Araştırmanın bu bölümünde değerlendirme sonuçlarına yer verilmiş ve çalışmadan elde edilen bulgular üç bölümde sunulmuştur.

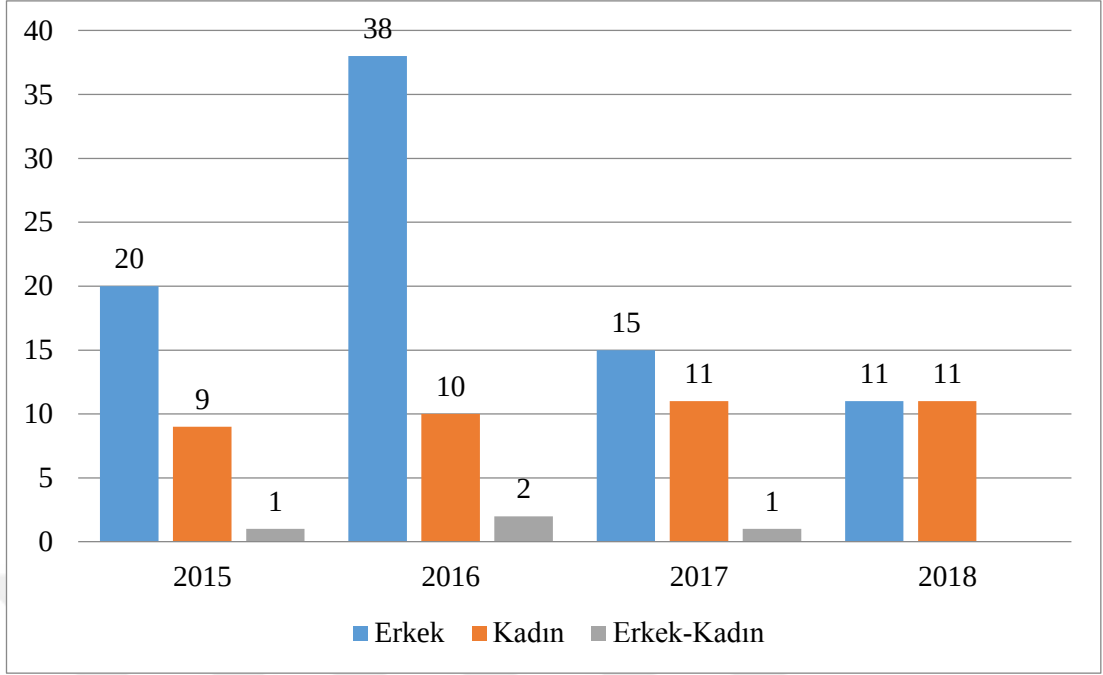
3.1. Hasta Hakları Kuruluna Yapılan Başvuruları Tanımlayıcı Bulgular

Hasta Hakları Kurullarına yansıyan başvurulara ilişkin tanımlayıcı veriler bu bölümde verilmiştir. Çalışmanın bu bölümünde 2015-2018 tarihleri arasında Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı tesislerinde hizmet alan bireylerin yaptıkları hasta hakları ihlal başvuru verileri analiz edilmiştir. Veriler; yıllara göre hasta hakları kurullarına yansıyan başvuru dağılımı, yıllara göre şikâyet edilen personelin cinsiyet dağılımı, başvuruda bulunanın cinsiyeti, yıllara göre başvuruda bulunan bireylerin öğrenim durumu, yıllara göre başvuruda bulunan birey dağılımı, yıllara göre başvuruda bulunan bireylerin yaş dağılımı, başvuru nedenlerinin yıllara göre dağılımı, başvurunun yapıldığı kurum türünün yıllara göre dağılımı, kurum bazlı başvuru dağılımı, yıllara göre olayın gerçekleştiği birim dağılımı, yıllara göre ihlal edilen hak türleri dağılımı, şikâyet edilen personelin yıllara göre unvan bazlı dağılımı başlıkları altında incelenmiştir.



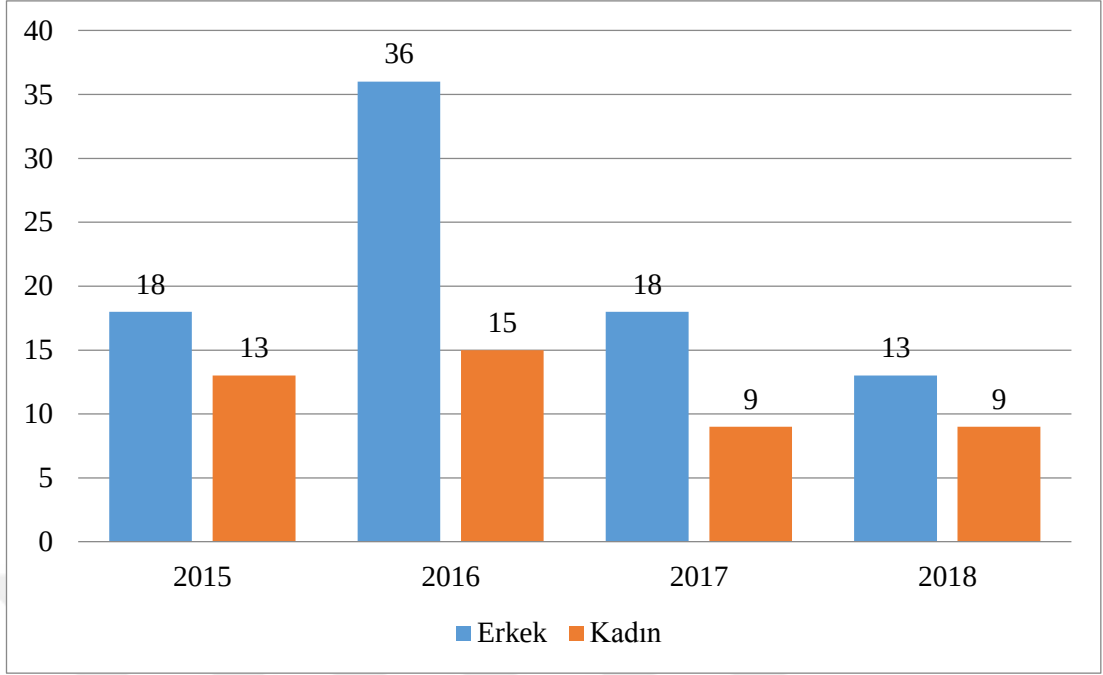
Şekil 3.1. Hasta Hakları Kurullarına Yapılan Başvuruların Yıllara Göre Dağılımı

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı hasta hakları kurullarına 2015-2018 yılları arasında yapılan ihlal başvurularının yıllara göre dağılımı Şekil 3.1.'de yer almaktadır. 2015 yılında hasta hakları birimlerine toplam 880 başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların 31 tanesi yerinde çözümlenemeyerek İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurullarında görüşülmüştür. Bu sayı tüm başvuruların %3,5'ini oluşturmaktadır. Bu başvuruların 3 tanesinde hak ihlali olduğu değerlendirilmiş olup bu sayı, değerlendirilen başvuruların %9,7'sine tekabül etmektedir. 2016 yılında yapılan 614 başvurunun 51'i yerinde çözümlenemediği için hasta hakları kurullarına yansımış ve bu başvuruların 6 adedinde hak ihlali tespit edilmiştir. Yapılan başvuruların %8,3'ü kurula yansımış ve yansıyan başvuruların %11,8'i hasta hakları ihlali olarak değerlendirilmiştir. 2017 yılında yapılan 504 başvurunun %5,3'ünün hasta hakları kurullarına yansıdığı tespit edilmiştir. Bu başvuruların %3,7'sinde ihlal olduğu değerlendirilmiştir. 2018 yılında 516 başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların %4,3'ü hasta hakları kurullarına yansımıştır. 22 başvurunun 4'ünde (%1,8) ihlal olduğu kararı verilmiştir.



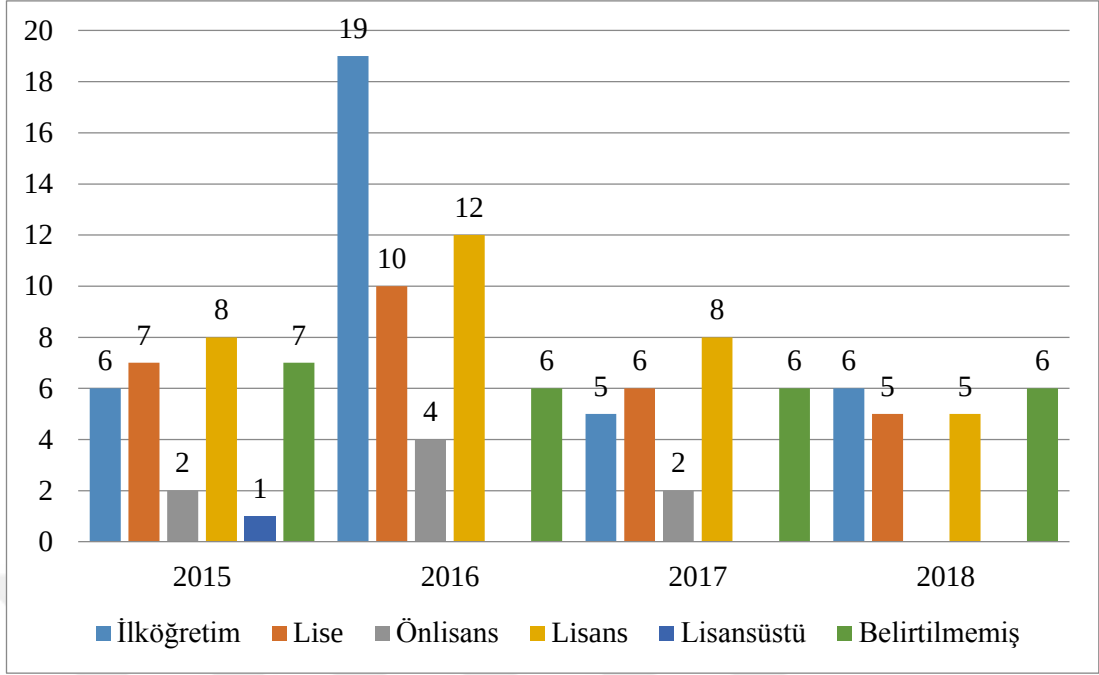
Şekil 3.2. Hakkında Başvuru Yapılan Personelin Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı

Hasta hakları kurullarında görüşülen başvurularda, hakkında başvuru yapılan personelin cinsiyet dağılımı Şekil 3.2.'de verilmiştir. 2015 yılında yapılan başvuruların %67'si erkek sağlık personeli, %30'u kadın sağlık personeli ve %3'ü hem kadın hem erkek sağlık personeli hakkında yapılmıştır. 2016 yılında yapılan başvuruların %76'sı erkek sağlık personeline, %20'si kadın sağlık personeline ve %4'ü hem kadın hem erkek sağlık personeline ilişkindir. 2017 yılında bu sıralama %55,6 erkek sağlık çalışanları, %40,7 kadın sağlık çalışanları ve %3,7 hem kadın hem erkek sağlık çalışanı şeklinde gerçekleşmiştir. 2018 yılında ise kadın ve erkek sağlık personeli hakkında eşit oranda başvuru gerçekleşmiştir.



Şekil 3.3. Başvuruda Bulunan Bireylerin Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı

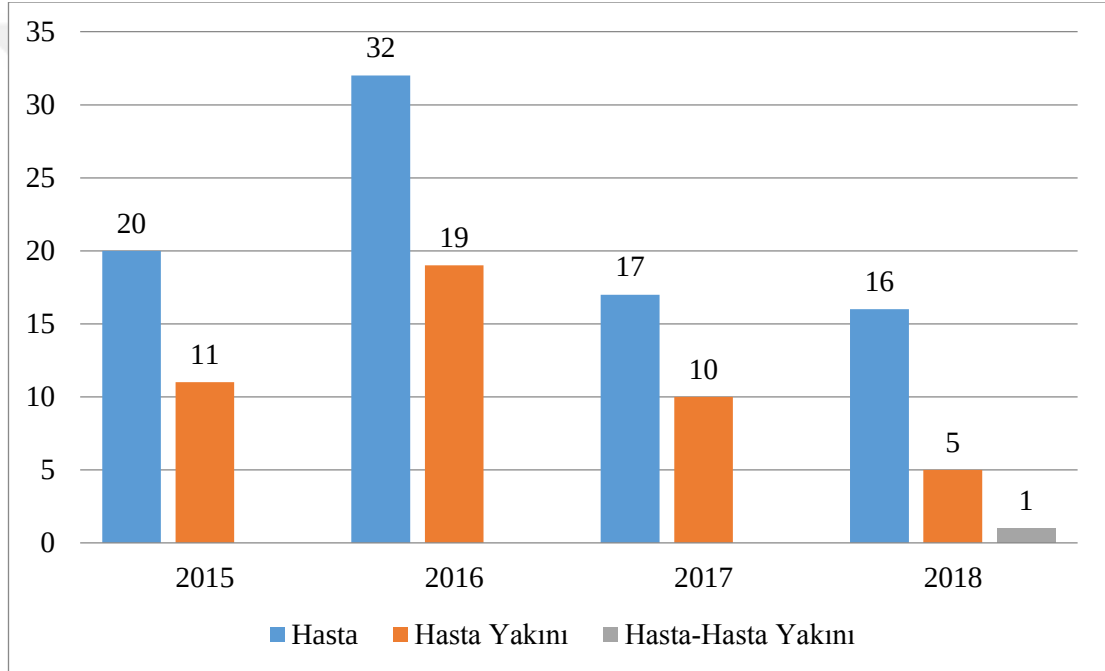
Hasta hakları kuruluna yapılan başvuruları gerçekleştiren bireylerin cinsiyet dağılımı Şekil 3.3.'te verilmiştir. 2015 yılında yapılan başvuruların %58,1'inin erkek bireyler tarafından, %41,9'unun ise kadın bireyler tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. 2016 yılında yapılan başvurular %70,6 oranında erkek bireyler, %29,4 oranında kadın bireyler tarafından yapılmıştır. 2017 yılında bu oran %66,7 erkek bireyler ve %33,3 kadın bireyler şeklinde gerçekleşmiştir. 2018 yılında başvuruların %59,1 oranında erkek bireyler, %40,9 oranında kadın bireyler tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.



Şekil 3.4. Başvuruda Bulunan Bireylerin Öğrenim Durumlarının Yıllara Göre Dağılımı

Hasta hakları kuruluna yapılan başvuruları gerçekleştiren bireylerin öğrenim durumu Şekil 3.4.'te verilmiştir. Şekil 3.4.'te yer alan verilere göre 2015 yılında yapılan başvurularda bireylerin %22,6'sının öğrenim durumunu belirtmediği anlaşılmaktadır. Öğrenim durumunu belirten başvurucuların %25,8'inin lisans mezunu bireyler, %22,6'sının lise mezunu bireyler, %19,4'ünün ilköğretim mezunu bireyler, %6,5'inin ön lisans mezunu bireyler ve %3,2'sinin lisansüstü eğitim almış bireyler olduğu tespit edilmiştir. 2016 yılında yapılan başvurularda bireylerin %11,8'i öğrenim durumuna ilişkin bilgi paylaşmamıştır. Öğrenim durumunu belirten bireylerin %37,3'ü ilköğretim mezunu, %23,5'i lisans mezunu, %19,6'sı lise mezunu ve %7,8'i ön lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. 2017 yılında başvuru yapan bireylerin %22,2'sinin öğrenim durumunu belirtmediği görülmüştür. öğrenim durumunu belirten başvurucuların çoğunluğunu %29,6'lık oranla lisans mezunu bireyler oluşturmaktadır. Bu sırayı %22,2'lik oranla lise mezunu bireyler izlemektedir. 3. sırada bulunan ilköğretim mezunu bireylerden gelen başvuruların oranı 18,5'tir. Başvuruların %7,4'ü ise ön lisans mezunu bireyler tarafından yapılmıştır. 2018 yılında yapılan başvuruların %27,3'ünde bireyler öğrenim durumlarını belirtmemişlerdir. Öğrenim durumunu belirten bireylerin %27,3'ü

ilköğretim mezunu, %22,7'si lise ve yine %22,7'si lisans mezunudur. Şekil 3.4.'ten başvuruda bulunan bireylerin öğrenim durumunun yıllara göre değişkenlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Tüm başvurular birlikte değerlendirildiğinde başvuruda bulunan bireylerin %19,1'inin öğrenim durumunu bildirmediği tespit edilmiş, öğrenim durumunu bildiren bireylerin çoğunluğunu %27,5 oranıyla ilköğretim mezunu bireylerin oluşturduğu anlaşılmıştır. Bu sıralamayı %25,2 oranıyla lisans mezunları, %20,6 oranıyla lise mezunları, %6,9 oranıyla ön lisans mezunları ve %0,7 oranıyla lisansüstü eğitim mezunları takip etmektedir.



Şekil 3.5. Başvuruda Bulunan Bireylerin Yıllara Göre Dağılımı

Hasta hakları ihlal başvurusunda bulunan bireylerin yıllara göre dağılımı Şekil 3.5.'te yer almaktadır. 2015 yılında yapılan başvuruların %64,5'i hastalar, %35,5'i hasta yakınları tarafından yapılmıştır. 2016 yılında yapılan başvuruların %62,8'i hastalar ve %37,3'ü hasta yakınları tarafından yapılmıştır. 2017 yılında bu sıralama %63 oranında hastalar ve %37 oranında hasta yakınları şeklinde gerçekleşmiştir. 2018 yılında başvuruların %72,7'si hastalar, %22,7'si hasta yakınları, %4,5'i ise hasta ve hasta yakınları tarafından birlikte yapılmıştır.

Hasta hakları kurullarında görüülen başvuruları gerçekleştiren bireylerin yaş dağılımı Çizelge 3.1.'de gösterilmektedir.

Çizelge 3.1. Başvuruda Bulunan Bireylerin Yıllara Göre Yaş Dağılımı

	2015		2016		2017		2018	
Yaş Aralığı	Başvuran Kişi Sayısı	Oran	Başvuran Kişi Sayısı	Oran	Başvuran Kişi Sayısı	Oran	Başvuran Kişi Sayısı	Oran
10-13	0	0	0	0	0	0	0	0
14-17	0	0	0	0	0	0	0	0
18-22	1	3,2	3	5,9	2	7,4	4	18,2
23-27	4	12,9	3	5,9	4	14,8	3	13,6
28-32	2	6,5	8	15,7	1	3,7	3	13,6
33-37	4	12,9	5	9,8	4	14,8	1	4,5
38-42	2	6,5	6	11,8	4	14,8	5	22,7
43-47	4	12,9	5	9,8	2	7,4	1	4,5
48-52	1	3,2	2	3,9	1	3,7	0	0
53 ve üstü	2	6,5	5	9,8	1	3,7	0	0
Belirtilmemiş	11	35,5	14	27,5	8	29,6	5	22,7

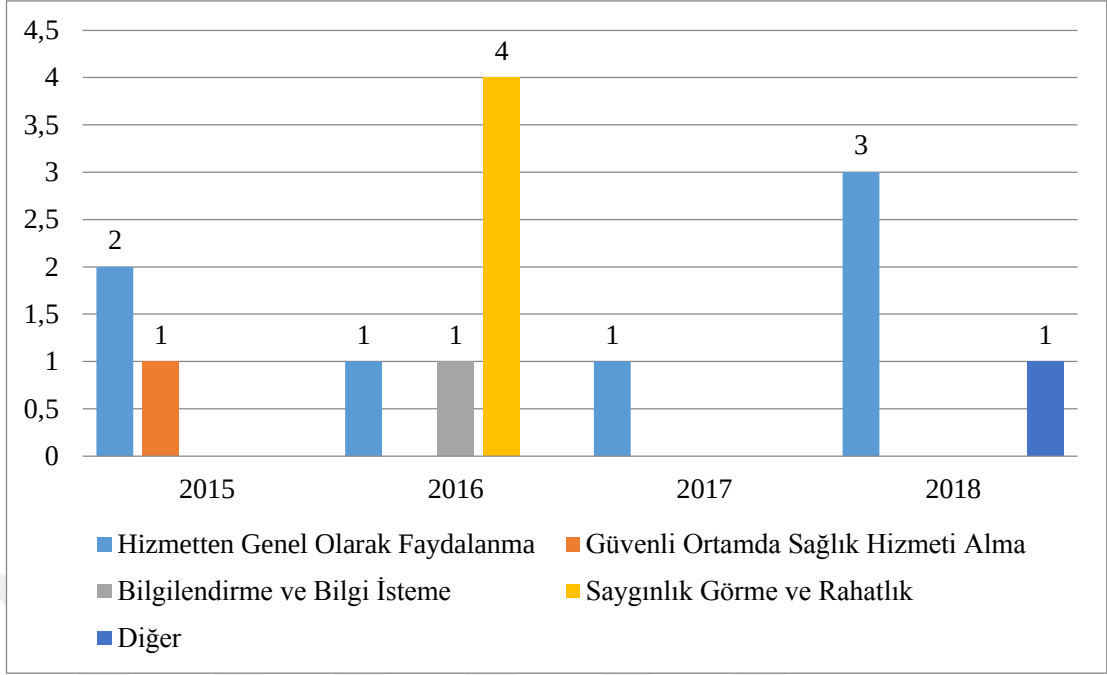
Başvuruda bulunan bireylerin yaşını belirtmeme eğiliminde oldukları Çizelge 3.1.'de izlenmektedir. Bu durum bireylerin, kişisel bilgilerini paylaşmakta tereddüt ettikleri şeklinde yorumlanabileceği gibi form doldurmada gerekli özeni göstermedikleri şeklinde de yorumlanabilir. 2015 yılında yapılan başvurularda, yaşını belirten bireylerin çoğunluğunun %12,9'luk eşit oranlarla 18-22 yaş, 33-37 yaş ve 43-47 yaş arasında bulunduğu görülmektedir. 2016 yılında yapılan başvuruların çoğunluğu 28-32 yaş arası bireyler tarafından yapılmış olup bu sırayı 38-42 yaş arası bireyler izlemektedir. 2017 yılında ise en çok başvuru %14,8'lik eşit oranla 23-27 yaş, 33-37 yaş ve 38-42 yaş arası bireyler tarafından yapılmıştır. 2018 yılında %22,7'lik oranla en çok başvuru, 38-42 yaş arası bireyler tarafından yapılmıştır. Bu sıralamayı %18,2'lik oranla 18-22 yaş arası bireyler izlemiştir.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan hasta hakları ihlal başvurularının nedenlerinin yıllara göre dağılımı Çizelge 3.2.'de yer almaktadır.

Çizelge 3.2. Yapılan Başvuru Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı

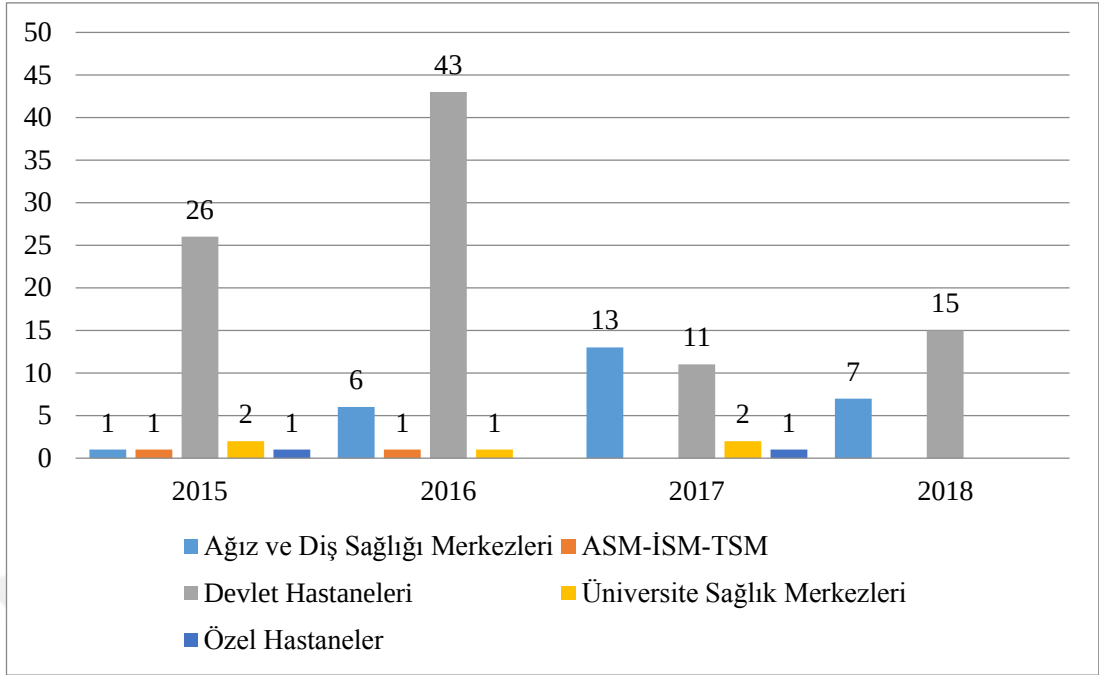
	2015		2016		2017		2018	
Başvurunun Nedenleri	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Hizmetten Genel Olarak Faydalanma	15	%46,9	19	%35,2	12	44,4	16	%69,6
Bilgilendirme ve Bilgi İsteme	2	%6,25	1	%1,85	0	0	0	0
Sağlık Kuruluşunu/Sağlık Personelini Seçme/Değiştirme	0	0	0	0	0	0	0	0
Mahremiyet	0	0	1	%1,85	0	0	0	0
Rıza	0	0	0	0	0	0	0	0
Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma	1	%3,1	1	%1,85	1	3,7	0	0
Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme	0	0	0	0	0	0	0	0
Saygınlık ve Rahatlık	12	%37,5	31	%57,4	13	48,1	7	%30,4
Ziyaretçi/Refakatçi Bulundurma	2	%6,25	0	0	0	0	0	0
Şikayet ve Dava	0	0	0	0	0	0	0	0
Diğer	0	0	1	%1,85	1	3,7	0	0

Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan hasta hakları ihlal başvurularının nedenlerini gösteren Çizelge 3.2.'den 2015, 2016, 2017 ve 2018 yıllarının tamamında bireylerin, saygınlık ve rahatlık hakkı ile genel olarak sağlık hizmetinden faydalanma haklarının ihlal edildiğini düşündükleri anlaşılmaktadır. Çizelge 3.2.'ye göre sağlık hizmet sunumunda bireylerin en çok hizmetten faydalanma ile saygınlık ve rahatlık ihtiyacı hissettiği söylenebilir.



Şekil 3.6. İhlal Edildiği Tespit Edilen Hasta Haklarının Yıllara Göre Dağılımı

Hasta hakları kurullarına yansıyan başvurularda ihlal edildiği değerlendirilen hakların dağılımı Şekil 3.6.'da verilmiştir. 2015 yılında en çok hizmetten genel olarak faydalanma hakkı ihlal edilmiş ve bunu güvenli ortamda sağlık hizmeti alma hakkı izlemiştir. 2016 yılında en çok ihlal edilen hasta hakkı saygınlık görme ve rahatlık hakkı olurken bu sıralamayı eşit oranlarla hizmetten genel olarak faydalanma hakkı ile bilgilendirme ve bilgi isteme hakkı takip etmiştir. 2017 yılında 'ihlal var' kararı alınan 1 başvurunun içeriğinde hizmetten genel olarak faydalanma hakkının yer aldığı tespit edilmiştir. 2018 yılında en çok ihlal edilen hasta hakkının hizmetten genel olarak faydalanma hakkı olduğu görülmektedir. 2015-2018 yılları birlikte değerlendirildiğinde en çok ihlal edilen hasta hakkının 'hizmetten genel olarak faydalanma' hakkı olduğu ve bunu 'saygınlık görme ve rahatlık' hakkının izlediği tespit edilmiştir.



Şekil 3.7. Yapılan Başvuruların Yıllara Göre Kurum Bazlı Dağılımı

Hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların yapıldığı kurum dağılımı Şekil 3.7.'de yer almaktadır. 2015 yılında yapılan başvuruların %83,9'unun, devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alan bireyler tarafından yapıldığı görülmektedir. Bu sıralama %6,5 oranında üniversite sağlık tesisleri ve %3,2'lik eşit oranlarda ADSM'ler, ASM-İSM-TSM'ler ve özel hastaneler şeklindedir. 2016 yılında da %84,3'lük oranla devlet hastanelerinin başı çektiği tespit edilmiştir. Sıralama %11,8 oranıyla ADSM'ler ve %2'lik eşit oranla ASM-İSM-TSM'ler ve üniversite sağlık tesisleri şeklinde devam etmektedir. 2017 yılında hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların çoğunluğu %48,1'lik oranla ADSM'lerden hizmet alan bireyler tarafından yapılmıştır. Bu sıralamayı %40,7'lik oranla devlet hastaneleri, %7,4'lük oranla üniversite sağlık tesisleri ve %3,7'lik oranla özel hastaneler takip etmektedir. 2018 yılında %68,2'lik oranla devlet hastanelerinin ilk sırada yer aldığı, bunu %31,8'lik oranla ADSM'lerin izlediği görülmektedir. Şekil 3.7.'den tüm başvuruların %72,7'sinin devlet hastanelerinden ve %19,7'sinin ADSM'lerden yapıldığı anlaşılmaktadır.

Araştırma bulgularını değerlendirmede kolaylık sağlaması amacıyla Çizelge 3.3.'te Hatay ilinin ilçe nüfuslarına yer verilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020c).

Çizelge 3.3. Hatay İli İlçe Nüfusları

İlçe/Yıl	2015	2016	2017	2018
Altınözü	60743	60554	60603	61106
Antakya	360652	365402	370485	377793
Arsuz	82498	84889	87666	90456
Belen	30842	31571	32336	33540
Defne	140097	143176	146803	151017
Dört Yol	118761	121423	122568	123891
Erzin	41290	41612	41426	41368
Hassa	54130	54837	55073	56409
İskenderun	246207	246639	247220	248335
Kırıkhan	108918	111269	113096	115196
Kumlu	13060	13172	13228	14233
Payas	40434	40784	41153	41409
Reyhanlı	90758	91974	95057	98534
Samandağ	117770	119176	119558	121109
Yayladağı	27347	28687	28954	35460

KAYNAK: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>

Hatay ilinin nüfusu en yoğun ilçelerinin sırasıyla Antakya, İskenderun, Defne, Dört Yol, Samandağ, Kırıkhan ve Reyhanlı'dır. 2012 yılında yayımlanan 6360 sayılı KHK ile kurulan Arsuz, Defne ve Payas ilçelerinde henüz birer hastane kurulmamıştır. Bu ilçelerde sağlık hizmeti ASM'ler, ASHİ'ler ve 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti sunan poliklinikler aracılığı ile yürütülmektedir. Dolayısıyla bu ilçelerde yaşayan nüfus sağlık hizmeti ihtiyacını çevre ilçelerden karşılamaktadır. Defne ilçesinde yaşayan bireyler Antakya ilçesinde, Arsuz ilçesinde yaşayan bireyler

İskenderun ilçesinde, Payas ilçesinde yaşayan bireyler ise İskenderun ve Dörtöyl ilçelerinde mevcut sağık tesislerinden sağık hizmeti alabilmektedir.

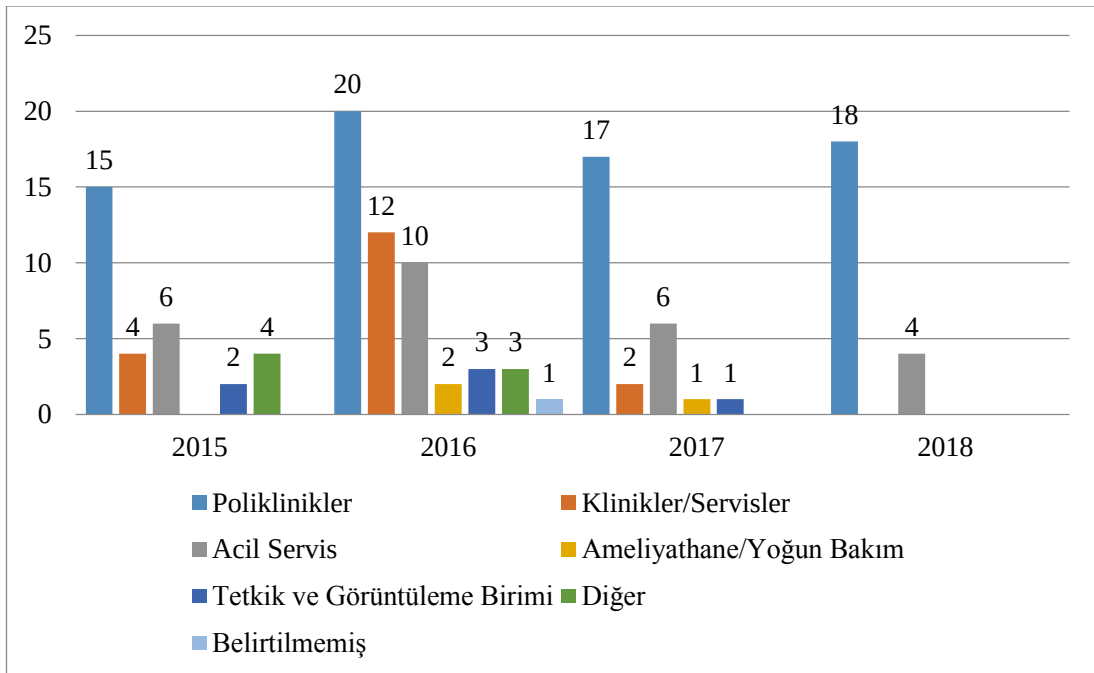
Hatay İl Sağık Müdürlüğü'ne yapılan hasta hakları ihlal başvurularının tesis bazlı dağılımı Çizelge 3.4.'te yer almaktadır.

Çizelge 3.4. Hasta Hakları Kurul Başvurularının Tesis Bazlı Dağılımı

	2015		2016		2017		2018	
Sağık Tesisi	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
İskenderun Devlet Hastanesi	9	%29	22	%43,1	5	%18,5	5	%22,8
Samandağ Devlet Hastanesi	7	%22,6	3	%5,9	3	%11,1	2	%9,1
Kırıkhan Devlet Hastanesi	5	%16,1	11	%21,6	0	0	0	0
Kırıkhan ADSM	1	%3,25	3	%5,9	6	%22,1	5	%22,8
İskenderun ADSM	1	%3,25	3	%5,9	4	%14,8	1	%4,5
Reyhanlı Devlet Hastanesi	0	0	3	%5,9	0	0	3	%13,6
Mustafa Kemal Üniversitesi Sağık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2	%6,4	1	%2,34	2	%7,4	0	0
Yayladağı Devlet Hastanesi	0	0	1	%2,34	1	%3,72	1	%4,5
Kumlu Devlet Hastanesi	0	0	0	0	1	%3,72	2	%9,1
Hatay ADSM	1	%3,25	0	0	2	%7,4	0	0
Hassa Devlet Hastanesi	2	%6,4	0	0	0	0	0	0
Erzin Devlet Hastanesi			0	0	0	0	2	%9,1
Özel Antakya Akademi Hastanesi	1	%3,25	1	%2,34	0	0	0	0
Dörtöyl ADSM	0	0	0	0	1	%3,72	1	%4,5
Dörtöyl Devlet Hastanesi	0	0	0	0	1	%3,72	0	0
Özel Hatay Göz Hastanesi	0	0	0	0	1	%3,72	0	0
Antakya Devlet Hastanesi	0	0	1	%2,34	0	0	0	0
Hatay Devlet Hastanesi	0	0	1	%2,34	0	0	0	0
Defne 30 Nolu Aile Hekimliği Birimi (AHB)	0	0	1	%2,34	0	0	0	0
Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	1	%3,25	0	0	0	0	0	0
İskenderun 52 Nolu AHB	1	%3,25	0	0	0	0	0	0

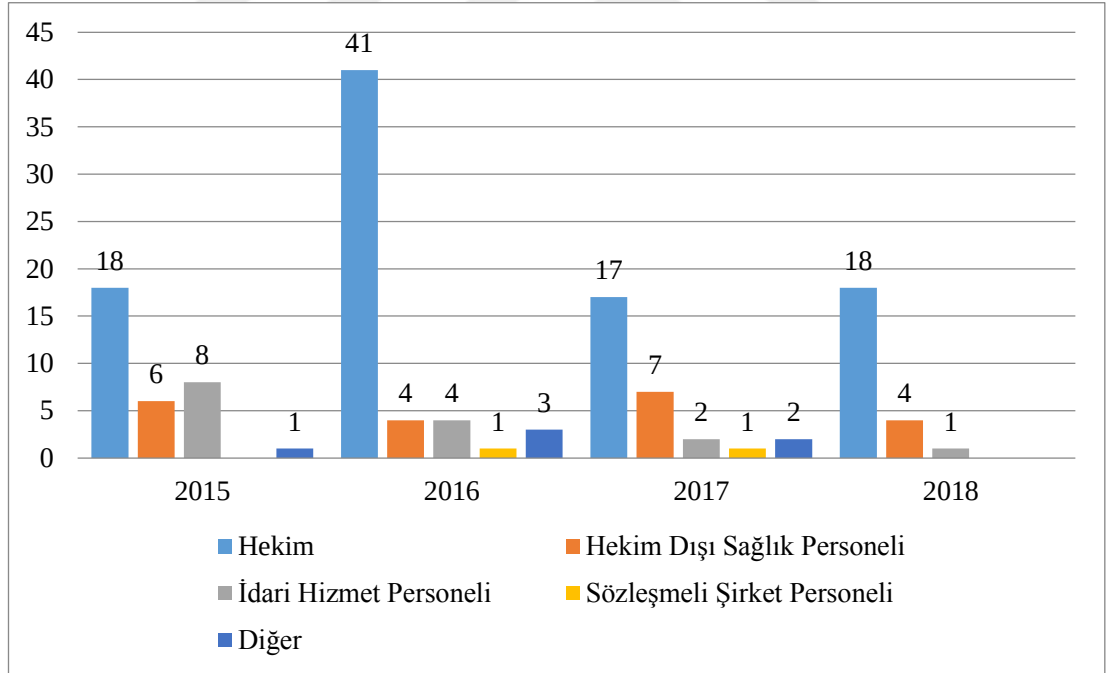
Hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların çoğunluğunun sırasıyla İskenderun Devlet Hastanesi, Kırıkhan Devlet Hastanesi, Samandağ Devlet Hastanesi, Kırıkhan ADSM ve İskenderun ADSM'den yapılmıştır. Nüfusu en yoğun 2. ilçe olmasının yanı sıra Arsuz ve Payas ilçelerinden gelen hastalara hizmet veren İskenderun'da yer alan devlet hastanesi ve ADSM'nin başvuru sıralamasında üst

sıralarda yer alıyor olması olağan değerlendirilmiştir. Nüfusu en yoğun ilçe olan Antakya'dan ve 3. ilçe olan Defne'den gelen hastalara hizmet sunan Hatay Devlet Hastanesinden yalnızca 1 başvurunun yapılmış olması düşündürücüdür. Zira 2016 yılı sonunda kapatılarak Hatay Devlet Hastanesine devredilen Antakya Devlet Hastanesi ile 2017 yılı başında devredilen Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastanesine başvuran hastaların da bahsi geçen sağlık tesisine yönelmiş olduğu göz önüne alındığında, yapılan başvuruların bu denli az olmasının nedeni anlaşılamamıştır. Nüfusu en yoğun 4. ilçe olan Dört Yol'dan yapılan başvurular da yok denilecek kadar azdır. Hasta hakları kurullarına en çok başvuru yapılan sağlık tesisi sıralamasında 2. sırayı paylaşan Samandağ Devlet Hastanesi ile Kırıkhan Devlet Hastanesinden yapılan başvuruların çok olması, bu hastanelerin nüfusu en yoğun 5. ve 6. ilçelerde konumlanmış olması sebebiyle olağan değerlendirilmiştir. Ancak nüfusu en yoğun ilçeler sıralamasında 6. sırada yer alan Kırıkhan'da bulunan ADSM'den yapılan başvuruların da çok olmasının nedeni ayrıca araştırılmalıdır. Zira Kırıkhan ADSM, hasta hakları ihlal başvurularının en çok yapıldığı 3. sağlık tesisidir. Belen, Yayladağı ve Kumlu ilçelerinden yapılan başvuruların yok denilecek kadar az olması bu ilçelerin nüfusu en düşük ilçeler oldukları göz önüne alındığında olağandır.



Şekil 3.8. Yapılan Başvuruların Yıllara Göre Birim Bazlı Dağılımı

Hasta hakları kurullarına yansıyan başvurularda olayların hangi birimlerde gerçekleştiği Şekil 3.8.'de verilmiştir. 2015-2018 yılları arasında yapılan başvuruların en çok polikliniklerde sunulan sağlık hizmetleri nedeniyle yapılmıştır. 2015 yılında sıralama poliklinikler, acil servis ve klinikler/servisler şeklinde gerçekleşmiştir. 2016 yılında poliklinikler ilk sırada yer alırken bunu klinikler/servisler ve acil servis izlemiştir. 2017 yılında başvuruların çoğunluğu polikliniklerden yapılırken bu sırayı acil servis ve klinikler/servisler izlemiştir. 2018 yılında başvuruların tamamına yakını (%81,8) polikliniklerden yapılırken diğer başvurular ise acil servisten yapılmıştır. Acil servis ve klinikler/servislerin sıralaması yıllar içerisinde yer değiştirse de ilk sırada poliklinik hizmetleri yer almakta ve bu üç birim hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların merkezinde yer almaktadır.



Şekil 3.9. Hakkında Başvuru Yapılan Personelin Yıllara Göre Unvan Bazlı Dağılımı

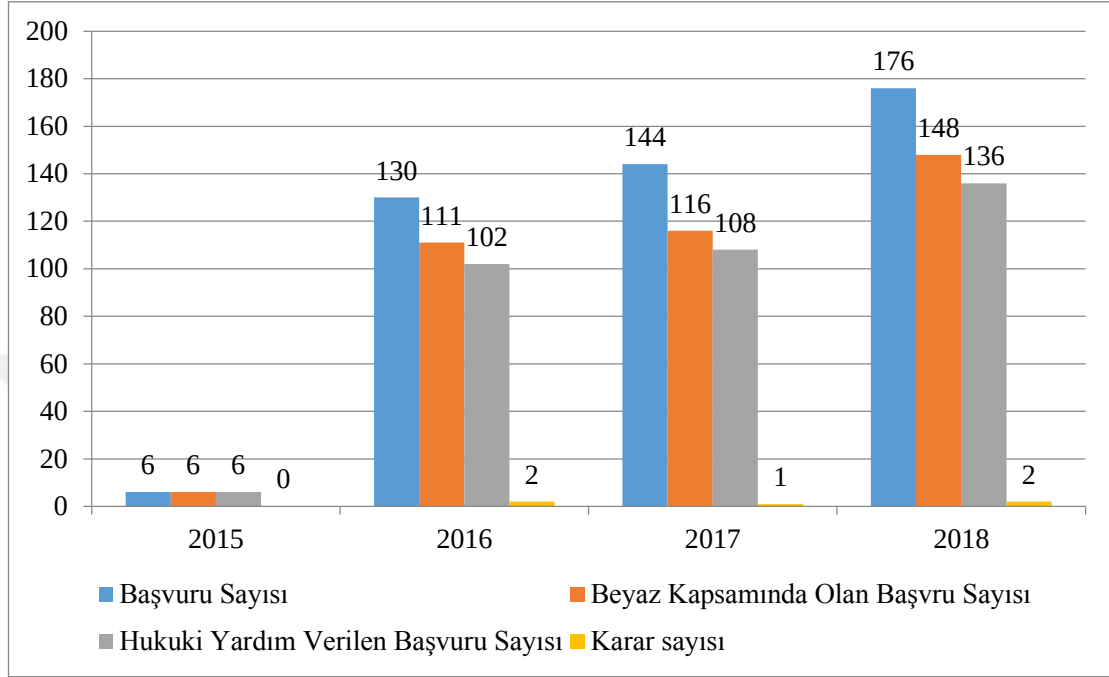
Hasta hakları kurullarına yansıyan başvurularda en çok şikayet edilen sağlık meslek türlerinin yıllara göre dağılımı Şekil 3.9.'da verilmiştir. 2015 yılında yapılan

başvuruların %50,5'i hekimler, %24,25'i idari hizmet personeli, %18,2'si hekim dışı sağlık personeli ve %3,05'i doğrudan personel hakkında olmayıp sisteme ilişkin yapılmıştır. 2016 yılında yapılan başvuruların tamamına yakınının (%77,3) hekimler hakkında olduğu tespit edilmiştir. Bu sıralamayı %7,5'lik eşit oranla hekim dışı sağlık personeli ve idari hizmet personeli takip etmektedir. Başvuruların %5,7'lik kısmı diğer personel ve %2'lik kısmı sözleşmeli şirket personeline ilişkindir. “Diğer” kategorisinde değerlendirilen başvurulardan biri doğrudan personel hakkında olmayıp teknik yetersizliklere ilişkindir. Şekil 3.9.'dan 2017 yılında yapılan başvuruların %58,6'sının hekimler, %24,14'ünün hekim dışı sağlık personeli, %6,9'unun diğer personel, %6,9'unun idari personel ve %3,46'sının sözleşmeli şirket personeli olduğu tespit edilmiştir. 2018 yılında yapılan başvuruların %78,3'ünün hekimlere, %17,4'ünün hekim dışı sağlık personeline ve %4,3'ünün idari hizmet personeline ilişkin olduğu görülmektedir. 2015-2018 yılları arasında Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Koordinatörlüğü'ne iletilip kurulda görüşülen başvuruların tamamı değerlendirildiğinde hekimlerin %68,11'lik oranla en çok şikayet edilen meslek mensubu oldukları anlaşılmaktadır. Bu sırayı %15,21'lik oranla hekim dışı sağlık personeli, %10,8'lik oranla idari hizmet personeli, %4,34'lük oranla diğer personel ve sistem ve %1,54'lük oranla sözleşmeli şirket personeli izlemektedir.

3.2. Beyaz Kod Başvurularını Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde 2015-2018 yılları arasında Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı kurumlarda görev yapan sağlık çalışanlarının yaptıkları beyaz kod başvuru verileri analiz edilmiştir. Bu veriler; yıllara göre beyaz kod başvuru dağılımı, yıllara göre şiddet uygulayanların cinsiyet dağılımı, yıllara göre şiddet uygulayan kişi dağılımı, şiddet uygulayanların yaş dağılımı, sağlıkta şiddetin nedenlerinin yıllara göre dağılımı, başvurunun yapıldığı kurum türünün yıllara göre dağılımı, kurum bazlı beyaz kod başvuru dağılımı, yıllara göre olayın gerçekleştiği birim dağılımı, yıllara göre şiddet türleri dağılımı, yıllara göre şiddet mağdurunun

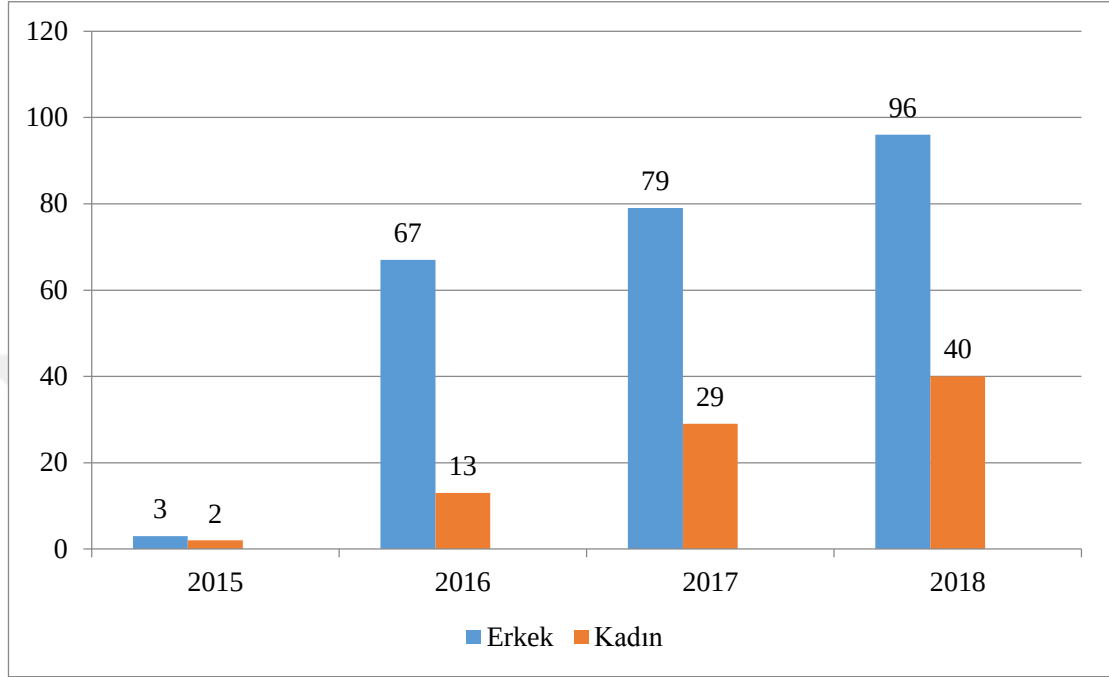
unvan bazlı dağılımı, yıllara göre şiddet mağdurunun cinsiyet dağılımı ve yıllara göre beyaz kod başvuru dağılımı başlıkları altında incelenmiştir.



Şekil 3.10. Beyaz Kod Başvurularının Yıllara Göre Dağılımı

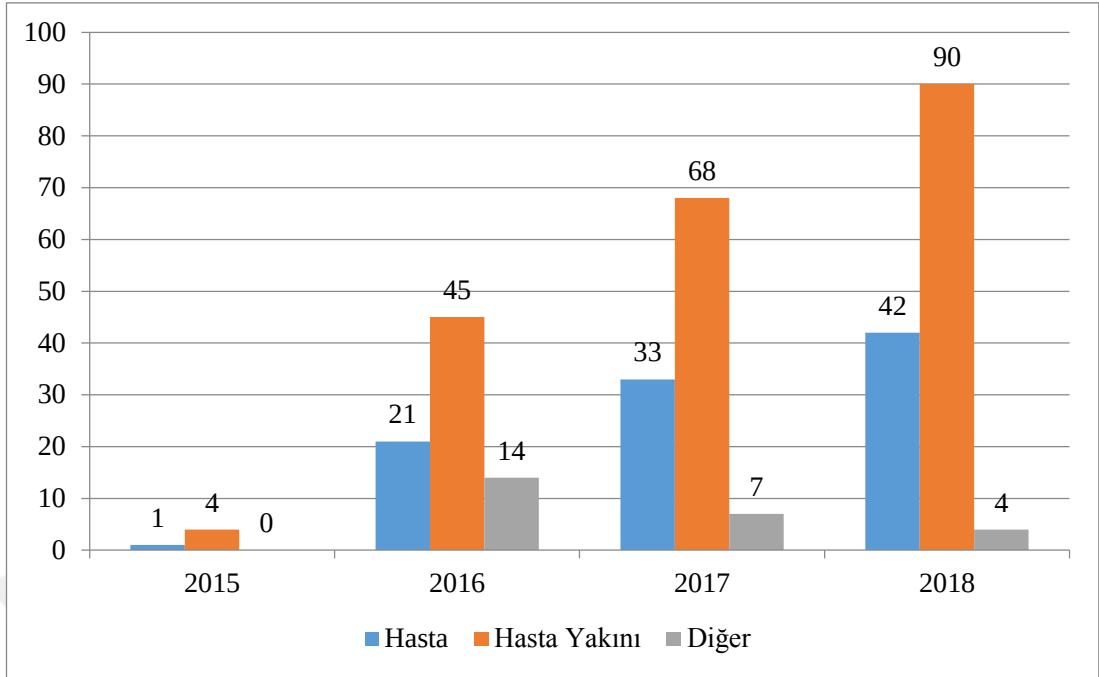
Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı İl Beyaz Kod Koordinatörlüğüne 2015-2018 yılları arasında yapılan beyaz kod başvurularının yıllara göre dağılımı Şekil 3.10.'da yer almaktadır. Veriler incelendiğinde 2015 yılında 6 adet beyaz kod başvurusu yapıldığı görülmektedir. Tamamı beyaz kod kapsamında değerlendirilen bu başvurulara İl Sağlık Müdürlüğü Hukuk ve Muhakemat Birimi tarafından hukuki yardım verildiği ve yapılan yargılama sonucunda hakkında karar verilen başvurunun olmadığı tespit edilmiştir. 2016 yılında yapılan 130 başvurunun 111'inin beyaz kod kapsamında olduğu değerlendirilmiş ve bu başvuruların 102 tanesine hukuki yardım verilmiştir. Yapılan yargılama sonucunda başvuruların 2'si hakkında karar verildiği anlaşılmıştır. 2017 yılında yapılan beyaz kod başvuru sayısının 144 olduğu tespit edilmiştir. Bu başvuruların 116'sının beyaz kapsamında olduğu değerlendirilmiş ve 108 başvuruya da hukuki yardım sağlanmıştır. Yapılan yargılama sonucunda başvuruların yalnızca 1'i hakkında karar verildiği anlaşılmıştır. 2018 yılında yapılan

176 beyaz kod başvurusunun 148'i beyaz kod kapsamında değerlendirilmiş ve 136 başvuruya hukuki yardım sağlandığı tespit edilmiştir. Yapılan yargılama sonucunda başvuruların 2'si hakkında karar verildiği anlaşılmıştır.



Şekil 3.11. Şiddet Uygulayanların Cinsiyetlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilen şiddet olgularının uygulayıcılarının cinsiyet dağılımı Şekil 3.11.'de gösterilmektedir. 2015 yılında şiddet uygulayanların %60'ı erkek iken %40'ı kadındır. 2016 yılında şiddet uygulayanların %84'ü erkek iken %16'sı kadındır (Şekil 3.11.). 2017 yılında meydana gelen şiddet eylemlerinin %73'ü erkekler tarafından uygulanırken %27'si kadınlar tarafından gerçekleştirilmiştir. 2018 yılında şiddet uygulayan kişilerin cinsiyet dağılımının %71 oranında erkek ve %29 oranında kadın olduğu gözlenmiştir. 2015-2018 yılları arasında bildirilen şiddet eylemlerinin çok büyük bir çoğunluğunun erkek bireyler tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.



Şekil 3.12. Yıllara Göre Şiddet Uygulayan Kişi Dağılımı

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilen şiddet eylemlerini uygulayan kişilerin dağılımı Şekil 3.12.'de yer almaktadır. 2015 yılında Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne yapılan beyaz kod başvurularında şiddet uygulayan kişilerin %20'nin hasta, %80'inin hasta yakını olduğu tespit edilmiştir. 2016 yılında bildirilen şiddet eylemlerinin %26'sının hastalar, %56'sının hasta yakınları, %18'inin ise diğer kişiler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. 2017 yılında yapılan başvuruların şiddet uygulayıcılarının %31 oranla hastalar, %63 oranla hasta yakınları ve %6 oranla diğer kişiler olduğu tespit edilmiştir. 2018 yılında sağlık çalışanlarının %31 oranla hastalar, %66 oranla hasta yakınları ve %3 oranla diğer kişiler tarafından şiddete maruz bırakıldığı tespit edilmiştir. Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod Koordinatörlüğü'ne bildirilen tüm başvurular değerlendirildiğinde şiddet eylemlerinin %63'ünün hasta yakınları, %29'unun hastalar ve %8'inin diğer kişiler tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı sağlık tesislerinden yapılan beyaz kod bildirimlerinde şiddet uygulayıcıların yaş dağılımı Çizelge 3.5.'te yer almaktadır.

Çizelge 3.5. Yıllara Göre Şiddet Uygulayanların Yaş Dağılımı

	2015		2016		2017		2018	
Yaş Aralığı	Şiddet Uygulayan Kişi Sayısı	Oran	Şiddet Uygulayan Kişi Sayısı	Oran	Şiddet Uygulayan Kişi Sayısı	Oran	Şiddet Uygulayan Kişi Sayısı	Oran
10-13	0	0	2	0,03	2	0,02	0	0
14-17	0	0	1	0,01	1	0,01	0	0
18-22	1	0,20	5	0,06	8	0,07	13	0,10
23-27	0	0	13	0,16	20	0,19	14	0,10
28-32	0	0	7	0,05	12	0,11	0	0
33-37	0	0	15	0,19	21	0,19	29	0,21
38-42	0	0	13	0,16	24	0,32	24	0,18
43-47	1	0,20	1	0,01	6	0,06	13	0,10
48-52	0	0	4	0,05	3	0,03	6	0,04
53 ve üstü	0	0	4	0,05	11	0,10	12	0,09
Belirtilmemiş	3	0,60	15	0,19	0	0	0	0

Beyaz kod sisteminde yer alan grupta yöntemine göre Hatay ilinde yer alan sağlık tesislerinde şiddet uygulayıcıların en çok %20 oranla 33-37 yaş aralığında bulunan kişiler olduğu Çizelge 3.5.'ten anlaşılmaktadır. Bu sıralamayı %19 oranla 38-42 yaş, %14 oranla 23-27 yaş aralığı ve %13 oranla 28-32 yaş aralığında bulunan kişiler izlemektedir. Dolayısıyla şiddet eylemlerinin çoğunlukla 23-42 yaş aralığında bulunan kişilerce gerçekleştirildiği görülmektedir.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı sağlık tesislerinde meydana gelen şiddet eylemlerinin nedenlerinin yıllara göre dağılımı Çizelge 3.6.'da yer almaktadır.

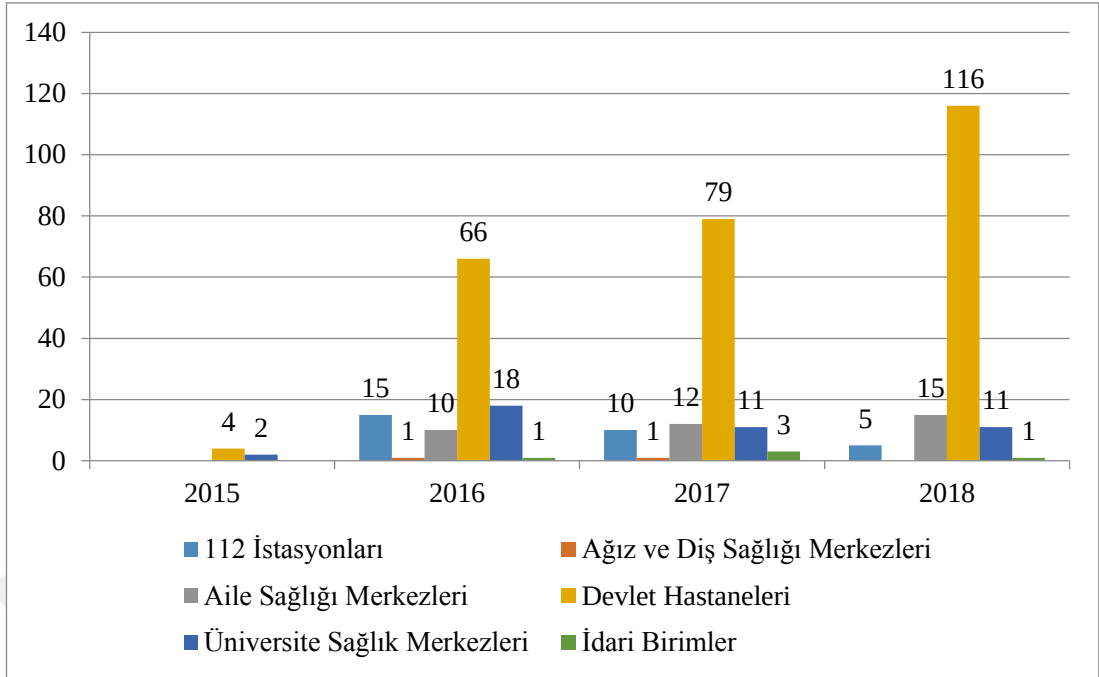
Çizelge 3.6. Şiddet Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı

	2015		2016		2017		2018	
Şiddetin Nedenleri	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Hasta/Hasta Yakını Tutumu ve Davranış Hataları	3	23,08	28	21,05	42	28	104	32,7
Trafikte Yaşanan Problemler (Yol Vermeme, Uygun Park Etmeme)	1	7,69	21	16,15	31	20,7	25	7,87
Tedaviden Memnun Kalmama	1	7,69	21	16,15	29	19,3	24	7,55
Hasta/Hasta Yakınının Mahremiyet Kurallarını İhlal Etmesi	1	7,69	2	1,54	6	4	24	7,55
Randevusundan Önce Muayene/İşlem Talebi	0	0	8	6,15	13	8,6	11	3,46
Alkollü	0	0	7	5,38	3	2	13	4,08
Muayene Öncelik Talebi/Sıraya Uymama	0	0	2	1,54	2	1,3	18	5,66
Refakatçi Kuralı İhlali	2	15,39	11	8,47	5	3,3	4	1,25
İlaç/İlaç Raporu/Rapor Talebi	0	0	10	7,69	4	2,6	4	1,25
Tetkik/Tahlil Talebi	0	0	6	4,6	4	2,6	1	0,49
Hizmete Yönelik Olmayan Kişisel Sorunlar	0	0	0	0	1	0,8	10	3,14
Travma Durumu Yaşayan (Kaza, Ölüm, İntihar, Silahlı Saldırı vb.)	0	0	5	3,85	2	1,3	3	0,94
Yasaklı Alana Girme Talebi	0	0	0	0	0	0	8	2,51
Bakım Hizmetlerinden Memnun Kalmama	0	0	0	0	0	0	7	2,2
Ambulansla Usulsüz Sevk Talebi	0	0	0	0	0	0	7	2,2
Eksik Belge İle İşlem Talebi (Kimlik, Barkod, Dosya...)	0	0	1	1,38	0	0	6	1,88
Hasta/Hasta Yakınının, Personele Eksik Bilgi Vermesi	1	7,69	1	1,38	1	0,8	4	1,25

Çizelge 3.6. Şiddet Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı (Devamı)

Personelin Hasta/Hasta Yakınını Eksik Bilgilendirmesi/Yanlış Yönlendirmesi	2	15,39	2	1,54	2	1,3	1	0,49
Randevu Almadan Muayene Talebi	0	0	0	0	0	0	6	1,88
Randevu Saatini/Sırasını Geçirme	0	0	0	0	0	0	5	1,57
Ziyaret Saatleri Dışında Hasta Ziyaret Talebi	1	7,69	2	1,54	2	1,3	0	0
Tedavi/Muayeneyi Reddetme	0	0	0	0	0	0	4	1,25
Ambulansa Refakatçı Talebi	0	0	0	0	0	0	4	1,25
Madde Bağımlısı	0	0	1	1,38	0	0	3	0,94
Personel Yetersizliği	1	7,69			1	0,8	2	0,62
Hastanın Personeli Şikâyet Etmesi	0	0	0	0	0	0	3	0,94
Ambulansın Geç Geldiği İddiası	0	0	0	0	0	0	3	0,94
Öncelikli Hastanın Sırasına İtiraz	0	0	0	0	0	0	3	0,94
Fiziki Koşullardan Memnun Kalmama	0	0	0	0	0	0	3	0,94
Hizmet Sunulan Alanın Yetersizliği	0	0	0	0	0	0	2	0,62
Özel Oda Talebi	0	0	0	0	0	0	2	0,62
Personelin Mahremiyet Kurallarını İhlal Etmesi	0	0	0	0	2	1,3	0	0
Sevk Talebi	0	0	1	1,38	0	0	0	0
Taburculuk Talebi	0	0	0	0	0	0	1	0,49
Sevki Reddetme	0	0	0	0	0	0	1	0,49
Yatışı Reddetme	0	0	0	0	0	0	1	0,49
Boş Yatak Olmaması	0	0	0	0	0	0	1	0,49
Psikiyatrik Tanısı Olan	0	0	1	1,38	0	0	0	0

Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinden 2015 yılında yapılan şiddet bildirimlerinin ilk üç nedeni; hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hataları (%24), personelin hasta/hasta yakınına eksik bilgilendirmesi/yanlış yönlendirmesi (%15) ve refakatçi kuralı ihlali (%15) olduğu Çizelge 3.6.'dan anlaşılmaktadır. 2015 yılında yapılan başvuruların neredeyse yarısının iletişim probleminden kaynaklandığı görülmektedir. 2016 yılında şiddete yol açan ilk üç neden sırasıyla hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hataları (%21), trafikte yaşanan problemler (yol vermeme, uygun park etmeme) (%16) ve tedaviden memnun kalmamadır (%16). 2017 yılında bu sıralama hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hataları (%28), trafikte yaşanan problemler (yol vermeme, uygun park etmeme) (%20) ve tedaviden memnun kalmama (%19) olarak gerçekleşmiştir. 2018 yılında gerçekleşen şiddet eylemlerinin nedenleri hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hataları (%37), trafikte yaşanan problemler (yol vermeme, uygun park etmeme) (%9), hasta/hasta yakınının mahremiyet kurallarını ihlal etmesi (%8,5) ve tedaviden memnun kalmama (%8,5) şeklinde sıralanmıştır. 2015-2018 yılları birlikte değerlendirildiğinde yapılan şiddet başvurularının nedenlerinin ilk sırasında hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hatalarının yer aldığı görülmektedir. Bu sırayı trafikte yaşanan problemler (yol vermeme, uygun park etmeme) ve tedaviden memnun kalmama takip etmektedir. Beyaz kod bildirim sisteminde yer alan ve tabloda yer almayan diğer nedenler; park yeri yetersizliği, hastanın başka hekim talebi, yatış talebi, randevu süresinin uzunluğu, tıbbi cihaz arızası, bilgi sistem/otomasyon arızası, tıbbi malzeme eksikliği, güvenlik yetersizliği, personel tutum ve davranış hataları, hastanın kendisi olmadan işlem talebi, yasak alanda kamera kaydı/fotoğraf çekimi, ücretsiz hizmet talebidir. Çalışmada bu nedenler ile yapılan başvuruların hiçbir başvuru olmadığı tespit edilmiştir.



Şekil 3.13. Başvurunun Yapıldığı Kurum Türünün Yıllara Göre Dağılımı

Beyaz kod başvurusunun yapıldığı kurum türünün yıllara göre dağılımı Şekil 3.13.'te gösterilmektedir. Beyaz kod ile ilgili 2015 yılında yapılan başvuruların %67'si devlet hastanelerinden yapılırken %33'ü üniversite sağlık merkezlerinden yapılmıştır (Şekil 3.13.). 2016 yılında başvuruların %59,5'inin devlet hastanelerinden, %16'sının üniversite sağlık merkezlerinden, %13,5'inin 112 istasyonlarından, %9'unun ADSM'lerden, %1'inin ASM'lerden ve %1'inin de idari birimlerden yapıldığı tespit edilmiştir. 2017 yılında başvuruların %68'i devlet hastanelerinden, %10'u ASM'lerden, %9,5'i üniversite sağlık merkezlerinden, %8,6'sı 112 istasyonlarından, %2,9'u idari birimlerden ve %1'i ADSM'lerden yapılmıştır. 2018 yılında %78'i devlet hastanelerinden yapılırken %10'u ASM'lerden, %7,5'i üniversite sağlık merkezlerinden, %3,5'i 112 istasyonlarından, %1'i idari birimlerden yapılmıştır. 2018 yılında ADSM'lerden hiç şiddet bildirim yapılmadığı tespit edilmiştir. Şiddet bildiriminin en çok yapıldığı sağlık tesisleri devlet hastaneleridir (Şekil 3.13.). Mali sebepler nedeniyle en çok tercih edilen sağlık tesisleri olan devlet hastanelerinde hasta yoğunluğu nedeniyle memnuniyetlerin ortaya çıkması olağandır. En az başvurunun ADSM'lerden yapılmış olması bu kurumlarda şiddetin az olduğunu düşündürmekten ziyade bildirimin yapılmadığı

şeklinde değerlendirilmektedir. Nüfusun ağız ve diş sağlığı alanında özel sağlık merkezlerinin tercih ediyor olması da olasılıklar dâhilindedir.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılan beyaz kod başvurularının tesis bazlı dağılımı Çizelge 3.7.'de yer almaktadır.

Çizelge 3.7. Beyaz Kod Başvurularının Tesis Bazlı Dağılımı

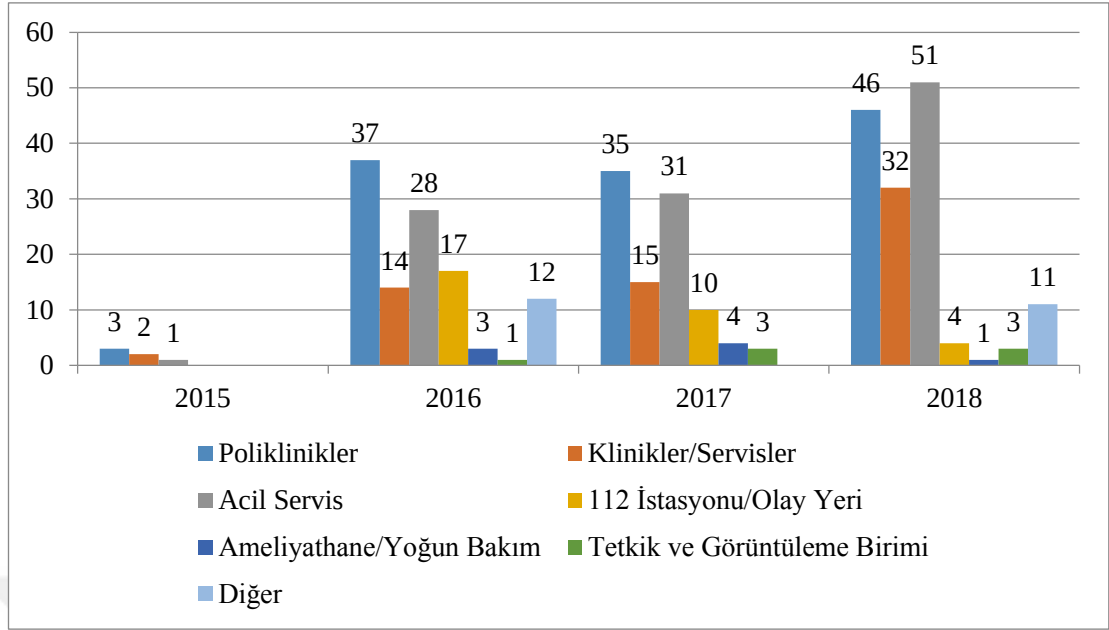
	2015		2016		2017		2018	
Sağlık Tesisi	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
Hatay Devlet Hastanesi	0	0	0	0	22	0,25	47	0,42
İskenderun Devlet Hastanesi	0	0	13	0,16	25	0,29	19	0,17
Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	2	0,50	16	0,20	11	0,13	11	0,10
Dört Yol Devlet Hastanesi	2	0,50	18	0,22	3	0,03	15	0,14
Samandağ Devlet Hastanesi	0	0	9	0,11	6	0,07	7	0,06
Reyhanlı Devlet Hastanesi	0	0	3	0,04	9	0,10	2	0,02
Antakya Devlet Hastanesi	0	0	11	0,13	0	0	0	0
Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	0	0	6	0,07	0	0	0	0
Hassa Devlet Hastanesi	0	0	0	0	0	0	5	0,04
Altınözü Devlet Hastanesi	0	0	0	0	2	0,02	2	0,02
Kırıkhan Devlet Hastanesi	0	0	0	0	3	0,03	2	0,02
Yayladağı Devlet Hastanesi	0	0	2	0,02	0	0	2	0,02
Defne 3 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	0	0	0	0	2	0,02	0	0
Erzin 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	0	0	2	0,02	0	0	0	0
İskenderun 016 Nolu Aile Hekimliği Birimi	0	0	2	0,02	0	0	0	0
İskenderun 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	0	0	0	0	2	0,02	0	0
Reyhanlı 020 Nolu Aile Hekimliği Birimi	0	0	0	0	2	0,02	0	0

En fazla beyaz kod başvurusu Hatay Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır (Çizelge 3.7.). Nüfusu en yoğun ilçe olan Antakya'da bulunan bu sağlık tesisi aynı zamanda Defne ilçe nüfusuna da hizmet vermektedir. Benzer şekilde Antakya'da bulunan Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, sıralamada 3. sırada yer almaktadır. Nüfusa oranlayınca bu durum olağandır. En çok beyaz kod başvurusu yapılan sağlık tesisi sıralamasında 2. sırada yer alan İskenderun

Devlet Hastanesi, nüfusu en yoğun 2. ilçede yer almaktadır. Nüfus sıralamasında 4. ve 5. sıralarda bulunan ilçelerde yer alan sağlık tesisleri olan Dört Yol Devlet Hastanesi ve Samandağ Devlet Hastanesi en çok beyaz kod başvurusu yapılan sağlık tesisi sıralamasında da 4. ve 5. sıralarda bulunmaktadır.

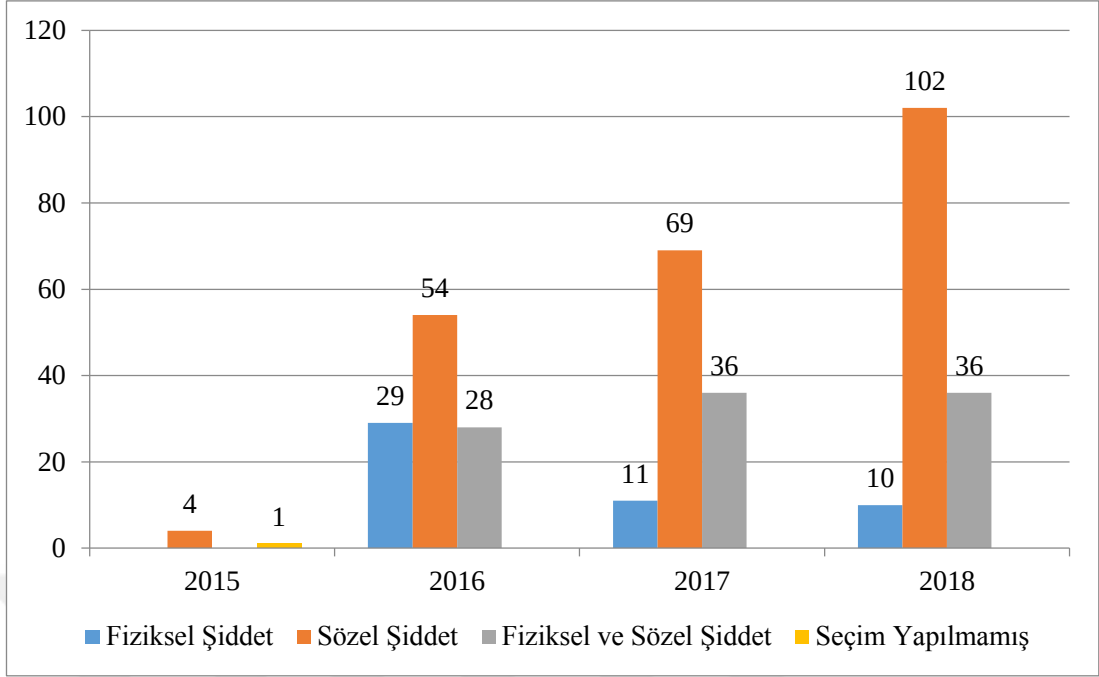
Nüfusu en yoğun 7. ilçe olan Reyhanlı'da bulunan devlet hastanesi, beyaz kod başvurusu sıralamasında 6. sırada yer almaktadır. Çizelge 3.4.'te yer alan hasta hakları ihlal başvurularının en çok yapıldığı sağlık tesisleri sıralamasında en alt sıralarda yer alan Hatay Devlet Hastanesi'nin beyaz kod başvuru sıralamasında en üst sırada yer alması düşündürücüdür. Zira 2015-2018 yılları arasında Hatay Devlet Hastanesi'ne yapılan toplam 69 beyaz kod başvurusuna 2016 yılı sonunda kapatılarak Hatay Devlet Hastanesine devredilen Antakya Devlet Hastanesine yapılan 11 başvuru ile 2017 yılı başında devredilen Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Hastanesine yapılan 6 başvuru eklendiğinde uçurumun derinliği artmaktadır.

Hasta hakları ihlal başvurularında alt sıralarda yer alan Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Dört Yol Devlet Hastanesi'nin beyaz kod başvurularında üst sıralarda yer alması düşündürücüdür. Bu durum, bahsi geçen sağlık tesislerinde hasta hakkı ihlalinin az olmasına karşılık sağlık çalışanına şiddet eylemlerinin oldukça yüksek olduğu şeklinde yorumlanabileceği gibi hasta hakkı ihlallerinin de çok olduğu ancak hasta/hasta yakınlarının alternatif çözüm yollarına yöneldiği veya sorunu şiddet eylemiyle çözme eğiliminde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Hasta hakları ihlal başvurularında 2. sırada yer alan Samandağ Devlet Hastanesi, yapılan beyaz kod başvurularında 5. sırada yer almaktadır. Bu durum, Samandağ halkı ile Samandağ'da çalışan sağlık personelinin hak arama konusunda bilinçli olduğunu düşündürmektedir. Nüfusu düşük olan ilçelerden yapılan beyaz kod başvurularının, hasta hakkı ihlal başvurularında olduğu gibi yok denecek kadar az olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, söz konusu ilçelerde yaşayan bireylerin de sağlık hizmeti almak için diğer ilçeleri tercih etmiş olabileceklerini düşündürmektedir.



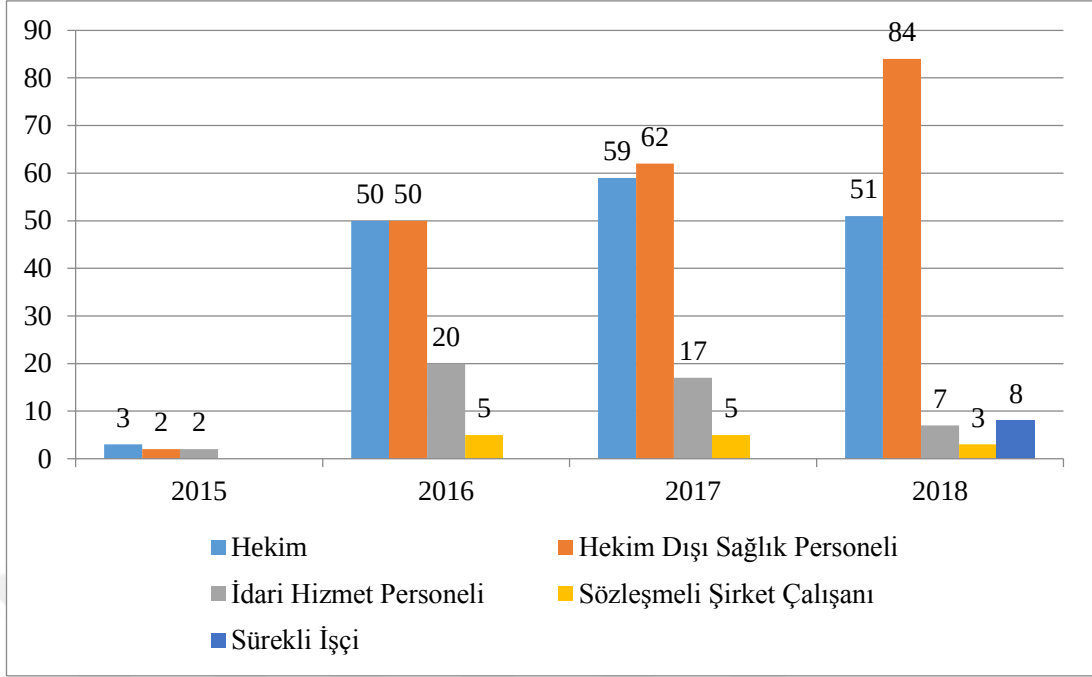
Şekil 3.14. Beyaz Kod Başvurularının Yıllara Göre Birim Bazlı Dağılımı

Beyaz kod başvurularının yapıldığı birimlerin yıllara göre dağılımı Şekil 3.14.'te verilmiştir. 2015 yılında en çok vakanın görüldüğü ilk üç birimin sırasıyla poliklinikler, klinikler/servisler ve acil servis olduğu tespit edilmiştir. Bu sıralama 2016 yılında poliklinikler, acil servis ve 112 istasyonları/olay yeri olarak gerçekleşmiştir. 2017 yılında ise şiddet eylemi en çok poliklinikler, klinikler/servisler ve acil servislerde gerçekleşmiştir. 2018 yılında şiddet eylemlerinin en çok acil servislerde gerçekleştiği, bunu sırasıyla polikliniklerin ve klinikler/servislerin izlediği görülmüştür. Yıllara göre sıralamaları değişmiş olsa 2015-2018 yılları birlikte değerlendirildiğinde şiddet eylemlerinin %32'lik oranıyla en çok polikliniklerde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bunu sırasıyla acil servisler (%29), klinikler/servisler (%17), diğer birimler (%11), 112 istasyonları/olay yeri (%8), ameliyathane/yoğun bakım (%2,1) ve tetkik ve görüntüleme birimi (%1,4) izlemektedir.



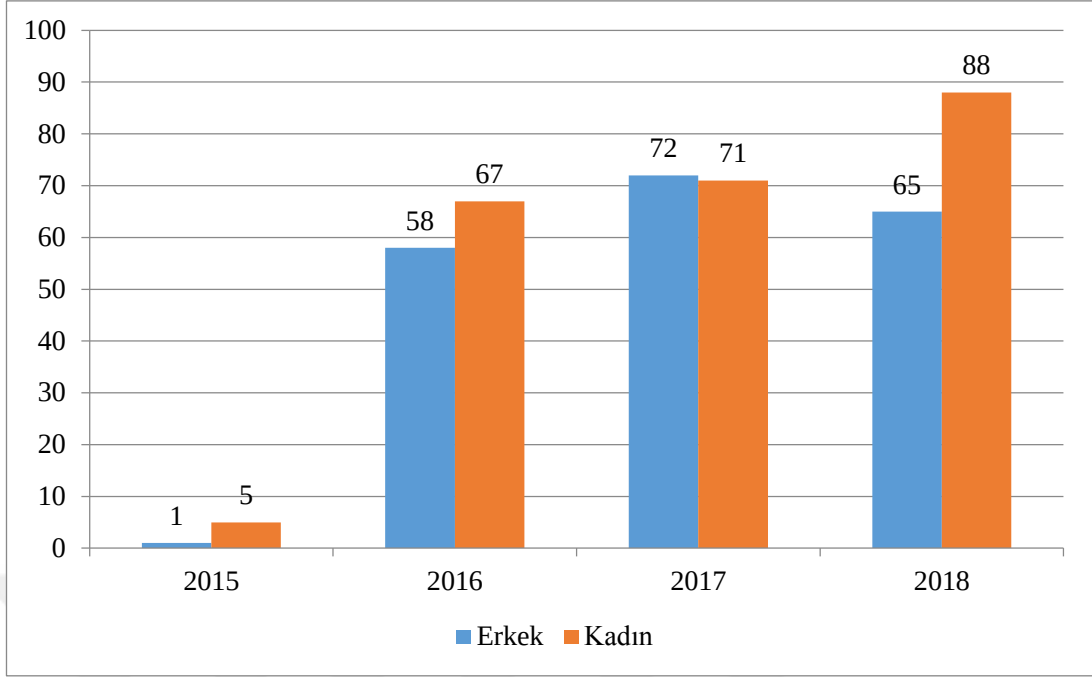
Şekil 3.15. Yıllara Göre Şiddet Türleri Dağılımı

Şiddet türlerinin yıllara göre nasıl bir dağılım sergilediği Şekil 3.15.'te gösterilmiştir. Şekil 3.15.'te yer alan verilerden 2015 yılında şiddet eylemlerinin %80'inin sözel şiddet şeklinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. 2016 yılında gerçekleşen şiddet eylemlerinin %49'u sözel şiddet şeklinde gerçekleşirken %26'sının fiziksel şiddet şeklinde ve %25'inin hem fiziksel hem de sözel şiddet şeklinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. 2017 yılında bildirilen şiddet eylemlerinin %59,5'i sözel şiddet, %31'i hem fiziksel hem de sözel şiddet, %9,52inin de fiziksel şiddet şeklinde meydana geldiği görülmüştür. 2018 yılında gerçekleşen eylemlerin %68'inin sözel şiddet, %24'ünün hem fiziksel hem de sözel şiddet, %8'inin ise fiziksel şiddet içerdiği tespit edilmiştir. Gerçekleşen şiddet eylemlerinin yarısından fazlası (yaklaşık %60) sözel şiddet şeklinde meydana gelmektedir. Şekil 3.15.'de %26'luk bir oran ile bu sıralamayı hem fiziksel hem de sözel şiddet izlemektedir. Fiziksel şiddet ise %13'lük oranıyla en az sergilenen şiddet eylemidir.



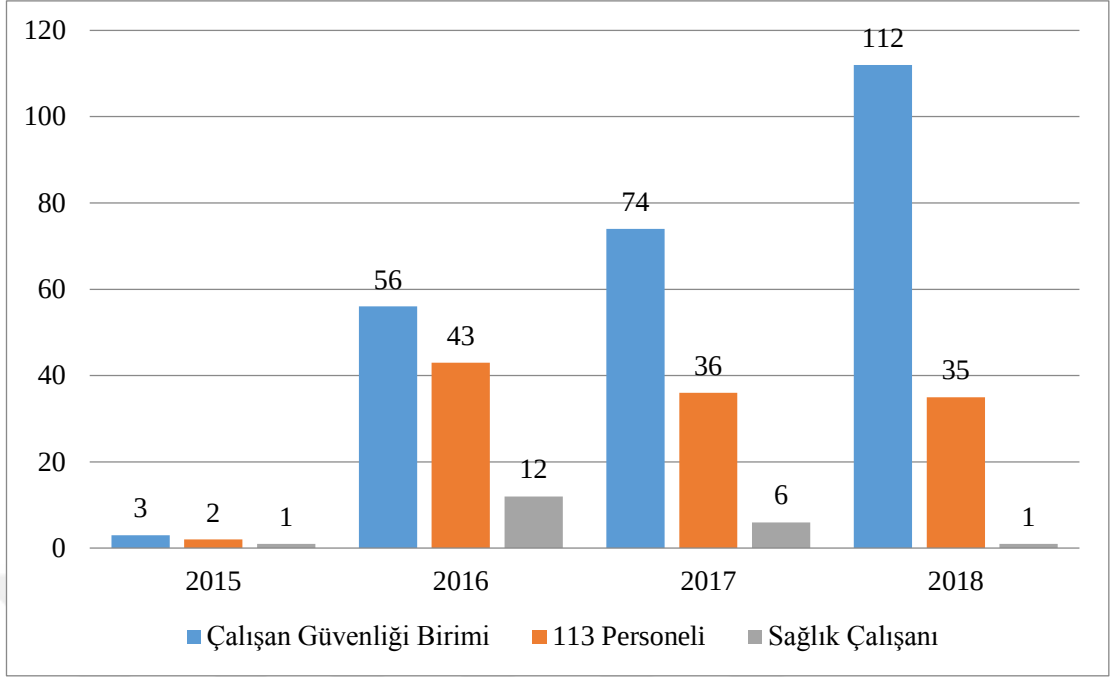
Şekil 3.16. Şiddet Mağdurlarının Yıllara Göre Unvan Bazlı Dağılımı

Şiddet mağduru sağlık çalışanlarının yıllara göre unvan dağılımı Şekil 3.16.'da gösterilmektedir. 2015 yılı verileri incelendiğinde şiddete en çok %43'lük bir oranla hekimlerin maruz kaldığı tespit edilmiştir. Şekil 3.16.'da hekim dışı sağlık personeli %28,5'lik bir oranla ikinci sırada yer almaktadır. Bunu %28,5'lik bir oranla idari hizmet personeli izlemektedir. 2016 yılında %40'lık bir oranla şiddete en çok maruz kalanlar yine hekimlerdir. Hekim dışı sağlık personeli %40'lık oranıyla bu sırayı takip etmektedir. İdari hizmet personeli (%16) ve sözleşmeli şirket personeli (%4) 2016 yılında şiddete maruz kalan diğer meslek mensuplarıdır. 2017 yılında sıralama hekimler (%43), hekim dışı sağlık personeli (%41), idari hizmet personeli (%12) ve sözleşmeli şirket personeli (%4) şeklinde gerçekleşmiştir. 2018 yılında ise %55'lik bir oran ile hekim dışı sağlık personeli ilk sırayı alırken sıralama, %33'lük bir oranla hekimler, %5,5 oranında sürekli işçiler, %4,5 oranıyla idari hizmet personeli ve %2'lik oranıyla sözleşmeli şirket personeli şeklinde devam etmektedir. 2017 yılında yayımlanan 696 Sayılı KHK'nin 127. maddesine istinaden başlatılan sürekli işçi pozisyonlarına geçiş sürecinin Nisan 2018'de tamamlanması ile birlikte sözleşmeli şirket çalışanlarının yerini sürekli işçiler almıştır.



Şekil 3.17. Şiddet Mağdurunun Yıllara Göre Cinsiyet Dağılımı

Şiddet mağduru sağlık çalışanlarının yıllara göre cinsiyet dağılımına Şekil 3.17.'de yer verilmiştir. 2015 yılında şiddet mağdurlarının %83'ünün kadın, %17'inin erkek olduğu tespit edilmiştir. 2016 yılında bu oran %53,6 kadın ve %46,4 erkek şeklinde gerçekleşmiştir. 2017 yılında %50,3 oranında erkek sağlık çalışanları şiddete maruz kalırken %49,7 oranında kadın sağlık çalışanlar şiddete uğramıştır. 2018 yılında %57,5 oranında kadın ve %42,5 oranında erkek personelin mağduriyetiyle sonuçlanmıştır. Şekil 3.17.'den şiddet mağduru sağlık çalışanlarının çoğunlukla kadınlar olduğu anlaşılmaktadır.



Şekil 3.18. Yıllara Göre Beyaz Kod Başvuru Şekli

Beyaz kod başvuru şeklinin yıllara göre dağılımı Şekil 3.18.'de yer almaktadır. 2015-2018 yılları arasında gerçekleşen şiddet eylemlerinin beyaz kod sistemine bildirimlerinin %64'lük kısmının Çalışan Güvenliği Birimi tarafından, %30'luk kısmının 113 personeli tarafından ve %1'lik kısmının da sağlık çalışanı tarafından yapıldığı anlaşılmaktadır.

3.3. Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvuruların Beyaz Kod Başvurularına Dönüşme Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Hasta Hakları Kurullarına ve Beyaz Kod Koordinatörlüğüne yapılan başvurular incelenmiştir. Ardından, hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruları meydana getiren olayların beyaz kod başvurusuna dönüşme durumları değerlendirilmiştir.

Hasta Hakları Kurullarına yansıyan başvuruların yalnızca iki tanesinde şiddete ilişkin bulgulara rastlanmıştır. Bu bulguların yer aldığı olaylardan ilki 2015 yılında gerçekleşmiştir. Yaşını belirtmeyen ve lisans mezunu olan erkek bir hasta yakını tarafından, özel bir hastanenin klinikler/servisler bölümünde çalışan erkek bir hekime yönelik olarak gerçekleşen hasta hakları ihlal başvurusunda, hak ihlali olmadığı kararı verilmiştir. Başvurusunda “Biz orda doktora bağırsak kavga etsek sağlık çalışanına şiddet diye ortalığı ayağa kaldıracak ve yargılanacaktık. Bağırmadan çağırmadan kovulduk.” ifadelerine yer veren başvuru hakkında beyaz kod bildiriminde bulunulmadığı tespit edilmiştir.

Hasta hakları kuruluna yansıyan ve beyaz kod başvurusuna da dönüşen diğer olaya ilişkin bilgiler Çizelge 3.8.’de yer almaktadır.

Çizelge 3.8. Hasta Hakları ve Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşen Olaya İlişkin Veriler

Değerlendirme Kriterleri	Hasta Hakları İhlal Başvurusuna İlişkin Bilgiler	Beyaz Başvurusuna İlişkin Bilgiler	Kod İlişkin
Başvuranın Yaşı	Belirtilmemiş	Belirtilmemiş	
Başvuranın Cinsiyeti	Kadın	Kadın	
Hakkında Başvuru Yapılanın Cinsiyeti	Kadın	Erkek	
Başvuranın Eğitim Durumu/Mesleği	Belirtilmemiş	Hekim (Diş Hekimi)	
Başvurunun Yapıldığı Kurum Türü	Devlet Hastanesi	Devlet Hastanesi	
Başvurunun Yapıldığı Birim Türü	Poliklinikler	Poliklinikler	
Başvuru Nedeni	Saygınlık ve Rahatlık Görme Hakkı İhlali	Sözel Şiddet	
Başvurunun Sonucu	Hak İhlali Yoktur	Adli Süreç Devam Ediyor	

Bu araştırma kapsamında bulunan 2015-2018 yılları arasında, en çok başvurunun yapıldığı yıl olan 2016'da gerçekleşen olaya dair bilgiler Çizelge 3.8.'de belirtilmiştir. Öğrenim durumu ve yaşı hakkında bilgi paylaşımında bulunmayan kadın bir hasta tarafından yapılan başvuru yerinde çözümlenemediğinden hasta hakları kurulunda görüşülmüştür. Başvuruda bulunan hasta, doktorun kendilerini beklettiğini ve kendilerine kötü davrandığını ifade etmiştir. Saygınlık ve rahatlık görme hakkının ihlal edildiğinden bahisle yapılan başvuruya ilişkin olarak, hasta hakları kurulu tarafından oybirliği ile hak ihlali olmadığı kanaatine varılmıştır. Söz konusu olay, bu araştırma sonucunda hasta hakları ihlal başvurularının ve beyaz kod bildirimlerinin en çok yapıldığı sağlık tesisi olarak tespit edilen “devlet hastanesinde” ve yine bu araştırma sonucunda en çok bildirimlerin yapıldığı birim olarak tespit edilen “poliklinikte” gerçekleşmiştir. Yapılan incelemede, beyaz kod bildiriminde bulunan sağlık personelinin kadın bir dış hekimi olduğu tespit edilmiştir. Hasta hakları kuruluna yapılan başvuruyu hasta gerçekleştirdiği halde, yapılan beyaz kod başvurusunda şiddet uygulayanın erkek bir hasta yakını olduğu bildirilmiştir. Beyaz kod başvurusunda bulunan hekim tarafından hastane bilgi yönetim sistemi arızası nedeniyle gecikme yaşandığı, sistem arızası giderilince muayeneye başlandığı, diğer hastaların muayenesi esnasında şiddet eylemini gerçekleştiren hasta yakınının, diğer hastaların mahremiyetini hiçe sayarak polikliniğe sürekli girmek suretiyle öncelik talep ettiği bildirilmiştir. Mağdur hekim tarafından hasta yakınına beklemesi halinde kendisine yardımcı olacağı bildirildiği halde kendisine hakaret ve tehdit ile karşılık verildiğinden bahisle beyaz kod bildiriminde bulunulduğu anlaşılmıştır. Olay, sözel şiddet olarak kayda geçmiştir.

İncelenen olayın, gerçekleştiği esnada beyaz kod başvurusuna dönüştüğü, ancak kurum tarafından 2 hafta sonra beyaz kod bildirim sistemine işlendiği anlaşılmıştır. Çizelge 3.8.'de hasta hakları ihlal başvurusunun ise bir hafta sonra yapıldığı, kurul tarafından ise başvurudan bir ay sonra karara bağlandığı görülmüştür. Beyaz kod bildirimine ilişkin adli sürecin hala devam ettiği, olayın üstünden 3 yıl geçtiği halde henüz sonuçlanmadığı tespit edilmiştir.

4. TARTIŞMA

Hasta hakları algısının gelişmesi, farkındalığın artması yanında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerinin de artması; hasta hakları, şiddet-beyaz kod konularında yapılan çalışmaların da artmasına neden olmuştur. Bu çalışmanın konusunu oluşturan bu başlıklara yönelik olarak ulusal veri tabanları incelenmiş; “hasta hakları kurullarına yansıyan başvurular özelinde sağlık çalışanına şiddet olguları” ile “beyaz kod birimlerine yansıyan başvurular özelinde sağlık çalışanına şiddet olgularını” ayrı ayrı inceleyen çalışmalar olmakla birlikte; bahsi geçen konuları müştereken inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, her iki konuyu bir arada ele almıştır.

Saruç (2013) Ankara ilinde hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların %77,1'i hakkında ihlal olmadığı yönünde karar alındığını ortaya çıkarmıştır. Kalyoncu (2018), hastaların şikâyet mercilerine kolay ulaşabiliyor olmalarının şikâyetleri arttırdığını, Karaer (2016) başvuruların yıllar içerisinde arttığını belirtilmiştir. Zubaroglu'nun (2012) çalışmasında ise “hasta lehine karar verdiğinde çalışana bir yaptırım uygulanacağını düşünen ve endişelenen hasta hakları kurul üyelerinin %14'lük bir oranla; verilen kararlar ile ilgili etik ikilem ya da duygusal karmaşa yaşadığını düşünen kurul üyelerinin ise %32'lik bir oranla azınlıkta kaldığı göz önünde bulundurulduğunda hak ihlali olduğu değerlendirilen başvuruların, tüm başvurular içerisinde oldukça az yer kaplaması da olumlu bir durum olarak” değerlendirilmiştir. Karaer (2016), başvuruların %80'inin yerinde çözümlendiğinin, hasta hakları kurullarında değerlendirilen başvurular hakkında %61'lik büyük bir oran ile ihlal yok kararı verildiği aktarılmaktadır. İşeri ise (2014) hasta hakları birimine yapılan başvuruların %55,2'sinin yerinde çözüldüğünü ve %31,4'ü hakkında hasta hakkı ihlali olmadığı yönünde karar alındığını saptamıştır. Uludağ (2011) da, Konya'da yapılan başvuruların %44,9'unda hak ihlali olmadığı sonucunu ortaya çıkarmıştır.

Yapılan bu çalışmada, 2015-2018 yılları arasında yapılan hasta hakları başvurularının büyük bir çoğunluğunun yerinde çözüldüğü, Hasta Hakları Kurullarına yapılan başvuruların yıllar içerisinde azalma eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum sevindirici olmakla beraber SABİM/BİMER/CİMER'e yapılan başvuruların da değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Zubaroğlu'nun (2012) yaptığı çalışmada her ne kadar hasta hakları uygulamasının iyi bir şekilde işlediğini ve kurulda bir üye olarak hak savunucusu rollerinin önemini bilen ve tarafsız bakış açısı ile uygulamaya katkı sağladığını düşünen hasta hakları kurul üyeleri çoğunlukta olsa da hasta/hasta yakınlarının, hasta hakları birimlerinin beklentilerini karşılamıyor olması nedeniyle diğer alternatiflere yönelmiş olması da muhtemeldir. Yapılacak araştırmalarda bu hususun da göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Bu sonuç, yapılan bu araştırmanın literatürle uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır.

Uludağ'ın (2011) çalışmasında, hakkında başvuru yapılan personelin çoğunluğunun %59,3 oranıyla erkek personel olduğu tespit edilmiştir. Yüce'nin (2018) çalışmasında kadın çalışanların hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyinin erkek çalışanlara oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, 2015-2018 yılları arasında yapılan başvuruların büyük bir çoğunluğunun %65,5'lik bir oran ile erkek sağlık personeline ilişkin olduğu, bu sırayı %31,5'lik oranla kadın sağlık personeline ilişkin başvuruların izlediği tespit edilmiştir. Başvuruların %3'ü hem kadın hem de erkek sağlık personeli hakkında gerçekleşmiştir. Bu çalışmanın bulguları ile literatür bulgularının uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Saruç'un (2013) çalışmasında, hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların çoğunluğunun %52,9 oranıyla kadın bireyler tarafından yapıldığını; Uludağ (2011) ise yapılan başvuruların %66,6'sının erkek bireyler tarafından yapıldığını ifade etmiştir. İşeri'nin (2014) yaptığı çalışmada; hasta hakları birimine başvuru yapan bireylerin çoğunluğunun (%64,2) erkek bireyler olduğu tespit edilmiştir. Ergüden (2015) yaptığı çalışmada şikâyetle bulunan bireylerin çoğunluğunun %54'lük bir

oranla erkek bireyler olduğunu ortaya koymuştur. Karaer (2016) da yaptığı çalışmada başvurucuların %57'nin erkek ve %43'ünün kadın olduğunu aktarmaktadır. Ekmen'in (2018) Karaman ilinde yaptığı bir araştırmada, araştırmanın yapıldığı sağlık tesisine başvuru yapıp araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin %57,9'unun erkek bireyler olduğu saptanmıştır. Gümüş'ün (2016) çalışmasına katılan bireylerin çoğunluğunu %60 oranla kadın bireyler, %40 oranla erkek bireyler oluşturmaktadır. Bu bireylerin refakat ettiği hastaların %62,5 oranla erkek, %37,5 oranla kadın hastalar olduğu ortaya konulmuştur.

Yapılan bu çalışmada, 2015-2018 yılları arasında hasta hakları kurullarına yapılan tüm başvurular değerlendirildiğinde, başvuruların %65,5 oranında erkek bireyler, %34,4 oranında kadın bireyler tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Bu durumda sağlık tesislerine başvuran bireylerin çoğunlukla erkek olduğu veya erkeklerin hasta hakları ihlali konusunda daha duyarlı olduğu düşünülebilir. Hasta hakları ihlali durumunda erkeklerin bildirim yöntemi olarak hasta hakları birimlerine başvuru yolunu daha çok tercih ettikleri yönünde bir değerlendirme de yapılabilir. Yapılan bu çalışma ve literatür bulguları kıyaslandığında, refakat sürecine daha çok kadınların katıldığı göz önüne alındığında, her ne kadar Saruç'un (2013) bulguları bu araştırmanın bulgularına tezat içerse de, yapılan araştırma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Saruç'un (2013) çalışmasında yapılan başvuruların %39,3 oranıyla ilköğretim ve %24,6 oranıyla yükseköğretim mezunlarınca yapıldığı tespit edilmiştir. İşeri (2014) hasta hakları birimine başvuran bireylerin çoğunun %26,5 oranla lisans mezunu olduğunu, bu sıralamayı %13,3 oranıyla lise mezunlarının takip ettiğini ortaya koymuştur. Karaer (2018) çalışmasında, başvuruların çoğunluğunun %34'lik eşit oranla üniversite ve lise mezunu olanlar tarafından yapıldığını, bu sırayı %28'lik oranla ilköğretim mezunlarının izlediğini ifade etmiştir. Gümüş'ün (2016) yaptığı çalışmada başvuruların çoğunluğunun %66 oranla ilköğretim mezunu bireyler tarafından yapıldığı, bu sıralamayı %18 oranla lise mezunu, %13,8 oranla üniversite

mezunları ve %1,3 oranla okuryazar olmayanların izlediği tespit edilmiştir. Ekmen'in (2018) çalışmasında hasta hakları kurullarına yapılan başvuruları gerçekleştiren bireylerin %41,3 oranla üniversite mezunu, %36,4'ünün lise ve %22,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ergüden (2015) yaptığı çalışmada başvuruların %38,8'inin üniversite mezunları tarafından, %33,3'ünün lise mezunları tarafından ve %22,2'sinin ilköğretim mezunları tarafından yapıldığını ortaya koymuştur. Literatürde başvuruda bulunan bireylerin öğrenim durumuna ilişkin farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda sıralamaları değişkenlik gösterse de başvuruların çoğunlukla ilköğretim, lise ve lisans mezunu bireylerce yapıldığı anlaşılmıştır.

Yapılan bu çalışmada, başvuruda bulunan bireylerin öğrenim durumunun yıllara göre değişkenlik gösterdiği ve başvuruda bulunan bireylerin %19,1'inin öğrenim durumunu bildirmediği tespit edilmiştir. Öğrenim durumunu bildiren bireylerin çoğunluk sıralamasının ilköğretim, lisans, lise, ön lisans ve lisansüstü mezunu bireyler şeklinde gerçekleşmiş olması, yapılan bu araştırmanın literatür ile uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır.

Aydemir ve Özhan'ın (2011) hasta hakları uygulamalarının hasta ve yakınları tarafından değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmaya katılan bireylerin %71,5'inin hasta, %28,5'inin ise hasta yakını olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların hastalar tarafından yapıldığının varsayıldığı veya hasta ve hasta yakınlarının bir bütün olarak değerlendirildiği, dolayısıyla başvuru kişinin kendisi için mi yoksa yakını için mi başvuruda bulunduğu ilişkin bir değerlendirmenin yapılmadığı görülmüştür. Yapılan bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında yapılan başvuruların çoğunluğunun %65,4 oranıyla hastalar tarafından yapıldığı, bu sırayı %34,6 oranı ile hasta yakınları izlediği tespit edildiğinden bulgular, literatür ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Saruç (2013) gerçekleştirdiği çalışmada, yapılan başvuruların 18 ile 79 yaş arasında dağılım sergilediğini ifade etmiş ve başvuruların çoğunluğunun %20,7'lik eşit oranla 26-30 ve 31-35 yaş arası bireyler tarafından yapıldığını ortaya çıkarmıştır. Karaer'in (2016) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun 41 yaşın üstünde olması nedeniyle en çok başvurunun 41 yaş üstü bireyler (%29) tarafından yapıldığı ortaya çıkmıştır. Bu sırayı %21'lik eşit oranlar ile 26-30 yaş ve 31-35 yaş arası bireyler takip etmektedir. İşeri (2014) yaptığı çalışmada hasta hakları birimine yapılan başvuruların çoğunlukla 31-50 yaş arası bireylerce yapıldığını, bu sıralamayı 21-30 yaş arası bireylerin takip ettiğini ortaya koymuştur. Ekmen'in (2018) araştırmasına da 18 yaşından büyük her yaş grubundan birey katılmış ancak çoğunluğun 18-25 yaş aralığında bulunduğu tespit edilmiştir. Ergüden (2015) yaptığı çalışmada hasta hakları ihlal başvurusunda bulunan bireylerin %28,5'inin 41 yaş ve üstü, %21,5'inin 26-30 yaş aralığında ve %20,5'inin 31-35 yaş aralığında olduğunu tespit etmiştir.

Yapılan bu çalışmada hasta hakları kurullarına yansıyan başvurularda başvurucuların yaş dağılımının değişkenlik gösterdiği anlaşılmaktadır. 2015-2018 yılları arasında yapılan tüm başvurular değerlendirildiğinde, 18 yaşından büyük olan her bireyin başvuruda bulunduğu ve 38-42 yaş arası bireylerin ağırlıkta olduğu tespit edilmiştir. Literatürde hasta hakları kurullarına yapılan başvuruları gerçekleştiren bireylerin yaşlarına ilişkin çeşitli sonuçlar ortaya konulmuş olsa da, başvuruda bulunanların yaş dağılımının değişkenliği ve 41 yaş üstü bireylerin başvuruda bulunmaya daha meyilli olması sebebiyle bu çalışmada elde edilen bulgular literatür ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Binay'ın (2016) çalışmasında araştırmaya katılan öğrencilerin “hasta hakkı dendiğinde ilk aklınıza gelen hasta hakkı hangisidir?” sorusuna %30,7'sinin verdiği yanıt “hizmete ulaşabilme eşitliği” olurken %22,2'sinin verdiği yanıt “güvenlik ve saygı görme” şeklinde olmuştur. Karaer (2016) gerçekleştirdiği çalışmada başvuruların neredeyse yarısının hizmetten faydalanma hakkına ilişkin başvurulardan oluştuğunu %22'lik oranla bu sırayı saygınlık ve rahatlık görme hakkının izlediğini

aktarmaktadır. Uludağ'ın (2011) gerçekleştirdiği çalışmada da yapılan başvurularda hizmetten faydalanamamanın %40,9'luk oranla ilk sırada yer aldığı, bu sırayı %33,8 oranıyla saygınlık ve rahatlık görememenin takip ettiği görülmektedir. İşeri (2014) de araştırmasında hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların çoğunluğunun %30,8 oranında genel olarak hizmetten faydalanma hakkının ihlal edildiği düşüncesiyle yapıldığını, bu sırayı %21,1 oranıyla insani değerlere saygı hakkının izlediğini ifade etmiştir. Ergüden'in (2015) çalışmasında şikâyet konularının ilk sırasında %46'lık bir oranla hizmetten genel olarak faydalanma hakkının yer aldığı, saygınlık ve rahatlık hakkı ise en sık şikâyet edilen haklar sıralamasında %20,6 oranıyla 3. sırada yer aldığı tespit edilmiştir. Ergüden'in (2015) çalışmasında bilgi edinme hakkı en çok ihlal edilen 2. hak olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalyoncu'nun (2018) yaptığı çalışmada hasta ve hekimlerin önem verdiği konular ve yaşanan problemlerin hekim ve hasta ayrımı gözetmeksizin benzer olduğu gözlenmiştir. Çalışmada hastaların ihtiyaç duyduğu anda tedavi hizmeti alabilme hakkının olması gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada sağlık kurumlarına gelen şikâyetlerin daha çok bekleme, hekim vizite saatlerinin yetersizliği, hekimle hasta arasındaki anlaşmazlık, servis hizmetlerinden memnuniyetsizlik, herkesin kendini acil vaka olarak görüyor olması, hastalık halinde randevu alınamaması, özellikle kanser hastaları için yapılacak olan özel tetkikler için geç tarihlere randevu verilmesi, enfeksiyon ve benzeri hastalık halinde hastaların sağlık kurumlarından ihtiyaç duydukları zamanlarda randevu alamamaları, özel hastanelerde hastaya gösterilen ilginin devlet hastanelerinde görülmemesi konularını içeriyor olması, hastaların genel olarak sağlık hizmetinden faydalanma hakkına erişimde sıkıntı yaşadığını göstermektedir. Ayrıca Ekmen'in (2018) çalışmasına katılan bireylerin %90'ının "sağlık personeli, hastalara yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli şekilde davranmak zorunda mıdır?" sorusuna "evet" yanıtını vermiş ve katılımcıların çok büyük bir kısmı sağlık personelinin hasta haklarıyla ilgili eğitim alması gerektiğini düşündüğünü ifade etmiştir.

Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgulara göre sağlık hizmet sunumunda bireylerin en çok hizmetten faydalanma ile saygınlık ve rahatlık ihtiyacı hissettiği

sonucu ortaya çıkmıştır. Sağlık personelinin hasta hakları konusundaki eksikliğini de ortaya koyan bu sonuç, literatürle uyum teşkil etmektedir. İhlal edildiği yönünde karar verilen başvuruların çoğunluğunu hizmetten genel olarak faydalanma hakkı ile saygınlık görme ve rahatlık hakkı olduğunun tespit edildiği bu çalışma sonucunda sağlık tesislerinin, özellikle bu hakları korumaya yönelik düzenlemeler yapmaları önerilmektedir.

Yüce'nin (2018) özel hastane çalışanlarına yönelik olarak yaptığı çalışmada özel hastane çalışanlarının hasta haklarına yönelik bilgi düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Kalyoncu (2018) tarafından yapılan araştırmada işlem öncesi bilgilendirmenin devlet hastanelerine göre özel hastanelerde daha özenle yapıldığı ve özel hastanelerde hastaya gösterilen ilginin devlet hastanelerinde görülmediği sonucu ortaya çıkmıştır. Bu durum özel hastanelerden yapılan ihlal başvurularından daha az olmasının nedenini ortaya koymaktadır. Aynı çalışmada devlet hastanesi çalışanlarının yoğunluktan ya da rahatlığın verdiği güven nedeniyle kaba davranışlar sergileyebildikleri ve hastaları sakinleştirmek adına iyi davranışlar sergilemeleri gerektiği sonucunun ortaya çıkmış olması, başvuruların çoğunluğunun devlet hastanelerinden gelmiş olmasının sebebini açıklamaktadır.

Yapılan bu çalışmada tüm başvuruların %72,7'sinin devlet hastanelerinden ve %19,7'sinin ADŞM'lerden yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, yapılan bu çalışmanın bulgularının literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir.

Karaer'in (2016) yaptığı çalışmada poliklinik hizmetlerinin %42 oranla hasta hakları kurullarına en çok başvuru yapılan birim olduğu, bu sırayı %17 oranıyla acil servisin izlediği tespit edilmiştir. Ergüden (2015) de yapılan başvuruların çoğunluğunun (%43,9) poliklinik hizmetleri nedeniyle yapıldığını, ikinci sırada acil

ve ilk yardım hizmetlerinin (%16) yer aldığını tespit etmiştir. İşeri (2014) çalışmasında hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların tamamına yakınının (%82,7) poliklinik hizmetlerine ilişkin olduğunu ortaya koymuştur. Uludağ (2011) da hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların çoğunluğunun %40 oranıyla poliklinik hizmetleri olduğunu tespit etmiştir.

Yapılan bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında yapılan başvuruların en çok polikliniklerde sunulan sağlık hizmetleri nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Acil servis ve klinikler/servislerin sıralaması yıllar içerisinde yer değiştirse de ilk sırada poliklinik hizmetleri yer almakta ve bu üç birim hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların merkezinde yer almaktadır. Yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçların literatür ile uyumlu olduğu anlaşılmaktadır.

Uludağ'ın (2011) çalışmasında %42,9 oranıyla uzman hekimler, %12 oranında pratisyen hekimler, %7,8 oranında diş hekimleri hakkında başvuru yapıldığını tespit etmiştir. Uludağ ve Zengin (2013) tarafından yapılan çalışmada da hasta şikâyetlerinde yer alan sağlık çalışanlarının çoğunlukla hekimler olduğu ortaya çıkmıştır. Saruç (2013) de yapılan başvuruların çoğunlukla uzman hekimler (%67,1) ve sonrasında pratisyen hekimler (%12,9) hakkında olduğunu belirtmiştir. Karaer'in (2016) yaptığı çalışmada %60'lık bir oran ile en çok hekimlerin şikâyet edildiği aktarılmaktadır. Bu sırayı %9 oranıyla hekim dışı sağlık personeli izlemektedir. İşeri (2014) de çalışmasında hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların çoğunluğunun %34,5 oranıyla asistan hekimlere ilişkin olduğunu ifade etmiştir.

Yapılan bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında gerçekleştirilen başvurular içerisinde hekimlerin %68,11'lik oranla en çok şikâyet edilen meslek mensubu oldukları anlaşılmaktadır. Bu sırayı %15,21'lik oranla hekim dışı sağlık personeli, %10,8'lik oranla idari hizmet personeli, %4,34'lük oranla diğer personel ve sistem

ve %1,54'lük oranla sözleşmeli şirket personeli izlemektedir. Bu araştırmada elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Aktaş'ın (2014) çalışmasında sağlık çalışanlarının %53,9'unun şiddet anında beyaz kod bildirim yapmadıkları, %69,9'unun yaşadıkları şiddet olayının bildirimini olay sonrasında da yapmadıkları tespit edilmiştir. Çelebi Yavaş (2014) tarafından yapılan çalışmada başvuruların %85'inde ve Tokgöz'ün (2019) çalışmasında başvuruların tamamına yakınında hukuki yardım talebinde bulunulduğu tespit edilmiştir. Sucu ve arkadaşları tarafından (2007) yapılan araştırmada, sağlık çalışanlarının şiddete uğradıkları halde bildirimde bulunmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık-Sen'in (2020) yayımladığı raporda son 6 aylık süre boyunca gerçekleşen 117 şiddet eylemine ilişkin mahkemelerde görülmekte olan davaların yalnızca 11'inin karara bağlandığı ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, saldırgan hakkında yapılan işlemler değerlendirilmiş ve saldırganlar hakkında çoğunlukla hiçbir işlem yapılmadığı tespit edilmiştir. İşlem yapılanların çoğunluğunu ifadesi alınıp serbest bırakılan saldırganların oluşturduğu görülmüştür.

Yapılan bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılan şiddet bildirimlerinde yıllar içerisinde bir artış olduğu gözlenmektedir. Yapılan başvuruların büyük çoğunluğuna hukuki yardım sağlanmıştır. Ancak yapılan yargılama sonucunda hakkında karara varılan başvuru sayısının azlığı, sağlık personelinin şiddeti bildirmeme nedenlerinden biri olan yargı sürecinin uzunluğunu gözler önüne sermektedir. Bu çalışmada 2015 yılında yapılan başvuru sayısının az olmasına karşılık 2016 yılında yapılan başvuruların dramatik bir şekilde arttığı tespit edilmiştir. Bu durum, sağlık personeline daha fazla şiddet uygulandığını göstermekten ziyade şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının 2015 yılında şiddeti bildirmekten çeşitli sebeplerle imtina ettiğini düşündürmektedir. Zira bu çalışma kapsamında bulunmayan 2012, 2013 ve 2014 yıllarında Beyaz Kod Koordinatörlüğüne hiç başvuru yapılmadığı gözlenmiştir. Sağlık sektöründe şiddet riskinin diğer sektörlere oranla 16 kat daha fazla olduğu göz

önüne alındığında “0” şiddet eyleminin olası olmadığı değerlendirilmektedir. Dolayısıyla beyaz kod sistemine yapılan başvurularda yıllar içerisinde meydana gelen artışın sağlık çalışanlarının şiddet konusunda farkındalık edindikleri ve sisteme güveninin arttığını düşündürmekle beraber yıllar içerisinde şiddetin de arttığı ancak bütün şiddet eylemlerinin bildirilmediğini de düşündürmektedir. Hukuki destek, sağlık çalışanının talebine bağlı olduğundan talepte bulunan şiddet mağduru sağlık çalışanlarının bu taleplerinin karşılandığı anlaşılmaktadır. Hukuki yardımın şiddet uygulayıcılarına caydırıcı etkide bulunabileceği düşünülmekte ve bu çalışmada elde edilen verilerin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Öte yandan yapılan beyaz kod başvurularının tamamının beyaz kod kapsamında değerlendirilmediği bu çalışma sonucunda tespit edilen bir başka bulgudur. 2015 yılında yapılan tüm başvurular beyaz kod kapsamında iken 2016 yılında yapılan başvuruların %85’i beyaz kod kapsamındadır. 2017 yılında yapılan başvuruların %80’i beyaz kod kapsamında iken %20’si kapsam dışıdır. Benzer şekilde 2018 yılında yapılan başvuruların %84’ü beyaz kod kapsamında iken %16’sının kapsam dışı olduğu görülmektedir. Bu durum beyaz kod bildirim yapanların beyaz kod kapsamında olan ve kapsam dışında kalan eylemleri ayırt etmede yeterli olmadığını düşündürmektedir.

Tokgöz (2019)’ün araştırmasında erkek bireylerin, sağlık çalışanlarına şiddet uygulama oranının kadın bireylerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Öner (2014) çalışmasında yapılan başvuruların %61’inde failin erkek bireyler olduğu belirtilmiştir. Kuruöz’ün (2016) yaptığı çalışmada acil serviste sağlık personeliyle tartışma yaşayan bireylerin çoğunluğunun %50,6 oranıyla erkek bireyler olduğu ortaya çıkmıştır. Aktaş (2014) da benzer bir şekilde sağlık çalışanlarına şiddet uygulayan bireylerin %54,9’unun erkek bireyler olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışmada gerçekleşen eylemlerin %26,7’sinin kadın ve erkek bireyler tarafından

müştereken gerçekleştirildiği de ortaya çıkmıştır. Çelebi Yavaş (2014) tarafından yapılan çalışmada da şiddet uygulayanların çoğunluğunun %81,5 oranıyla; Kaya'nın (2017) araştırma sonuçlarında ise %78,5'inin erkek bireyler olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında bildirilen şiddet eylemlerinin çok büyük bir çoğunluğunun erkek bireyler tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Bu nedenle, yapılan bu çalışmada elde edilen sonucun, diğer araştırmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Yeşiltaş'ın (2018) gerçekleştirdiği çalışmada hekimlerin şiddeti çoğunlukla hasta yakınlarının etkilendiğini düşündükleri tespit edilmiştir. Çelebi Yavaş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada şiddet uygulayıcıların %58,4 oranında hastalar, %38,4 oranında hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Öner'in (2018) İzmir'de yaptığı araştırma sonucuna göre şiddet uygulayanların çoğunluğu %61 oranla hasta yakınlarıdır. Benzer bir şekilde Tokgöz (2019)'ün Tekirdağ ilinde yaptığı araştırmada şiddet uygulayıcılar arasında hasta yakınları ağırlıktadır. Özdemir Takak'ın (2018) araştırmasına katılan ve sağlık çalışanına şiddet uyguladığını ifade eden gönüllülerin %62,2'si yakını olduğu hasta için, %37,8'i ise hasta olarak kendisi için şiddet eylemi gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Aktaş (2014) da şiddet eylemlerinin %69,4'ünün hasta yakınları tarafından, %19,4'ünün ise hem hasta hem de hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini ortaya koymuştur. Kaya'nın (2017) çalışmasında da başvuruların %72'sinde şiddet uygulayıcıların hasta yakını olduğu tespit edilmiştir. Sağlık-Sen'in (2020) raporunda şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Yapılan pek çok araştırma şiddet eylemlerinin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiğini göstermektedir ancak görülmektedir ki şiddet eylemlerinin çoğunlukla hastalar tarafından gerçekleştirildiğini gösteren çalışmalar da mevcuttur.

Yapılan bu çalışmada Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod Koordinatörlüğüne bildirilen tüm başvurular değerlendirildiğinde şiddet eylemlerinin %63'ünün hasta yakınları, %29'unun hastalar ve %8'inin diğer kişiler tarafından

gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Bu durum, bu çalışmanın sonucunun literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Hasta yakınlarının, hastaların hastaneye götürülmesi sağlık tesisindeki resmi işlemin başlatılması ve takip edilmesi gibi birçok görev üstlenmesi şiddet olgularını arttıran nedenler olarak görülmektedir. Hasta yakınlarının süreç içerisindeki bürokratik yükünün azaltılmasına yönelik personel istihdamının, şiddet eylemlerini azaltıcı bir etki sağlayabileceği düşünülmektedir.

Tokgöz (2019) tarafından Tekirdağ ilinde gerçekleştirilen araştırmada şiddet eylemlerinin çoğunlukla 23-42 yaş aralığında bulunan kişilerce gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Kuruöz (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlık personeli ile tartışma yaşayan bireylerin çoğunluğunun %57,8 oranla 20-29 yaş arası bireyler olduğu, bu sırayı %24,1 oranıyla 30-39 yaş arası bireylerin izlediği tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada şiddet eylemlerinin çoğunlukla 23-42 yaş aralığında bulunan kişilerce gerçekleştirildiği anlaşıldığından bulguların literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmektedir.

Tokgöz (2019) tarafından yapılan araştırmada şiddete yol açan ilk üç nedenin hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hataları, trafikte yaşanan problemler (yol vermeme, uygun park etmeme) ve tedaviden memnun kalmama olduğu tespit edilmiştir. Özdemir Takak (2018), Kaya (2017) ile Kuruöz (2016) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların, sağlık çalışanlarına karşı artan şiddetin nedenleri konusunda fiziki ve teknik yetersizlere atıf yaptığı görülmüş ve hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hatalarını ortaya koyan ifadelerin de azımsanmayacak kadar yüksek oranda olduğu görülmektedir. Yeşiltaş'ın (2018) çalışmasında hekimlerin hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hatalarını şiddetin nedeni olarak gördüğü ve şiddete maruz kalacağı korkusuyla defansif tıbbi yöneldiği tespit edilmiştir. Kalyoncu'nun (2018) hasta haklarına ilişkin yaptığı çalışmada ortaya çıkan sosyal medyanın halkı yanlış yönlendirmesi sonucunda hastaların hekimlerin yaptığı tedaviyi sorgulaması, tedaviyi beğenmemesi, zamanla hekimle hasta arasında sürtüşmenin yaşandığı ve

bunun sağlıkta şiddete kadar varabildiği sonucunun tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar sonucunda şiddeti ortaya çıkaran pek çok farklı nedenler ortaya koyulmuştur. 2018 yılında Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Trafik İstatistik Bülteninde yer alan verilere göre ülke genelinde gerçekleşen 186.532 ölümlü/yaralanmalı trafik kazasının 4098'inin (tüm olguların yaklaşık %2.20'si) Hatay ilinde gerçekleştiği belirtilmiştir. Yine 2018 yılında ölümlü/yaralanmalı trafik kazasına karışan 300.704 aracın 347'sinin ambulans olduğu tespit edilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2018).

Bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında yapılan şiddet başvurularının nedenlerinin ilk sırasında hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hatalarının yer aldığı görülmektedir. Bu sırayı trafikte yaşanan problemler (yol vermeme, uygun park etmeme) ve tedaviden memnun kalmama takip etmektedir. Bu çalışmanın bulgularıyla literatürün paralellik gösterdiği görülmektedir. Bu sonuçtan hareketle, iletişimden kaynaklanan problemlerin çözümü halinde şiddet eylemlerinin büyük ölçüde azalacağı değerlendirilmektedir.

Kalyoncu'nun (2018) alışmasına katılan hekimlerin, sadece sağlıkta şiddetin değil Türkiye'de şiddetin artmış olduğunu ve özel hastanelerde doktorlara saldırının daha az olduğunu belirtmiştirler. zdemir Takak'ın (2018) araştırmasına katılan ve hasta/hasta yakını olan gönüllülerin %70,5'i şahit olduğu şiddet eylemlerinin devlet hastanelerinde gerçekleştiğini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını belirten bireylerin tamamı bu eylemi devlet hastanelerinde gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdiği çalışmada da araştırma bulgularımız ile benzer şekilde şiddet eyleminin en çok devlet hastanelerinde gerçekleştiği sonucuna varılmıştır. Tokgöz'n (2019) Tekirdağ ilinde yaptığı çalışmada da şiddetin en çok gerçekleştiği sağlık tesislerinin devlet hastaneleri olduğu tespit edilmiştir. Sağlık-Sen (2020) raporunda şiddet eylemlerinin çoğunlukla hastanelerde gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada şiddetin en çok gerçekleştiği sağlık tesislerinin devlet hastaneleri olduğu tespit edilmiş ve bu sıralamayı üniversite sağlık tesisleri ve ASM'ler izlemektedir. Bu durum araştırma bulguları ile literatürün uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır.

Öner'in (2014) çalışmasında beyaz kod başvurularının en sık gerçekleştiği birim sıralaması acil servis (%41,8), servis (%28,4) ve poliklinik (%26,2) olarak gerçekleşmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) çalışmasına katılan ve şiddete maruz kaldığını belirten sağlık personelinin çoğunluğu şiddet eylemiyle polikliniklerde karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu sıralamayı acil servis takip etmektedir. Aktaş'ın (2014) yaptığı çalışmada şiddetin en çok yaşandığı birim sıralaması acil servis, servis ve poliklinik şeklinde gerçekleşmiştir. Çelebi Yavaş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada beyaz kod başvurularına ilişkin olayların en çok gerçekleştiği birimlerin sırasıyla poliklinik (%43), acil servis (%34) ve servisler (%18) olduğu tespit edilmiştir. Kaya (2017) çalışmasında beyaz kod vakalarının gerçekleştiği birim sıralamasını %72 oranında acil servis, %19,6 oranında servisler ve %7,5 oranında poliklinikler şeklinde gerçekleştiğini ortaya koymuştur. Araştırmanın yapıldığı sağlık tesisine göre sıralama farklılık gösterse de en çok başvuru yapılan ilk üç birimin değişmediği görülmektedir.

Yapılan bu çalışmada sıralamaları yıllara göre değişmiş olsa 2015-2018 yılları birlikte değerlendirildiğinde, şiddet eylemlerinin en çok polikliniklerde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bunu sırasıyla acil servisler, klinikler/servisler, diğer birimler, 112 istasyonları/olay yeri, ameliyathane/yoğun bakım ve tetkik ve görüntüleme birimi izlemektedir. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Aytaç ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında katılımcıların %32,1'inin herhangi bir şiddet türüne maruz kaldıkları, bunun yanında %62,9'unun kendileri

maruz kalmasalar bile herhangi bir şiddet türüne tanık oldukları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada en sık rastlanan şiddet türünün sırasıyla sözel şiddet, yıldırma, fiziksel şiddet ve cinsel taciz olduğu anlaşılmıştır. Özdemir Takak'ın (2018) araştırmasına katılan ve hasta/hasta yakını olan gönüllülerin %89,7'si sağlık kurumlarında şahit oldukları şiddet türünün sözlü şiddet olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmaya katılan ve sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını belirten bireylerin tamamının uyguladığı şiddet türünün sözel şiddet olduğu tespit edilmiştir. Aktaş (2014) çalışmasında en çok meydana gelen şiddet türünün sözel şiddet olduğunu, bu sırayı sözel ve fiziksel şiddetin birlikte gerçekleştiği olgular ve sözel, fiziksel ve psikolojik şiddetin birlikte gerçekleştiği olguların takip ettiğini ortaya koymuştur. Çelebi Yavaş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada beyaz kod başvuruların çoğunluğunun %70 oranıyla sözel şiddet eylemlerini içerdiği tespit edilmiştir. Kaya (2017) da başvuruların %73,8'inin sözel şiddet bildirdiğini ortaya koymuştur. Öner'in (2018) ve Tokgöz'ün (2019) araştırma bulguları, sözel şiddetin en çok uygulanan şiddet çeşidi olduğunu göstermektedir. Sağlık-Sen'in (2020) raporunda şiddet eylemlerinin çoğunlukla fiili ve sözel şekilde gerçekleştirildiği ifade edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada, gerçekleşen şiddet eylemlerinin yarısından fazlasının sözel şiddet şeklinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Bu sıralamayı hem fiziksel hem de sözel şiddet izlemektedir. Fiziksel şiddet ise en az sergilenen şiddet eylemidir. Bu çalışmada ortaya çıkan bulguların literatür ile benzer bir sonuç içerdiği görülmektedir.

Aktaş'ın (2014) çalışmasında şiddete en çok uğrayan sağlık personelinin sırasıyla hemşireler, hekimler ve sağlık memurları olduğu tespit edilmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdiği çalışmada, yapılan bu araştırmada ortaya çıkan sonucun aksine şiddet mağduru personelin çoğunluğunun hekim dışı sağlık personeli olduğu tespit edilmiştir. Ancak yapılan bu çalışmaya katılan personelin çoğunluğunu hekim dışı sağlık personeli oluşturmaktadır. Özdemir Takak'ın (2018)

araştırmasına katılan ve hasta/hasta yakını olan gönüllülerin %64,1'i şahit oldukları şiddet eylemlerinin hekimlere yönelik olarak gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Bu sırayı %39,7 oranıyla hemşireler izlemektedir. Aynı çalışmada sağlık personeline şiddet uyguladığını ifade eden bireylerin %48,6'sının bu eylemi hekimlere, %40,5'i ise hemşirelere yönelik olarak gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Çelebi Yavaş (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada beyaz kod başvurularına ilişkin olayların mağdurlarının %43 oranında hekimler olduğu, bunları %20 oranıyla hemşirelerin ve %18,4 oranıyla diğ hekimlerinin izlediği tespit edilmiştir. Kaya'nın (2014) çalışmasına katılan şiddet mağdurlarının %65,4'ünün hekimler olduğu tespit edilmiştir. Öner (2018) ve Tokgöz'ün (2019) çalışmaları da hekimlerin şiddete en çok maruz kalan meslek grubu olduğunu göstermektedir. Sağlık-Sen'in (2020) raporunda şiddete en fazla maruz kalan meslek gurubunun diğ er sağlık çalışanları olduğu, bu sırayı hekimlerin izlediği tespit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada 2016 yılında hekimler ile hekim dışı sağlık personelinin eşit oranda şiddet gördüğü tespit edilmiştir. 2018 yılında ise şiddet mağduru hekim dışı sağlık personeli sayısı, hekim sayısından daha fazla olsa da "hekim dışı sağlık personeli" tabirinin çok geniş bir grubu ifade ettiği göz önüne alındığında hekimlerin şiddete uğrama sıklığının diğ er personelden daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenle yapılan bu araştırmanın bulgularının literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Kaya'nın (2017) gerçekleştirdiği çalışmada, başvuru yapan şiddet mağdurlarının %53,3 oranıyla, Çelebi Yavaş (2014) ise %60 oranında erkek sağlık personeli olduğu tespit etmiştir. Ayrancı ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdiği çalışmaya katılan ve şiddete uğradığını belirten sağlık personelinin çoğunluğunun %60,3 oranıyla kadın personel olduğu tespit edilmiştir. Aktaş (2014) çalışmasında şiddete maruz kalan personelin %50,5'inin kadın çalışanlar olduğu tespit edilmiştir. Öner'in (2018) araştırma bulgularına göre beyaz kod başvurusunda bulunan

mağdurların çoğunluğunun %65,2 oranla kadın çalışanlar olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yapılan çalışmaların farklı sonuçlar verdiği görülmektedir.

Yapılan bu çalışmada şiddet mağduru sağlık çalışanlarının çoğunlukla kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Şiddet uygulayıcılarının ise çoğunlukla erkekler olduğu tespit edildiğinden, bu durumun, erkek egemen bir toplum olan Türkiye’de kadın ve erkeklerin yetiştirilme tarzlarındaki farklılıktan kaynakladığı düşünülmektedir. Son yıllarda bu durum değişme eğiliminde olsa da kadınların daha uysal ve erkeklerin ise güç kullanmaya daha meyilli yetiştirilmelerinin bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Literatürde, yapılan bu çalışmaya tezat teşkil eden bulgular olsa da, benzer sonuçlar ihtiva eden çalışmalar da olduğundan bu çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Tokgöz (2019), yapılan şiddet bildirimlerinin sırasıyla Çalışan Güvenliği Birimi, 113 personeli ve sağlık çalışanının kendisi tarafından yapıldığını tespit etmiştir. Yapılan bu çalışmada, 2015-2018 yılları arasında gerçekleşen şiddet eylemlerinin beyaz kod sistemine bildirimlerinin %64’lük kısmının Çalışan Güvenliği Birimi tarafından, %30’luk kısmının 113 personeli tarafından ve %1’lik kısmının da sağlık çalışanı tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. Bu oranlar, şiddetle karşılaşan sağlık çalışanlarının çoğunlukla kurumlarında yer alan Çalışan Güvenliği Birimine başvurma yolunu tercih ettiklerini göstermektedir. Mağdur sağlık çalışanlarının daha az bir oranda da olsa 113 beyaz kod hattını arayarak başvuru yolunu da tercih ettikleri ancak adli işlemleri bizzat kendileri başlatma yolunu pek tercih etmedikleri tespit edilmiştir. Bu sonuç, Tokgöz’ün (2019) yaptığı çalışmayla benzerlik gösterdiğinden, bu araştırma sonucunda elde edilen verilerin literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Özdemir Takak (2018) tarafından yapılan çalışmada sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakını arasında gerçekleşen tartışma sonrasında hasta/hasta yakınlarının %25,5'inin, sağlık çalışanlarının ise yalnızca %2,9'unun yetkili makamlara şikayette bulunduğu tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada hasta hakları kurullarına yansıyan başvurularının beyaz kod başvurusuna dönüşme durumlarına ilişkin değerlendirmede, içeriğinde şiddet öğeleri barındıran başvurular incelenmiştir. Olaylardan ilkinde yaşını belirtmeyen ve lisans mezunu olan erkek bir hasta yakını tarafından, özel bir hastanenin klinikler/servisler bölümünde çalışan erkek bir hekime yönelik olarak hasta hakları ihlal başvurusunda bulunduğu, ancak kurul tarafından hak ihlali olmadığı kararı verildiği tespit edilmiştir. Başvurusunda “Biz orda doktora bağırsak kavga etsek sağlık çalışanına şiddet diye ortalığı ayağa kaldıracak ve yargılanacaktık. Bağırmadan çağırmadan kovulduk.” ifadelerine yer veren başvuru hakkında beyaz kod bildiriminde bulunulmadığı tespit edilmiştir. Ortaya konan bu sonuç, hasta/hasta yakını ile sağlık personeli arasında gerçekleşen tartışma sonrasında hasta/hasta yakınlarının yetkili makamlara şikayette bulunduğu ancak sağlık çalışanının bulunmadığını gösterdiğinden bu çalışmanın literatür ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada hasta hakları kurullarına yansıyan ve beyaz kod bildirimine de konu olduğu tespit edilen bir diğer olayda, öğrenim durumu ve yaşı hakkında bilgi paylaşımında bulunmayan kadın bir hasta tarafından yapılan başvuru yerinde çözümlenemediğinden Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülmüştür. Başvuruda bulunan hasta, doktorun kendilerini beklettiğini ve kendilerine kötü davrandığını ifade etmiştir. Saygınlık ve rahatlık görme hakkının ihlal edildiğinden bahisle yapılan başvuruya ilişkin olarak, hasta hakları kurulu tarafından oybirliği ile hak ihlali olmadığı kanaatine varılmıştır. Söz konusu olay, bu araştırma sonucunda hasta hakları ihlal başvurularının ve beyaz kod bildirimlerinin en çok yapıldığı sağlık tesisi olarak tespit edilen “devlet hastanesinde” ve yine bu araştırma sonucunda en çok bildirimlerin yapıldığı birim olarak tespit edilen “poliklinikte” gerçekleşmiştir. Yapılan incelemede, beyaz kod bildiriminde bulunan sağlık personelinin kadın bir diş hekimi olduğu tespit edilmiştir. Hasta hakları kuruluna yapılan başvuruyu hasta

gerçekleştirdiği halde, yapılan beyaz kod başvurusunda şiddet uygulayanın erkek bir hasta yakını olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonucunda en çok şiddet uygulayan bireylerin erkek hasta yakınları olduğu ve en çok şiddet mağduru olan sağlık çalışanlarının kadın hekimler olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun, değerlendirilen olaya ilişkin verilerle tutarlı olduğu görülmektedir. Beyaz kod başvurusunda bulunan hekim tarafından hastane bilgi yönetim sistemi arızası nedeniyle gecikme yaşandığı, sistem arızası giderilince muayeneye başlandığı, diğer hastaların muayenesi esnasında şiddet eylemini gerçekleştiren hasta yakınının, diğer hastaların mahremiyetini hiçe sayarak polikliniğe sürekli girmek suretiyle öncelik talep ettiği bildirilmiştir. Mağdur hekim tarafından hasta yakınına beklemesi halinde kendisine yardımcı olacağı bildirildiği halde kendisine hakaret ve tehdit ile karşılık verildiğinden bahisle beyaz kod bildiriminde bulunulduğu anlaşılmıştır. Sözel şiddet olarak kayda geçen olay, bu araştırma sonucunda ortaya çıkan en yaygın şiddet türünün “sözel şiddet” olduğu sonucuyla tutarlılık içermektedir. İncelenen olayın, gerçekleştiği esnada beyaz kod başvurusuna dönüştüğü, ancak kurum tarafından 2 hafta sonra beyaz kod bildirim sistemine işlendiği anlaşılmıştır. Hasta hakları ihlal başvurusunun ise bir hafta sonra yapıldığı, kurul tarafından ise başvurudan bir ay sonra karara bağlandığı görülmüştür. Beyaz kod bildirimine ilişkin adli sürecin hala devam ettiği, olayın üstünden 3 yıl geçtiği halde henüz sonuçlanmadığı tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında hasta hakları kurul kararlarının daha hızlı sonuçlandığı ve beyaz kod başvurusuna ilişkin adli sürecin ise uzun olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Adli sürecin uzunluğu, araştırmamızda ortaya çıkan sonuçlardan biri olduğundan bu sonuç, sağlık personelinin şiddet bildiriminden imtina etmelerinin nedenlerinden birini de ortaya çıkarmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Her geçen gün önemi artan ve insan haklarının bir uzantısı olarak görülen hasta hakları, ulusal ve uluslararası pek çok düzenleme ile korunmaktadır. Türkiye’de bu amaçla yapılan en önemli düzenleme 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’dir. Yönetmelik, hastaların hak ve sorumluluklarını tanımlamakta ve sağlık tesislerinde hasta hakları birimleri kurularak yaşanan uyuşmazlıkların mümkün ölçüde yerinde çözülmesini amaçlamaktadır. Yerinde çözümlenemeyen uyuşmazlıklar ise, bir üst makam olan il hasta hakları kurullarında değerlendirilmektedir. Hasta hakları savunucuları olarak değerlendirilebilecek bu kurulların varlığına rağmen hasta ve hasta yakınları zaman zaman şiddeti bir sorun çözme yöntemi olarak görebilmektedir.

Şiddet tüm dünyada artarak devam eden ve toplumun her alanında görülen bir halk sağlığı problemidir. Sağlık tesislerinde çalışanların şiddete uğrama risklerinin, diğer işyerlerinde çalışanlara oranla çok daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Sağlık tesislerinde şiddetin önlenmesine yönelik ulusal ve uluslararası pek çok düzenleme yapılmaktadır. Bu düzenlemelerle birlikte Türkiye’de yapılan bir diğer düzenleme de beyaz kod uygulamasıdır. Bu uygulama ile sağlık kurumlarında şiddetin önlenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada şiddet eylemlerinin, eylemin taraflarınca nasıl algılandığını tespit etmek amacıyla Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan 1 nolu Hasta Hakları Kurulu ve 2 nolu Hasta Hakları Kurulu ile Beyaz Kod İl Koordinatörlüğü’ne yapılan tüm başvurular değerlendirilmiştir. Bu kapsamda Hasta Hakları Kurullarına yapılan 131 başvuru ile Beyaz Kod İl Koordinatörlüğü’ne yapılan ve beyaz kod kapsamında olan 381 başvuru analiz edilmiştir.

Bu çalışma ile başvuru yapanların profili, başvuruların konu dağılımı, başvuru sonuçları, başvuru şekli, hakkında başvuru yapılan kişinin profili, başvurunun kurum ve birim bazlı dağılımı ile ilgili sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmada hak kavramı, insan hakları ve tarihsel gelişimi, hasta hakları ve tarihsel gelişimi, yasal düzenlemeler, hak ihlalinin önlenmesine yönelik çalışmalar, şiddet kavramı, nedenleri, etkileri ve türleri, şiddeti önlemeye yönelik düzenlemeler ve beyaz kod uygulamaları kuramsal düzeyde incelenmiştir.

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Beyaz Kod İl Koordinatörlüğü ve Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü'ne bağlı Hasta Hakları Kurullarına yapılan başvuruların değerlendirilmesi ile ortaya çıkan sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Çalışma sonucunda, 2015-2018 yılları arasında hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların yıllar içerisinde azaldığı ancak yine de yüksek seyrettiği tespit edilmiştir. Bu çalışmada yapılan başvuruların tamamına yakınının yerinde çözüldüğü belirlenmiştir. 2015-2018 yılları arasında hasta hakları birimlerine yapılan tüm başvuruların yalnızca %5,21'i yerinde çözümlenemeyerek hasta hakları kurullarına yansımıştır. Hasta hakları kurullarına yapılan tüm başvuruların yalnızca %10,39'u hakkında, hak ihlali olduğu yönünde karar verildiği tespit edilmiştir.

Hasta hakları kurullarına 2015-2018 yılları arasında yapılan tüm başvurular birlikte değerlendirildiğinde, başvuruların %5,5'inin erkek sağlık personeline, %31,5'inin kadın sağlık personeline, %3'ünün hem kadın hem erkek sağlık personeline ilişkin olduğu tespit edilmiştir. Yine çalışmada 2015-2018 yılları arasında hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların %65,5'inin erkek, %34,4'ünün ise kadın bireyler tarafından yapıldığı belirlenmiştir.

Bu çalışma sonucunda 2015-2018 yılları arasında hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların okuyazar her birey tarafından yapıldığı ancak yaş sıralamasının yıllar içerisinde değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan başvuruların %19,1'inde bireylerin öğrenim durumlarını belirtmedikleri görülmüştür. Öğrenim durumunu belirten bireylerin çoğunluğunu ilköğretim mezunu bireyler oluşturmaktadır. Bu sıralamayı lisans, lise, ön lisans ve lisansüstü düzeydeki bireyler takip etmektedir. Okuma yazma bilen, temel eğitim almış, ortaöğretimi tamamlamış bireyler ile yüksek eğitim almış bireyler arasında hasta hakları kurullarına başvuru noktasında bir fark tespit edilmemiştir.

Bu çalışma sonucunda 2015-2018 yılları arasında hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların %65,4'ünün hasta bireyler tarafından, %34,6'sının ise hasta yakınları tarafından yapıldığı tespit edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda, hasta hakları kurullarına 2015-2018 yılları arasında yansıyan başvuruların 18 yaşın üstünde bulunan her yaş grubundan bireylerce yapıldığı tespit edilmiştir. Ancak bireylerin öğrenim durumunda olduğu gibi yaş bilgilerini paylaşmaktan da imtina ettiği görülmüştür. Zira yapılan başvuruların %29'unda bireyler yaşlarını belirtmemişlerdir. Yaşlarını belirten bireylerin çoğunluğunu ise 38-42 yaş arası bireyler oluşturmaktadır.

Hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların nedenlerine ilişkin değerlendirmede, 2015-2018 yılları arasında bireylerin en çok hizmetten genel olarak faydalanma haklarının ihlal edildiğini düşündükleri tespit edilmiştir. Bu sıralamayı saygınlık ve rahatlık hakkı izlemiştir. Kurul tarafından ihlal edildiği yönünde karar alınan başvuruların çoğunluğunu da bu nedenler oluşturmaktadır.

Bu çalışma 2015-2018 yılları arasında yapılan başvuruların sağlık tesisinin türüne göre değerlendirilmiş ve en çok hak ihlali başvurusunda bulunan tesislerin devlet hastaneleri olduğu tespit edilmiştir. Başvuruların %72,7'sini devlet hastaneleri oluştururken %19,7'sini ise ADSM'ler oluşturmaktadır. Bu çalışma ayrıca yapılan başvuruların kurum bazlı değerlendirilmesi de yapılmış ancak yapılan başvurular ile ilçe nüfusları arasında bir bağlantı tespit edilememiştir. Hakkında en çok başvuru yapılan birim sıralamasının ise poliklinikler, acil servisler ve klinikler/servisler olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında yapılan hasta hakları ihlal başvurularının %68,11'inin hekimlere yönelik olarak yapıldığı tespit edilmiştir. Bu sırayı hekim dışı sağlık personeli, idari hizmet personeli, diğer personel ve sistem ile sözleşmeli şirket personeli izlemektedir.

Bu çalışmada Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Beyaz Kod Koordinatörlüğüne 2015-2018 yılları arasında yapılan beyaz kod başvurularının artış eğiliminde olduğu ve toplam 416 başvurunun yapıldığı tespit edilmiştir. Bu başvuruların 381'inin beyaz kod kapsamında olduğu anlaşılmıştır. Bu çalışmanın evrenini de bu sayı oluşturmaktadır. Beyaz kod kapsamında olduğu değerlendirilen başvuruların 352'sine hukuki yardım verildiği tespit edilmiştir. Başvurulara ilişkin olarak yapılan yargılama sonucunda ise yalnızca 5 başvuru hakkında karar verildiği görülmüştür.

Bu çalışmanın bulgularına göre 2015-2018 yılları arasında bildirilen şiddet olgularının %74,5'inin erkek bireylerce gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.

Bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında gerçekleşen şiddet eylemlerinin %63'ünün hasta yakınları, %29'unun hastalar tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda 2015-2018 yılları arasında bildirilen şiddet eylemlerinin 10 yaşın üzerinde bulunan her yaş gurubundan bireyler tarafından gerçekleştirildiği ve başvuruların %20'sinin 33-37 yaş arası bireylere, %19'unun 38-42 yaş, %14'ünün 23-27 yaş ve %13'ünün 28-32 yaş arası bireylere ilişkin olduğu tespit edilmiştir. Şiddet eylemlerinin 23-42 yaş arasında ancak değişken dağılım gösterdiği görülmektedir. Her yaş grubundan bireyin şiddet eylemine başvurduğu tespit edildiğinden şiddet eyleminin yaş faktöründen etkilenmediği sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında gerçekleşen şiddet eylemlerinin nedenleri araştırılmış ve sonuç olarak hasta ve hasta yakınlarının tutum ve davranış hatalarının şiddet oluşumunda en etkili faktör olduğu tespit edilmiştir. Şiddete neden olan bir diğer faktörün trafikte yaşanan yol vermeme ve uygun park etmeme gibi problemler olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının tedaviden memnun kalmamasının şiddete neden olan bir diğer faktör olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan bir diğer bulgu; şiddet eylemlerinin %67,7'sinin devlet hastanelerinde gerçekleştiğidir. Şiddet eylemlerinin sıklıkla gerçekleştiği sağlık tesislerine yönelik incelememizde, başvuruların nüfusu yoğun olan ilçelerde bulunan sağlık tesislerinde yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan bir diğer bulgu, 2015-2018 yılları arasında bildirilen şiddet eylemlerinin en çok polikliniklerde gerçekleştiği olmuştur.

Bu çalışma sonucunda şiddet eylemlerinin en çok gerçekleştiği birimler sıralamasında acil servislerin ikinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmada 2015-2018 yılları arasında bildirilen şiddet eylemlerinin çoğunluğunu, yaklaşık %60 oranla sözel şiddet eylemlerinden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu sıralamayı %26'lık oranıyla hem sözel hem de fiziksel şiddetin birlikte gerçekleştirildiği eylemler izlemektedir.

Bu çalışma sonucunda en çok şiddete uğrayan sağlık meslek grubunun %46,2 oranıyla hekim dışı sağlık personeli ve %38,1 oranıyla hekimler olduğu tespit edilmiştir. Hekim dışı sağlık personeli ifadesinin çok geniş bir grubu kapsadığı göz önüne alındığında hekimlerin şiddete diğer meslek mensuplarından daha fazla uğradığı değerlendirilmiştir.

Bu çalışma sonucunda ortaya çıkan bir diğer bulgu %54,1 oranıyla kadın sağlık personelinin ve %45,9 oranıyla erkek sağlık personelinin şiddete maruz kalmış olduğudur.

2015-2018 yılları arasında gerçekleşen şiddet eylemlerinin %64'lük kısmının Çalışan Güvenliği Birimi personeli tarafından, %30'luk kısmının 113 personeli tarafından ve %1'lik kısmının ise sağlık çalışanı tarafından yapılmış olduğu, çalışmamız sonucunda ortaya çıkan bir diğer bulgudur. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanı çoğunlukla kurumlarında bulunan Çalışan Güvenliği Birimine başvurmakta, daha az bir oranla 113 numaralı hattı arayarak şiddet bildiriminde bulunmaktadır.

Bu çalışmanın temel konusu olan, hasta hakları kurul kararlarına yansıyan başvurularda yer alan şiddet olgularının beyaz kod başvurusuna dönüşme

durumlarına ilişkin olarak yapılan incelemede, hasta hakları kurullarına yansıyan iki başvuruda şiddet bulgularına rastlanmıştır.

Şiddet bulgularına yansıyan başvurulardan ilkinde yaşını belirtmeyen ve lisans mezunu olan erkek bir hasta yakınının, özel bir sağlık tesisinin klinikler/servisler bölümünde çalışan erkek bir hekimin hak ihlali yaptığı yönünde başvuruda bulunduğu görülmüştür. Hasta hakları kurulu tarafından yapılan değerlendirmede hak ihlali olmadığı yönünde karar verilmiştir. Başvurusunda “Biz orda doktora bağırsak kavga etsek sağlık çalışanına şiddet diye ortalığı ayağa kaldıracak ve yargılanacaktık. Bağırmadan çağırmadan kovulduk.” ifadelerine yer veren başvuru hakkında beyaz kod bildiriminde bulunulmadığı tespit edilmiştir. Söz konusu ifade her ne kadar ispatlanmamış hasta görüşü olsa da başvuru kişinin sağlık personeli ve sağlık hizmetine ilişkin olumsuz bir algıya sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta hakları kuruluna yansıyan ve beyaz kod başvurusuna dönüştüğü tespit edilen diğer olguda, öğrenim durumu ve yaşına ilişkin bilgi paylaşmaya bir kadın hastanın, kadın bir hekim hakkında saygınlık ve rahatlık görme hakkının ihlal edildiğinden bahisle hasta hakları kuruluna müracaat ettiği görülmüştür. Bir devlet hastanesinin poliklinikler bölümünde gerçekleşen olayda, beyaz kod başvurusunun kadın bir hekimin, erkek bir hasta yakını tarafından kendisine sözel şiddet uyguladığı gerekçesiyle yapıldığı görülmüştür. Hasta hakları kurulunda yapılan değerlendirmeden hak ihlali olmadığı yönünde karar verildiği halde, yapılan beyaz kod başvurusunun kapsam içerisinde değerlendirildiği ve adli süreç başlatıldığı tespit edilmiştir. Adli süreç sürmektedir.

Bu çalışmada hasta hakları kurulları ile beyaz kod birimlerine bildirimlerin en çok devlet hastaneleri ve polikliniklerden yapıldığı tespit edildiğinden bu olgu, bulgularımızı pekiştirmektedir. Bu çalışmada hasta hakları kurullarına yapılan

başvurularda, yaşını ve öğrenim durumunu belirtmeyen bireylerin çoğunlukta olduğu ve saygınlık ve rahatlık görme hakkının en sık ihlal edilen haklar sıralamasında 2. sırada olduğu tespit edilmiş olduğundan olgu, bu çalışmanın sonuçlarıyla uyum göstermektedir. En çok erkek bireyler tarafından, kadın sağlık çalışanlarına ve özellikle hekimlere yönelik sözel şiddet uygulandığını tespit eden bu çalışma, bu açıdan da uyumludur. Hasta hakları kurullarına ansıyan başvuruların çoğunlukla erkek bireyler tarafından erkek sağlık çalışanları hakkında yapıldığı tespit edilen bu çalışma ile söz konusu olay bulgularını tek zıt noktası, başvurunun kadın bir birey tarafından kadın bir sağlık çalışanı hakkında yapılmış olmasıdır.

Değerlendirilen olguda başvuruda bulunan hasta, doktorun kendilerini beklettiğini ve kendilerine kötü davrandığını belirtirken hekim, bilgi yönetim sistemi arızasından kaynaklanan bir gecikme yaşandığını, arıza giderilince muayeneye başlandığını, şikâyetle bulunan hasta ve yakınının muayene sırasına uymayarak ve diğer hastaların mahremiyetini hiçe sayarak sık sık polikliniğe girdiklerini ve olayın hakaret ve tehdit ile sonlandığını belirtmiştir. Olgu hasta/hasta yakını ile sağlık çalışanının hak ve şiddet algısını ortaya çıkarmaktadır. Hasta ve hasta yakını, sistem kaynaklı gecikmelerden sağlık çalışanını sorumlu tutmakta, öncelik hakkına ilişkin hususları yeterince içselleştirememekte, empati kurmaya çalışmadığından tutum ve davranış hataları sergilemektedir. Sağlık çalışanının ise gecikmenin sistem kaynaklı olduğuna ilişkin yeterli bilgilendirme yapmadığı veya bilgilendirme yaparken karşısındaki bireyin anlayabileceği şekilde yapmamış olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma bulgularına dayalı öneriler aşağıda sıralanmıştır.

Tüm bu veriler ışığında sağlık hizmeti sunucularının ve hizmet alan bireylerin, hak ve sorumluluklarının bilincine varabilmesi ve şiddet eylemlerinin sorun çözme yöntemi olarak görülmesinin önüne geçilebilmesi amacıyla alınabilecek önlemler aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

Bu çalışmada hasta, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının şiddet eylemlerine yönelik algılarının değerlendirilmiş ve hasta/hasta yakınlarının hasta hakları birimlerinin her türlü başvurunun yapılabileceği bir birim olarak algıladıkları düşünülmüştür. Hak varsa sorumluluk da vardır. Oysa hasta ve hasta yakınlarının sorumluluklarını yerine getirmeden ve kurallara uymadan her konuyu şikâyet eylemlerinin mevzuattaki eksikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hasta haklarına yönelik kanun düzeyinde bir düzenlemenin, hasta hakları uygulamalarının etkinliğini arttıracakı düşünülmektedir.

Hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların yoğunluğunun yerinde çözümleniyor olması, sağlık tesislerinde bulunan hasta hakları birimlerinin aktif çalıştığı ve tam bir sorumluluk bilinciyle hareket ettiği yönünde değerlendirilmiştir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı tesislerin hasta haklarının korunmasına yönelik özverisinin yeterli olmayabilir. Hasta hakları bilincinin gelişmesi için toplumsal düzeyde bir sorumluluk anlayışına ihtiyaç vardır. Şiddetin önlenmesi için eylemin kendisine ve her iki tarafına da odaklanılarak çözüme yönelik çok yönlü bir bakış açısı geliştirilebilir. Şiddete ilişkin olumsuz tablonun değişebilmesi için hasta, hasta yakınları, sağlık çalışanları, sağlık yöneticileri ve yasa koyucuların elini taşın altına koyması gerektiği söylenebilir.

Başvuruların yalnızca %10,39'u hakkında, hak ihlali olduğu yönünde karar verilmiş olmasının kurul üyelerinin yoğunluğunun sağlık çalışanı olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Ancak olayı yerinde gözlemleyemeyen kurul üyelerinin somut deliller bulmada zorlanması da bu sonuca yol açmış olabilir. Hasta ve hasta yakınlarının, tıbbi uygulama hatalarına ilişkin başvurularını da hasta hakları kurullarına yapması ve bu başvuruların kural olarak hasta hakları kurullarında değerlendirilemiyor olması da mevzuattan kaynaklanan bir açıktır ve hak ihlali olmadığına yönelik kararları arttırmaktadır. Hasta haklarına yönelik yeni düzenleme ihtiyacı burada da ortaya çıkmaktadır.

Hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların düşme eğiliminde olması sevindiricidir. Ancak hasta hakları kurul kararlarının bağlayıcılığının olmaması, yalnızca tavsiye niteliği taşıması bu kararları önemsizleştirmekte ve yönetim tarafından ciddiye alınıp uygulanma ihtimalini düşürmektedir. Bu nedenle hasta ve hasta yakınlarının, SABİM/BİMER/CİMER gibi alternatif başvuru yöntemlerine yönelip yönelmediklerinin araştırılması gerekmektedir. Hasta haklarına yönelik mevzuatın yeniden düzenlenmesi ve kurul kararlarının bağlayıcılığının sağlanmasının yerinde olacağı değerlendirilmektedir.

Bu çalışmada sistem kaynaklı uyuşmazlıkların olay yerinde, hasta hakları birim sorumlusu tarafından çözümlendiği sonucuna ulaşılmıştır. Hakkında başvuru yapılan sağlık çalışanının çoğunluğunun erkek olması, kadın çalışanların hasta haklarına ilişkin farkındalığının erkek çalışanlara oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Hasta haklarına ilişkin olarak düzenlenen hizmet içi eğitimlerde bu hususun göz önünde bulundurulması uygun olabilir.

Şiddete yönelik toplumsal bilincin arttırılması çalışmalarına sağlık çalışanlarından başlanması amacıyla sağlık çalışanlarının hasta haklarını bilmeleri ve benimsemeleri uygun olabilir. Buna yönelik etkili eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir. Yalnızca sağlık çalışanlarının farkındalığı yeterli olmayacağından hasta ve hasta yakınlarının da hak ve sorumluluklarını benimsemesine yönelik toplumsal düzeyde çalışmalar yapılabilir. Toplumsal düzeyde uyum sağlanabilmesi içinse ilkokuldan başlanarak tüm eğitim kademelerinde sağlık çalışanları, sağlık kurumları ve sağlık hizmetleri hakkında eğitimler verilmesinin etkili olacağı düşünülmektedir.

Hasta hakları kurullarına yapılan başvuruların yarısından fazlasının erkek bireyler tarafından yapılmış olması, kadınların doğası gereği daha teslimiyetçi olmaları sebebiyle başvurudan imtina etmiş olabilecekleri şeklinde değerlendirilebilir. Erkek bireylerin sağlık tesislerine daha fazla başvuru yapmış

olabileceği, hak ihlali olduğunu düşündüklerinde erkek bireylerin hak arama konusunda daha duyarlı oldukları ve erkek bireylerin doğaları gereği cezalandırmaya daha meyilli olmaları da yüksek başvuru nedenini açıklayabilecek diğer ihtimallerdir.

Yapılan başvuruların %19,1'inde bireylerin eğitim durumlarını belirtmedikleri görülmüştür. Bunun nedeni, başvuruda bulunan bireylerin kişisel veri paylaşmakta isteksiz oldukları ya da form doldurma konusunda özensiz davranmış olmaları olabilir. Okuma yazma bilen, temel eğitim almış, ortaöğretimi tamamlamış bireyler ile yüksek eğitim almış bireyler arasında hasta hakları kurullarına başvuru noktasında bir fark tespit edilmemiştir. Bu durum hasta ve hasta yakınlarının haklarını bildiklerini ve hak arama konusunda duyarlı olduklarını göstermektedir. Bunun yanında çalışmamızda, lisansüstü eğitim düzeyindeki bireyler tarafından yapılan başvurunun yok denecek kadar az olduğu tespit edilmiştir. Lisansüstü eğitim almış bireylerin yüksek yaşam standardına sahip olmaları nedeniyle sağlık hizmetlerini özel sağlık tesislerinden alıyor olmaları ve özel sağlık tesislerinin hasta memnuniyetini ön planda tutuyor olmalarının bu sonucu doğurması muhtemeldir. Bunun yanında lisansüstü eğitim almış bireylerin empati ve öfke kontrolü yeteneklerinin gelişmiş olması ve olaylara daha geniş açıdan bakabiliyor olmalarının da uyumsuzlığa yaklaşım tarzlarını etkilemiş olması muhtemeldir.

Sağlık çalışanlarıyla olumlu iletişim kuramayan ve hastalığı hakkında yeterince bilgi alamayan hastalar, medyanın da etkisiyle sağlık çalışanlarına olan güvenlerini kaybetmekte, kendilerini aşağılanmış hissedip öfkelenmekte ve bunun sonucunda sağlık çalışanını şikâyet ederek cezalandırma yoluna ve hatta zaman zaman şiddete yönelmektedirler. Bunun önüne geçilebilmesi amacıyla etkili iletişim yöntemleri, öfke kontrolü, empati, stresle ve zor hasta ile baş etme yöntemlerine ilişkin etkin eğitimlerin verilmesi yerinde olacaktır. Sağlıklı iletişim kurulabilmesi için her iki tarafın da iletişim kanallarının açık olması hasta hakkı ihlalini ve şiddet eylemlerini azaltabilir.

Sağlık çalışanlarına ilişkin olumsuz haberlerin önüne geçmek amacıyla yasal düzenlemeler yapılabilir ve cezai işlem uygulanabilir. Böylece bireylerin sağlık çalışanlarına duyduğu güvenin zedelenmesi önlenabilir. Bu amaçla sağlık haberciliği uzmanlık alanının geliştirilmesine ilişkin eğitim sistemleri kurulabilir. Sağlık sektörüne ilişkin haberlerde sağlık çalışanlarını hedef göstermek yerine, sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçların ve bu suçlara verilen mahkûmiyet kararlarının paylaşılması olumsuz algıyı değiştirerek şiddet eylemlerinin azalmasını sağlayabilir.

Sağlık tesislerine başvuran bireylerin çoğunlukla sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan bireyler olduğu, dolayısıyla sağlık tesislerinde bulunan bireylerin çoğunlukla hasta bireyler olduğu göz önüne alındığında hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların çoğunlukla hastalar tarafından yapılması olağan değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda hasta hakları kurullarına yansıyan başvuruların çoğunlukla poliklinikler nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Polikliniklerde ayakta sağlık hizmeti verildiğinden bu alanlarda hasta yakınına çoğunlukla ihtiyaç bulunmamakta, hasta bireyler muayeneye tek başlarına gelmektedir. Bu nedenle de başvuruların çoğunlukla hasta bireyler tarafından yapılması olağandır.

İş yerlerinde stresi azaltıp iş verimini arttıracak organizasyonların düzenlenmesi, iş yükünün hafiflemesini ve çalışanlara psikolojik destek verilmesini sağlayabilir. Bu durum hizmet kalitesini ve memnuniyeti arttıracığından şiddetin azalmasında da etkili olabilir.

Çalışmada hasta hakları ihlal başvurularının 18 yaşın üstünde bulunan her yaş grubundan bireylerce yapıldığı tespit edilmiştir. Ancak bireylerin eğitim durumunda olduğu gibi yaş bilgilerini paylaşmaktan da imtina ettiği görülmüştür. Yaşlarını belirten bireylerin çoğunluğunu 38-42 yaş arası bireyler oluşturmaktadır. Sağlık problemlerinin çoğunlukla bu yaşlarda başlaması ve özellikle emekli bireylerin

kendilerine özel ilgi gösterilmesi hususundaki yüksek beklentisinin bu sonucu doğurmuş olabileceği düşünülmekle birlikte yaş dağılımının düzensiz olması sebebiyle başvuruların yaş faktöründen etkilenmediği değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmeti sunumunda sağlık personelinin, tıbbi boyutu ön planda tutuyor olmaları nedeniyle diğer ihtiyaçları göz ardı edebiliyor olmaları, bireylerin en çok hizmetten genel olarak faydalanma ile saygınlık ve rahatlık haklarının ihlal edildiğini düşündürmüş olabilir. Dolayısıyla sağlık personelinin tıbbi gereklilikler yanında hasta ve hasta yakınlarının diğer haklarını da mümkün olabildiği ölçüde gözetmesi yararlı olabilir.

II. ve III. basamak sağlık tesisleri başvuruların tamamına yakının oluştururken I. basamak sağlık tesislerinden yapılan başvurular yok denecek kadar azdır. Hizmet alımında I. basamak sağlık tesisleri atlanarak II. ve III. basamak sağlık tesislerine başvurulması bu tesislerde yoğunluğa ve iş yükünün artmasına neden olabilmektedir. I. basamak sağlık tesislerinin güçlendirilmesi ve sevk sisteminin işlevsel hale getirilmesi, sorunun çözümüne katkı sağlayabilir; böylece sağlık tesisleri arasındaki iş yükü dengesi kurulabilir ve hizmet kalitesi de artabilir.

Bu çalışma ayrıca yapılan başvuruların kurum temelli değerlendirilmesi de yapılmış ancak yapılan başvurular ile ilçe nüfusları arasında bir bağıntı tespit edilememiştir. Çalışmamızda imkân bulunamamıştır ancak nüfusu en yoğun ilçe olan Antakya'da bulunan sağlık tesislerinden yapılan başvuruların yok denecek kadar az olmasının nedeni ayrıca araştırılabilir. İhlal başvurusunun çok yapıldığı tespit edilen sağlık tesislerinde yönetici performans değerlendirme kriterleri arasına hasta haklarının korunmasına yönelik parametreler eklenmesinin, idarecilerin dikkatini konuya çekecek ve sorunun çözümüne yönelik girişimlerde bulunulmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Böylece kök neden analizi de yapılarak sorunun etkileri derinlemesine incelenebilir.

Sağlık tesislerine başvuran bireylerin tamamına yakınının önce poliklinik ve acil servislere başvurduğu ve diğer hizmet birimlerine buralardan yönlendirildiği göz önüne alındığında başvuruların bu birimlerde birikmesinin olağan olduğu değerlendirilmektedir. Acil servise başvuran bireylerin durumunun kritik ve sürenin de kısıtlı olması sebebiyle aciliyet ön planda tutulmakta ve dolayısıyla hasta hakları ikinci plana atılabilmektedir. Bu nedenle acil servislerin sıralamada ikinci sırada yer alması olağandır. Hasta hakları ve şiddeti önlemeye yönelik afiş ve broşürler ile kamu spotlarının hazırlanması ve özellikle bu birimlerde paylaşılmasıyla hasta ve hasta yakınlarının konuya dikkati sağlanabilir.

Hasta hakları ihlal başvurularının çoğunlukla hekimlere yönelmiş olması hekimlerin hastalarla çok fazla iletişim olmalarına rağmen sayıca yetersiz olmaları ve aşırı iş yükü nedeniyle hasta ve hasta yakınlarıyla yeterince ilgilenememeleri ve dolayısıyla bilgilendirme gibi temel hasta haklarına yeterince zaman ayıramamaları nedeniyle olağan değerlendirilmektedir. Hekimlerin gün içerisinde bakacakları hasta sayısının, hastalara yeterince zaman ayırabilecek düzeyde tutulması, hak ihlalinin ve dolayısıyla sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önüne geçebilir. Hasta yükünün azaltılması amacıyla kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı arttırılabilir. Sağlık hizmetlerinde arz-talep oranları değerlendirilerek kurumların personel sayıları, hastalara yeterli süre ayrılacak şekilde düzenlendiğinde memnuniyet sağlanabileceğinden şiddet de önlenabilir.

Yapılan beyaz kod başvurularının artış eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Bu başvuruların 381'inin beyaz kod kapsamında olduğu anlaşılmıştır. Yapılan başvuruların artış eğiliminde olmasının nedeni sağlık çalışanlarının şiddet bildirimi konusunda farkındalık kazanmış olmaları ve sisteme olan güvenlerinin artmış olması olarak değerlendirilmiştir. Hayatın her alanında artarak devam eden şiddet eylemlerinin sağlık sektöründe de artarak devam ettiğinin de göz ardı edilmemesi

gerekmektedir. Çalışanın sağlığını ve güvenliğini tehdit eden riskler tespit edilmesi ve risklerin gerçekleşmesi halinde izlenecek yol haritalarının belirlenmesi, sorunun kaynağında tespit edilip çözülmesine yardımcı olabilir.

Hukuki yardım verilmesinin sağlık personelinin talebine bağlı olduğu göz önüne alındığında, talepte bulunan sağlık personelinin talebinin karşılanmış olduğu anlaşılmaktadır. Hukuki desteğin sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltmada etkili olabileceği düşünülmekte ancak başvuruların yalnızca %1,42'sinde adli sürecin tamamlandığı düşünüldüğünde hukuki desteğin tek başına yeterli olmayacağı açıktır. Hukuki sürecin kısaltılması, mağduru koruyacak ve zararı giderecek şekilde planlanması, yaptırımların caydırıcılığı arttıracak şekilde düzenlenmesi sağlıkta şiddeti azaltabilir. Adli sürecin hızlı ve karar odaklı olması, şiddet mağduru çalışanların sisteme güvenlerini arttırabilir ve beyaz kod başvurusunda bulunmaktan imtina etmelerini engelleyebilir.

Bildirilen şiddet olgularının %74,5'inin erkek bireylerce gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Erkeklerin şiddete daha meyilli olmaları, daha baskıcı, korumacı ve saldırgan oldukları göz önüne alındığında, sorunun çözümüne yönelik toplumsal düzeyde bir çalışma düşünülebilir.

Eylemlerin büyük bir çoğunluğunun hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği düşünüldüğünde hasta yakınlarının tedavi sürecinin mümkün olduğunca dışında tutulması ve gerekmedikçe hastanın yanına alınmaması, sağlık personelinin yapması gereken işlerin yapılmasının hasta yakınlarından istenmemesi, acil servisler gibi hastaya müdahale edilen stres yoğun alanlara giriş çıkışın sınırlandırılması veya kontrol altında tutulması, hasta ve hasta yakınlarının işleyiş hakkında bilgilendirilmesi ve hatta bilgilendirme yapmak amacıyla eğitimli personel istihdam edilmesi bu sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.

Her yaş grubundan bireyin şiddet eylemine başvurduğu tespit edildiğinden şiddet eyleminin yaş faktöründen etkilenmediği düşünölmüştür. Eylemlerin çoğunlukla orta yaş üstü bireyler tarafından geręekleřtirilmiř olmasının, orta yaş üstü bireylerin, diğer yaş gruplarına oranla sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaları nedeniyle sağlık tesislerine daha sık başvurmalarından kaynaklandığı düşünölmüştür. Uygulayıcı sayısı az olsa da 10-17 yaş aralığında bulunan bireylerin de şiddet eylemine katılmış olması endişe vericidir. Bu durum şiddetin temelini aile ve eğitim hayatında aldığını gözler önüne sermekte ve çözüme yönelik toplumsal bir çalışmanın gerekliliği anlaşılmaktadır.

Çalışmada hasta ve hasta yakınlarının tutum ve davranış hatalarının şiddet oluşumunda en etkili faktör olduğu tespit edilmiştir. Hastaların şıfa talebi, ilginin kendilerine yönlendirilmesi ve acılarının bir an önce dindirilmesi talebine yönelik sabırsızlıkları, sağlık tesisinde diğer bireylerin de benzer amaçlarda bulunduğunun göz ardı edilmesi saldırganlığa neden olmaktadır. Kitle iletişim araçları vasıtasıyla yapılacak bilgilendirmelerin sorunun çözümlünde etkili olacağı düşünölmektedir.

şiddete neden olan bir diğer faktörün trafikte yaşanan yol vermeme ve uygun park etmeme gibi problemler olması nedeniyle ana arterler ile hasta trafiğinin yoğun olduğu sağlık tesislerinde etkili yönetim ve personel temininin, şiddetin önlenmesinde etkili olabileceği düşünölmektedir.

Hasta ve hasta yakınlarının tedaviden memnun kalmamasının şiddete neden olan bir diğer faktör olduğu tespit edilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık okuryazarlığının artması ve bilgi düzeyinin yükselmesi, internet siteleri, medya ve kurumlarda bulunan kapalı devre televizyon sistemleri aracılığıyla yapılan bilgilendirmelerin etkileri, sağlık personeli ile yaşanan anlaşmazlıklar, hastaların uygulanacak tedaviye yönelik güvensizlikleri, başvurulan sağlık tesisinin teknik yetersizlikleri, tıbbi gerekçelerle hastaların yatış ve sevk gibi kişisel taleplerine

karşılık verilememesi gibi nedenlerle tedaviden memnun kalmadıkları ve bu nedenle zaman zaman şiddete yöneldikleri düşünülmektedir. Burada iletişimin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Şiddet eylemlerinin çoğunluğu devlet hastanelerinde gerçekleşmiştir. Devlet hastaneleri mali sebepler nedeniyle en çok tercih edilen sağlık tesisleri olduklarından yoğunluk, zaman zaman memnuniyetsizliği de beraberinde getirmektedir. I. basamak sağlık tesislerinden yapılan başvuruların az olması, şiddet eylemlerinin bu tesislerde daha az gerçekleştiği şeklinde değerlendirilebileceği gibi şiddet eylemlerinin bu tesislerde de gerçekleştiği ancak daha az bildirildiği şeklinde de değerlendirilebilir. Ayrıca I. basamak sağlık tesisleri atlanarak doğrudan II. ve III. basamak sağlık tesislerine başvuru yapılmasının da bu sonucu doğurmuş olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle I. basamak sağlık tesislerinin güçlendirilmesi ve sevk sisteminin işlevselliğinin sağlanması II. ve III. basamak sağlık tesislerindeki yoğunluğu azaltıp iş yükünün paylaşılmasını sağlayabilir. Böylece hizmet kalitesi artabilir ve şiddet eylemlerinde bir azalma olabilir.

Şiddet eylemlerinin nüfusu yoğun olan ilçelerde bulunan sağlık tesislerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Şiddet eylemlerinin sık tekrarlandığı sağlık tesislerinde yönetici performans değerlendirme ölçütleri arasına şiddeti önlemeye yönelik parametreler eklenmesinin alınacak önlemleri üst seviyeye çıkaracağı düşünülmektedir. Böylece şiddet olgusu önemsenebilir, nedenleri analiz edilebilir ve etkileri belirlenebilir. Hazırlanan rapor, sağlık çalışanlarına yardımcı olacak kaynakların hazırlanmasında etkili olabilir. Ayrıca kurum yöneticilerinin desteğinin mağdur personelin psikolojisi üzerinde olumlu etki yapabileceği değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının dinlenebilmesi amacıyla özel alanlar sağlanması, alanın ergonomik ve iklimlendirme özelliklerinin yeterli olması ve personelin kısa aralıklarla dinlenmesinin sağlanması da iş verimini arttırabilir.

Bu çalışmada şiddet eylemlerinin en çok polikliniklerde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bireylerin sağlık tesislerinde öncelikle polikliniklere başvurmaları ve diğer hizmet birimlerine buradan yönlendirilmeleri nedeniyle yaşanan yoğunluk memnuniyeti azaltabilmektedir. Bu nedenle yoğunluk dikkate alınarak yapılacak ergonomik ve iklimlendirme düzenlemelerinin sorunun çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının mesai bitim saatlerine yaklaşıldığında kendileriyle ilgilenilmeyeceği düşüncesi bir an önce tedavi olma isteği doğurabilmektedir. Sağlık hizmetlerine talebin çok oysa arzın sınırlı olması nedeniyle bu talebin karşılanamaması tedirginlik ve sinirlilik haline neden olabilmekte ve şiddet eğilimini arttırabilmektedir. Bu soruna yönelik olarak kurum bazlı düzenlemeler yapılması etkili olabilir.

Şiddet eylemlerinin en çok gerçekleştiği birimler sıralamasında acil servislerin ikinci sırada yer aldığı tespit edilmiştir. Stres yoğun bir alan olan acil servislerde ağrı ile baş edemeyen bireylerin varlığının ve acil servisin yaşamsal faaliyetlerin sekteye uğradığı zamanlardaki gerekliliğini göz ardı ederek gerçekte aciliyet göstermediği halde öncelik talep eden bireylerce yapılan başvuruların sıklığının bu sonuca neden olduğu düşünülmektedir. Bu durumda yoğun güvenlik tedbirlerinin alınması ve triajın bundan sonra yapılması yerinde olabilir. Ayrıca acil servise yapılan her başvurunun kabul edilmesi uygulamasının suiistimale açık olduğu da bir gerçektir. Yoğunluğun azaltılması amacıyla bu konuya ilişkin yasal düzenleme yapılması uygun olabilir.

Şiddet eylemlerinin çoğunluğunun sözel şiddet eylemlerinden oluştuğu tespit edilmiştir. Bu sıralamayı hem sözel hem de fiziksel şiddetin birlikte gerçekleştirildiği eylemler izlemektedir. Genellikle sözel şiddet ile başlayan şiddet eylemlerinin, olay çok fazla büyümeden bildiriminin yapılması olayın fiziksel şiddete dönüşmeden önlenmesini sağlayabilir ve güvenlik görevlilerinin olaya hızlıca müdahale etmesiyle sağlık çalışanı işine devam etmesi sağlanabilir.

Şiddetin önlenmesi amacıyla sağlık kurumlarında güvenli kapı sistemleri, 7/24 devrede olan ve mümkünse kayıt yapan güvenlik kameraları, metal dedektör, kontrol noktaları ve koruyucu pencereler kurulabilir. Sağlık çalışanlarının beyaz kod bildirimini yapabileceği teknik donanımların her alanda bulunması sağlanabilir. Kullanım kolaylığı sağlayacağından özellikle panik alarm butonlarının kullanımının yaygınlaşmasının önem arz ettiği düşünülmektedir. Beyaz kod çağrı sistemlerinin etkinliğinin sık sık denetlenmesi ve yapılacak tatbikatlarla eksikliklerin tespit edilip giderilmesi oldukça önemlidir.

Şiddete en sık maruz kalan uğrayan sağlık meslek grubunun sırasıyla hekim dışı sağlık personeli ve hekimler olduğu tespit edilmiştir. Hekim dışı sağlık personeli ifadesinin çok geniş bir grubu kapsadığı göz önüne alındığında hekimlerin şiddete diğer meslek mensuplarından daha fazla uğradığı değerlendirilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan engellerin yerel yöneticiler, ulusal sağlık politikaları ve zaman zaman da sağlık personelinden kaynaklandığı bilindiği halde sağlık personelinin sorunun tek kaynağı olarak görülmesinin bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Hekimler arasındaki iş birliğinin güçlenmesi, hekimlerin birbirini kötüleyen yorum yapmaktan kaçınmaları, yeterli donanıma sahip olmaları ve kendilerini geliştirmeye devam etmeleri ve hasta ile hasta yakınlarına karşı olumsuz tavır içerisinde bulunmamalarının sorun çözümünde etkili olacağı düşünülmektedir.

Son yıllarda değişmeye başlamış olsa da kadınların daha uysal, erkeklerin ise güç kullanmaya daha meyilli yetiştirilmeleri şiddet uygulayanların çoğunlukla erkek bireyler ve şiddet mağdurlarının çoğunlukla kadın bireyler olmasına neden olmaktadır. Sorunun çözümü için toplumsal düzeyde çalışmalar yapılabilir.

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanı çoğunlukla kurumlarında bulunan Çalışan Güvenliği Birimine başvurmakta, daha az bir oranla 113 numaralı hattı arayarak şiddet bildiriminde bulunmaktadır. Bu durum Çalışan Güvenliği Birimlerinin aktif çalıştığını göstermektedir. Bulgularımızdan sağlık çalışanlarının kendi başlarına adli işlem başlatma yolunu pek tercih etmedikleri anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının yorgunluk nedeniyle bir an önce dinlenme ihtiyacı, yasal prosedürlerin çok uzun olması, sağlık hizmeti sunumunda yaşanan değişme ve gelişmelerin ortaya çıkardığı yasal boşluklar, sözel şiddete maruz kalan personelden özür dilenmesi ve uzlaşma yoluna gidilmesi gibi nedenler bu sonucu meydana getirmiş olabilir.

Yasal düzenlemelerin şiddeti önlemekten ziyade, şiddet meydana geldikten sonraki sürece yönelik olduklarından, şiddeti önlemede yetersiz kaldıkları görülmektedir. Yapılacak düzenlemelerde şiddet eylemini cezalandırmanın yanı sıra şiddetin meydana gelmesini önleyecek caydırıcı önlemlere de yer verilmesi önem arz etmektedir.

Yapılan bu çalışmada, Beyaz Kod Bildirim Sistemi ile Hasta Hakları Bildirim Sistemine yapılan veri girişlerinde eksiklikler tespit edilmiştir. Bu eksikliklerin giderilmesi amacıyla veri giriş ekranlarında istenen her verinin başvuru tarafından sisteme işlenmesi sağlanacak şekilde güncelleme yapılabilir. Böylece yapılacak analizlerde her verinin daha etkili bir şekilde değerlendirilmesi sağlanabilir. Ayrıca Beyaz Kod Bildirim Sistemi ile Hasta Hakları Bildirim Sisteminin birbirine entegre edilmesi şiddet eylemlerini azaltmaya yönelik çalışmalara referans olabilir.

Bu çalışmanın, sağlık alanında yaşanan şiddet sorununun çözümüne yönelik olarak yapılacak çalışmalara yol gösterici olacağı umulmaktadır. Farklı sağlık tesislerinde evren genişletilerek yapılacak çalışmalar ile şiddet eyleminin tarafları ile yapılacak yüz yüze görüşmeler ve anket çalışmalarıyla konuya ilişkin bilgi ve tutum ölçümü yapılabilir.

ÖZET

Hatay İlinde 2015-2018 Yılları Arasında Hasta Hakları Birimleri ile Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvurular Özelinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olguları ile Bu Olguların Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşme Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmanın amacı, Hatay İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları Kurulu'na ve İl Beyaz Kod Koordinatörlüğü'ne yapılan başvuruların dağılımı ve sağlıkta meydana gelen şiddet olaylarının nedenlerinin belirlenmesi, tarafların sorun oluşumundaki payları ve soruna yaklaşımları ile kişilerin şiddet anında ve sonrasında gelişen olayları nasıl algılayıp değerlendirdikleri bilgisi ile sorunun kaynağına yönelik çözüm yollarının belirlenmesidir.

Çalışmada hak kavramı, insan hakları ve tarihsel gelişimi, hasta hakları ve tarihsel gelişimi, yasal düzenlemeler, hak ihlalinin önlenmesine yönelik çalışmalar, şiddet kavramı, nedenleri, etkileri ve türleri, şiddeti önlemeye yönelik düzenlemeler ve beyaz kod uygulamaları kuramsal düzeyde incelenmiştir. Tanımlayıcı ve retrospektif olarak gerçekleştirilen çalışmada Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Beyaz Kod Koordinatörlüğü ve Hasta Hakları Koordinatörlüğü'ne yapılan tüm başvurulara ilişkin dosyalar, hastaların kimlik bilgilerinin gizli kalması prensibine uyularak incelenmiştir.

Çalışma evrenini Hatay İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Kurulları ile Beyaz Kod İl Koordinatörlüğü'ne yapılan tüm başvurular oluşturmuştur. Bu kapsamda, Hasta Hakları Kurullarına yapılan 131 başvuru ile Beyaz Kod İl Koordinatörlüğüne yapılan ve beyaz kod kapsamında olan 381 başvuru analiz edilmiş, şiddet eylemlerinin meydana gelmesinde tarafların rolü ve şiddet algısına yönelik sonuçlar da ortaya konulmuştur. 2015-2018 yılları arasında yapılan hasta hakları başvurularının büyük bir çoğunluğunun yerinde çözüldüğü ve başvuruların yıllar içerisinde azalma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Başvuruların çoğunluğu erkekler tarafından yapılmış, bireylerin %19,1'inin öğrenim durumunu da bildirmediği, bildirenlerin %27,5'inin ilköğretim, %25,2'sinin lisans, %20,6'sının lise mezunu olduğu saptanmıştır. Yapılan başvuruların çoğunluğu hastaların kendileri tarafından yapılmıştır. Başvuranların yaşlarını belirtmeme eğiliminde oldukları ve yaşını belirtenlerin çoğunluğunu 38-42 yaş arası bireylerin oluşturduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti sunumunda bireylerin en çok hizmetten faydalanma ve saygınlık ve rahatlık ihtiyacı hissettiği sonucu ortaya çıkmıştır. Hak ihlali olduğu yönünde karar verilen başvuruların çoğunluğunun hizmetten genel olarak faydalanma hakkı ile saygınlık görme ve rahatlık hakkına ilişkin olduğu saptanmıştır. Yapılan başvuruların büyük çoğunluğunun devlet hastanelerinden, polikliniklerde sunulan sağlık hizmetleri nedeniyle yapıldığı tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen başvurular içerisinde hekimlerin en çok şikâyet edilen meslek mensubu oldukları anlaşılmıştır.

Yapılan şiddet bildirimlerinde yıllar içerisinde bir artış olduğu gözlenmiştir. Başvuruların büyük çoğunluğuna hukuki yardım sağlanmıştır. Yapılan yargılama sonucunda hakkında karara varılan başvuru sayısının çok az olduğu saptanmıştır. Bildirilen şiddet

eylemlerinin çok büyük bir çoğunluğunun 23-42 yaş aralığında bulunan bireyler, erkek bireyler ve hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Yapılan şiddet başvurularının nedenlerinin ilk sırasında hasta/hasta yakını tutumu ve davranış hatalarının yer aldığı görülmektedir. Şiddetin en sık gerçekleştiği sağlık tesislerinin devlet hastaneleri olduğu tespit edilmiştir. Şiddet eylemlerinin yarısından fazlasının sözel şiddet şeklinde meydana geldiği tespit edilmiştir. Şiddete en sık maruz kalan meslek gurubunun hekim dışı sağlık personeli ve kadın sağlık meslek mensupları olduğu tespit edilmiştir.

Şiddetin önlenilmesi amacıyla hasta hakları ve beyaz kod uygulamalarına yönelik kanun düzeyinde bir yasal düzenleme yapılmasının uygun olabileceği düşünülmektedir. Hasta Hakları Bildirim Sistemi ve Beyaz Kod Sistemlerinin veri giriş ekranlarının işlenmesi gereken her verinin başvuru tarafından sisteme işlenmesini zorunlu hale getirecek şekilde güncellenmesi ve her iki sistemin birbirine entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beyaz Kod, Hasta Hakları, Hasta Hakları Kurulu, Sağlıkta Şiddet

SUMMARY

The Phenomenon of Violence Against Health Care Personnel and the Transformation of this phenomenon into White Code Applications Within the Scope of the Applications Directed to Patient Rights Units and Patient Rights Committees between 2015 and 2018 in Hatay

The purpose of the study is the distribution of the applications made to the Hatay Provincial Health Directorate Patient Rights Board and the Provincial White Code Coordinator, and the determination of the causes of violence in health, the share of the parties in the formation of problems and their approach to the problem, and the knowledge of how people perceive and evaluate the events that occur during and after the violence and determining the solutions for the source of the problem.

In the study, the concept of rights, human rights and its historical development, patient rights and historical development, legal regulations, studies for the prevention of rights violations, the concept of violence, its causes, effects and types, regulations to prevent violence, and white code practices are examined at a theoretical level. In the descriptive and retrospective study, the files related to all applications made to the White Coordinator and Patient Rights Coordinatorship affiliated to Hatay Provincial Health Directorate were examined in accordance with the principle of keeping the identity information of the patients confidential.

All applications made to Patient Rights Boards and White Code Provincial Coordinatorship within the body of Hatay Provincial Health Directorate constituted the study universe. In this context, 131 applications made to Patient Rights Boards and 381 applications made to the White Code Provincial Coordinator and covered by white code were analyzed and also the roles of the parties in the emergence of violent incidents and their results regarding the perception of violence are presented. It was found that the majority of the patient rights applications made between 2015-2018 were resolved on site and the applications tended to decrease over the years. The majority of the applications were made by men, it was found that 19.1% of the individuals did not report their educational status, 27.5% of those who reported were primary school graduates, 25.2% undergraduate and 20.6% high school graduates. Most of the applications made were made by the patients themselves. It was found that the applicants tended not to indicate their age and that the majority of those who stated their age were between the ages of 38 and 42. In the provision of health services, it has been revealed that individuals feel the most need for service and dignity and comfort. It has been determined that the majority of the applications that were found to be violations of rights were related to the general right to benefit from the service and the right to dignity and comfort. It was determined that the vast majority of the applications were made from state hospitals and due to health services provided in polyclinics. It was understood that among the applications made, physicians were the most complained members of the profession.

It has been observed that there has been an increase in reports of violence over the years. Legal aid has been provided to the vast majority of applications. As a result of the

trial, it was determined that the number of applications about which a decision was made was very low. It was determined that the vast majority of reported acts of violence were committed by individuals between the ages of 23-42, men and patients' relatives. Patient / patient relatives' attitudes and behavioral errors are seen to be the first reasons of the complaints made. It has been determined that the health facilities where violence occurs most frequently are state hospitals. It was found that more than half of the acts of violence occurred as verbal violence. It has been determined that the occupational group most frequently exposed to violence is non-physician healthcare personnel and female healthcare professionals.

In order to prevent violence, it may be appropriate to make legal regulations on patient rights and white code practices at the law level. It is recommended that the data entry screens of the Patient Rights Notification System and White Code Systems be updated in a way that makes it mandatory for the applicant to process all the data that needs to be processed and both systems be integrated with each other.

Keywords: Patient rights, Patient Right Council, Violence in Health, White Code

KAYNAKLAR

- AKDEMİR N (2015). Türkiye’deki Hasta Hakları Uygulamaları Çerçevesinde Çocuk Hastaların Durumu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AKTAŞ E (2014). Şiddete Maruz Kalan Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamasına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- AKTEN R (2017). Hastanelerde Hasta Mahremiyetine Gösterilen Özenin Hasta Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi (Antalya Örneği), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Konya.
- ALTINOK R (2018). Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nde Çalışan Asistan Hekimlerin Şiddete Maruziyet Sıklığı ve İlişkili Etmenler, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli.
- ALTUN R (2015). Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çalışan Hemşireler Üzerine Hasta Haklarının Bilinirliğine Yönelik Bir Uygulama: Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ARIKAN K (2019). Sağlık Çalışanlarının Şiddete Uğrama Durumunda Beyaz Kod Vermedeki Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Sağlık Çalışanlarının Sağlıkta Şiddeti Önleme Konusundaki Önerileri, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.

ARSLAN T (2019). Sağlık Kurumlarında Şiddet: Gazete Haberleri Üzerinde Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.

ASLAN B (2019). İstanbul'da Üç Eğitim Araştırma Hastanesinde Beyaz Kod Uygulamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Bağımlılık ve Adli Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ASLAN M, ŞEKER S (2013). Aile İçi Şiddetin Bir Boyutu Olarak Kadına Yönelik Şiddet: Toplumsal Algı ve Tutumlar, *Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **1**: 171-193.

ATAŞ S (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Çalışanların İş Motivasyonu Üzerindeki Etkileri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karabük.

AYDEMİR İ (2010). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

AYDEMİR İ, ÖZHAN A (2011). Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **22**: 85-104.

AYDIN G (2019). Sağlık Çalışanlarının Beyaz Kod Uygulamalarına Bakış Açılarının İncelenmesi: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi'nde Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

AYRANCI Ü, YENİLMEZ Ç, GÜNAY Y, KAPTANOĞLU C (2002). Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **3**: 147-154.

AYTAÇ S, ESATOĞLU E A, YILDIZ A (2010). Şiddetin Sağlık Çalışanları Arasındaki Görünümü: Bursa ve Ankara Örnekleri, Sosyal Hizmet Sempozyumu, Sosyal Kalkınma ve Sosyal Hizmet, Ankara Üniversitesi, Bildiri Özet Kitabı, s: 32-33.

BAT Y (2018). Demokratik Hukuk Devletinde Yaşam Hakkı ve Ölüm Cezası, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

BİNAY O (2016). Sağlık Yüksekokulunda Öğrenim Gören Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Hakları Konusunda Bilinç Düzeylerinin Belirlenmesi: Amasya Üniversitesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

BOYAR O, KAMA IŞIK S (2019). Dördüncü Kuşak Haklar ve Bilişim Teknolojilerinin Doğuşunda Mahremiyet Kavramına Karşılaştırmalı Bir Bakış, <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/909496>, Erişim Tarihi: 24.12.2020

BOZKURT SAKALLI A (2017). Sağlık Kurumlarında Çalışanların İletişim ve Toplam Kalite Yönetim Algıları ile Şiddete Maruz Kalma İlişkisinin Belirlenmesi: Bir Alan Çalışması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>, Erişim Tarihi: 07.01.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (1987). Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>, Erişim Tarihi: 27.03.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (1998). Hasta Hakları Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>, Erişim Tarihi: 09.01.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (2004). Ceza Muhakemeleri Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf>, Erişim Tarihi: 19.09.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (2004). Türk Ceza Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>, Erişim Tarihi: 21.08.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (2005). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi: 27.09.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI, MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (2009). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=9.5.13494&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20sa>

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (2012). <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6284.pdf>, Erişim Tarihi: 27.01.2020

CUMHURBAŞKANLIĞI MEVZUAT BİLGİ SİSTEMİ (2012). On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6360&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi:31.10.2020

ÇELEBİ YAVAŞ B (2014). Sağlık Tesislerinde Renkli Kod Uygulamaları (Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Sağlık Tesislerinde Beyaz Kod Uygulaması Örneği) Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

ÇINAR TANRIVERDİ E (2019). Erzurum İl Merkezinde Görev Yapan Hekimlerin Hasta Hakları Konusunda Bilgi, Tutum, Davranışları ve Etkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

ÇİÇEKLİOĞLU H (2016). Mobbing ve Fiziksel Şiddetin Çalışanlar Üzerine Etkileri: Sağlık Kurumlarında Bir Alan Araştırması, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi,

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.

DAĞ E (2017). Hasta ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması: Burdur İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

DAL A (2018). Hemşirelerde Psikolojik Şiddet ve Verilen Tepkiler Üzerine Bir Araştırma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Isparta.

DEMİRCİ Ş (2018). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

DİKİCİ H (2018). Öğrenci Hemşirelerin Şiddet Görme Durumlarının Atılganlık ile İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

DOLGUN U (2016). Kitle İletişim Araçları ve Yeni Medya, https://www.researchgate.net/publication/322386365_KITLE_ILETISIM_ARACLARI_VE_YENI_MEDYA, Erişim Tarihi: 18.03.2020

DURMUŞ M (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

DURUR G (2019). Avrupa Birliği Uyum Sürecinde Hasta Hakları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (1946). Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, <http://www.tiphukuku.org.tr/icerik.php?gid=169&cat=29>, Erişim Tarihi:13.12.2019

EKMEN E (2018). Hasta Hakları Algısı: Karaman İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

ELMAS A (2018). 1923-2016 Yılları Arası Hükümet Programlarında Dezavantajlı Gruplar, *Social Sciences Studies Journal*, **4**: 945-953.

EMNİYET GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2018). Trafik İstatistik Bülteni, <http://www.trafik.gov.tr/kurumlar/trafik.gov.tr/04-Istatistik/Aylik/2018.pdf>, Erişim Tarihi: 25.10.2020

ERGÜDEN M (2015). Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Müşteri Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

ERTİN H, TEMEL M K (2016). İnsanlar Üzerindeki Deneyler ve İlgili Etik-Yasal Metinler, *Anadolu Kliniği*, **3**: 223-234.

GÖZLER K (2010). Anayasa Hukukuna Giriş Genel Esaslar ve Türk Anayasa Hukuku, Ekin Basın Yayın Dağıtım, 10. Baskı, Bursa.

GÜMÜŞ Y (2016). İstek ve Şikâyet Başvurusu Konusunda Bilgi Edinmişlik ve Sağlık Personeli ile Tartışma Açısından Hasta Yakınlarının Hasta Hakları Farkındalığı Analizi: Erciyes Üniversitesi Onkoloji Ünitesi Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray.

GÜMÜŞ UMUCU K (2019). Türkiye’de Hasta Haklarının Evrimi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, İstanbul.

HATAY VALİLİĞİ (2020). <http://www.hatay.gov.tr/nufus-ve-dagilimi>, Erişim Tarihi: 14.12.2020

İÇİŞLERİ BAKANLIĞI (2012). Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi, Genelge No: 22, <http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/001.pdf>, Erişim Tarihi: 26.03.2020

İŞERİ S (2014). Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Birimine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Örneği), YYLT, Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

KAÇAN S (2018). Sağlık Turizminde Hasta Hakları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

KAHRAMAN Z (2016). Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası, *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7: 479-510.

KALYONCU S (2018). Türkiye’de Hasta Haklarının Kapsamlı Bir Araştırması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

KARAER Z (2016). Hemşirelerin Hasta Hakları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri, YYLT, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

KAVLAK HUKUK BÜROSU (2020). <https://www.kavlak.av.tr/tibbimudahale>, Erişim Tarihi: 13.01.2020)

KAYA O (2017). 2014-2015 Şubat-Ağustos Dönemleri Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Verilen Beyaz Kod Vakalarının İncelenmesi ve Şiddete Maruz Kalan Sağlık Personeline Olan Etkisinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul.

KAYNAK E (2019). Bir Özel Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

KAZANDERE H (2016). Kamu Hastanelerinde Çalışanlara Yönelik Beyaz Kod Uygulaması: Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Bir Uygulama, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.

KURUÖZ G (2016). Acil Serviste Hasta ve Hasta Yakınlarına Göre Sağlıkta Şiddet, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Aydın.

NAR E (2019). Felsefî Bir Problem Olarak Ötenazi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

OY O ve OY G O (2018). Hasta Hakları ve Hasta Hakları İhlalinde Başvuru Yolları, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Birinci Baskı, İstanbul.

ÖNER R (2018). Üçüncü Basamak Bir Hastanede Yapılan Beyaz Kod Başvurularının ve Hukuki Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir.

ÖNGAY C (2019). Türk Atasözlerinde Şiddet Olgusu, YYLT, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

ÖZDEMİR TAKAK S (2017). Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Görüş ve Tutumları ile Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.

ÖZTAŞ İ (2018). Acil Servis Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Baş Etme Yöntemlerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

ÖZMEN R (2015). Hukuk Cep Kitapları Serisi, Tıp ve Sağlık Mevzuatı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

RESMÎ GAZETE (2020). Yükseköğretim Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm>, Erişim Tarihi: 07.05.2020

SAĞLIK-SEN (2020). 2020 Temmuz-Aralık Sağlıkta Şiddet Raporu, <http://www.sagliksen.org.tr/haber/9655/saglik-sen-2020-yili-temmuz-aralik-saglikta-siddet-raporu>, Erişim Tarihi: 17.01.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (1983). Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi: 27.09.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2007). Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge, Erişim Tarihi: 01.12.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2009). Sağlık Bakanlığı Personel Kimlik Kartları Yönergesi, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1343,yonergepdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 07.01.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3628,hastavecalisanguvenligininsaglanmasinadairyonnetmelikpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 11.10.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/07/20120712-12.htm>, Erişim Tarihi: 14.07.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>, Erişim Tarihi: 26.03.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2012). Çalışan Güvenliği Genelgesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>,

Erişim Tarihi: 26.03.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>, Erişim Tarihi: 07.08.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2016). Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161223-17.htm>; Erişim Tarihi: 20.01.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2016). Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği Hukuki Yardım ve Beyaz Kod uygulaması Genelgesi, Genelge No:3, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/439,hybupdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 27.03.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2017). Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelge Değişikliği, Genelge No: 10, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11049.poliklinik-hizmetlerinde-oncelik-sirasi-genelge-deustyazipdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 07.01.2020

SAĞLIK BAKANLIĞI (2020). Beyaz Kod Kullanım Kılavuzu 2.0., <https://beyazkod.saglik.gov.tr/KullanımKılavuzu.pdf>, Erişim Tarihi: 21.07.2020

SARIKAYA S (2018). 112 Servisi Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Sonuçları (Denizli İli Örneği), Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

SARUÇ S (2013). Hasta Hakları Kurul Dosyalarının Sosyal Hizmet Bakış Açısıyla İncelenmesi ve Değerlendirilmesi, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **24**: 65-81

SUCU G, CEBECİ F, KARAZEYBEK E (2007). Acil Birim Çalışanlarına Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet, *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med*, **7**: 156-162.

TATLI T (2018). Sağlık Çalışanlarının Empatik Eğilim ve Etik Duyarlılık Düzeylerinin Hasta Hakları Bağlamında İncelenmesi: Ağrı İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

TEKE N (2014). Hasta Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Hemşirelik, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

TOKGÖZ H (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü Kurumlarında Sağlıkta Şiddet Vakaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ.

TÜRK DİL KURUMU (2020). <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 22.01.2020

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2005). Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=119:hasta-haklari-uygulama-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34, Erişim Tarihi: 07.08.2020

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2007). Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkân Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=548:saik-hmetsunumunda-poll-hmetler-hastalarin-hekseese-ve-demese-k-verecek-kde-denlenmeshakkinda-yerge&catid=8:ygeler&Itemid=34, Erişim Tarihi: 07.08.2020

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ (2011). İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi Konulu Genelge, http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=856:yerlernde-pskolojk-taczn-mobbng-oenlenmes-konulu-genelge&catid=3:tebligenelge&Itemid=35, Erişim Tarihi: 26.03.2020

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2020). <http://rapory.tuik.gov.tr/27-01-2020-15:55:22-16440409316645954051126254530.html?>, Erişim Tarihi: 27.01.2020

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2020). <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=tr>, Erişim Tarihi: 28.01.2020

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2020). <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>,
Erişim Tarihi:31.10.2020

UĞAN Ç (2015). Hasta Hakları Algısının Gelişmesinde Medyanın Etkisi, Yayımlanmamış
Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

ULUDAĞ A (2011). Hastane Hasta Hakları Kurullarının İletişim Sorunu İçerikli
Başvurulara Bakışı: Konya Hastaneleri Örneği, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* **3**: 653-
663.

ULUDAĞ A ZENGİN N (2013). Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz
İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler
Dergisi*, **16**: 71-86.

UNITED NATION TURKEY (1948). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi,
http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf, Erişim Tarihi:
13.12.2019

USLUOĞULLARI F H (2019). İstanbul Pendik İlçesinde Çalışan Hekimlerin İş Ortamında
Karşılaştıkları Şiddetin ve Bu Durumun Hekimler Üzerindeki Etkilerinin
Değerlendirilmesi, Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

YAĞDIRAN F (2019). Sosyolojik Açıdan İntihar Olgusu ve Sosyal Medyaya Yansıyan
İntihar Eğilimlerinin Analizi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü
Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.

YALVAÇ G (2011). T.C. Anayasası, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Avrupa İnsan
Hakları Sözleşmesi, Adalet Yayınevi, Ankara.

YARDIM İ (2015). Tüketici Olarak Hasta Hakları, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi,
Gediz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

YEŞİLTAS A (2018). Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Çalışma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

YILMAZ E (2019). 2012-2017 Döneminde Madde Bağımlılığı ile Mücadele Politikalarının Süreç Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

YÜCE İ N (2018). Özel Hastane Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

ZUBAROĞLU M (2012). Hasta Hakları Kurul Üyelerinin Hasta Haklarına Bakışı: İstanbul İli Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onayı

HMKÜ									
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL									
KARAR FORMU									
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 02				Tarih: 05/12/2019				
	KARAR 02- Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr.Afsun Ezel ESATOĞLU'nun (Feray SÖNMEZ'in yüksek lisans tezi) "Hatay ili'nde 2015-2018 yılları arasında hasta hakları birimleri ile hasta hakları kurullarına yapılan başvurular özelinde sağlık çalışanlarına şiddet olguları ile bu olguların beyaz kod başvurusuna dönüşme durumlarının değerlendirilmesi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; Çalışmanın yapılacağı yer olan Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğüne Bağlı Kamu Sağlık Tesislerinde yapılması için Hatay İl Sağlık Müdürlüğünden alınması gereken izin yazısı kurulumuza ulaştıktan sonra başlanmak üzere çalışmanın, başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.								
ETİK KURUL ÜYELERİ									
Çalışma Esası:		İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
Etik Kurul Başkanı		Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ							

ETİK KURUL ÜYELERİ								
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki		Katılım		İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Doç.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Doç.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Doç.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi .Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	☐	H✓	E ☐	H ✓	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	☐	H✓	E✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Rana CAN Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.	E	☐	H✓	E ☐	H ✓	

Ek-2. Bilimsel Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	"Hatay İlinde 2015-2018 Yılları Arasında Hasta Hakları Birimleri ile Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvurular Özelinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olguları ile Bu Olguların Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşme Durumlarının Değerlendirilmesi"
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü, Hukuk ve Muhakemat Birimi
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi
Eğitim Kurumu/Üniversitesi	Ankara Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yapan Danışman Öğretim Üyesi	Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

KARAR: "02.03.2016 tarih ve E.798 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi ile Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge" gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 05/03/2020 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hukukuku Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Müdürlüğümüz Eğitim Birimi Personeli Feray SÖNMEZ'İN "Hatay İlinde 2015-2018 Yılları Arasında Hasta Hakları Birimleri ile Hasta Hakları Kurullarına Yansıyan Başvurular Özelinde Sağlık Çalışanlarına Şiddet Olguları ile Bu Olguların Beyaz Kod Başvurusuna Dönüşme Durumlarının Değerlendirilmesi" isimli çalışması incelenmiş olup; Söz konusu araştırmanın Hasta Hakları istatistiki verilerinin Hasta Başvuru Bildirim Sistemi (HBBS) kayıtlarıyla uyumlu olması, istenilen verilerle ilgili mutabakat sağlanması ve araştırma bitene kadar sadece çalışmada kullanılması koşuluyla Müdürlüğümüz; Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü ve Hukuk ve Muhakemat Biriminde yapılması uygun görülmüştür.

Komisyon Başkanı
Dr. Mehmet BARDAKCI

Üye
Dt. Gökçe Tuba Deniz

Üye
Dr. Ebru AKÇORA

Üye
Ummahan ÖZAYDIN

ONAY
02/03/2020

ADRES: Odabaşı Mah. Eski SSK Binası ANTAKYA/HATAY

Tel No : 0 (326) 290 11 41 Dahili: 1136 Fax : 0(326) 290 11 30

Bilgi İçin: F. TIRYAKI

E-MAIL: hatayism@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a36249e0-173b-4d77-bca5-6469a04aa335 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Feray SÖNMEZ
Medeni Durumu : Bekar
Cinsiyeti : Kadın
Uyruğu : TC

Eğitimlerim

İstanbul Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği, Devam Ediyor
Ankara Üniversitesi, Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı, 2021
Ankara Üniversitesi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Ankara- 2017
Anadolu Üniversitesi, Adalet, Eskişehir-2016
Acıbadem Üniversitesi, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, İstanbul – 2012
(Program 1.si)
Antakya Necmi Asfuroğlu Anadolu Lisesi, Fen Bilimleri, Hatay – 2009

İş Deneyimlerim

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, Hatay-Devam Ediyor
Cinderes Acil Yardım Hastanesi, Suriye-2020
Abdullah Cevdet İmirzalıoğlu Bala İlçe Entegre Hastanesi, Ankara- 2008

Staj Deneyimlerim

Bala İlçe Entegre Hastanesi (Ankara, 13.02.2017-24.05.2017)
Medicana Ankara Hastanesi (Ankara, 18.07.2016-26.08.2019)
Darülaceze Tıp Merkezi (İstanbul, 18.06.2012-29.06.2012)
Acıbadem Bakırköy Hastanesi (İstanbul, 23.04.2012-02.05.2012)
Acıbadem Üniversitesi (İstanbul, 09.04.2012-13.04.2012)
Acıbadem Kozyatağı Hastanesi (İstanbul, 30.11.2011-28.12.2011)
Acıbadem Kadıköy Hastanesi (İstanbul, 31.10.2011-25.11.2011)
Şehzadebaşı Tıp Merkezi (İstanbul, 13.06.2011-22.07.2011)

Yabancı Dillerim

İngilizce, Okuma (İyi), Yazma (İyi), Konuşma (Orta)
Çince, Okuma (Orta), Yazma (İyi), Konuşma (İyi)

Arapça, Okuma (Başlangıç), Yazma (Başlangıç), Konuşma (Orta)

Almanca, Okuma (Başlangıç), Yazma (Başlangıç), Konuşma (Başlangıç)

Bilgisayar Bilgisi

MS Office Programları

Kurslarım, Seminerlerim ve Programlarım

Bilirkişilik Temel Eğitimi (Hatay-TMMOB Ziraat Mühendisleri Odası-2020)

II. Hasta ve Hasta Yakını Hakları Kongresi (İstanbul-HAYAD-SAHUDER-2019)

Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 7. Ulusal Kongresi (Ankara- Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu-2019)

Hibe Programlarına Yönelik Proje Hazırlama Eğitimi (Hatay-DOĞAKA-2018)

Çince Dil Kursu (Ankara-Active English Dil Kursu-2018) (B2 Düzeyi)

IV. Uluslararası Sağlık Hukuku Kongresi (İstanbul-Özyeğin Üniversitesi-2018)

Uluslararası Gen Hukuku Sempozyumu (İstanbul-Özyeğin Üniversitesi-2018)

Eczane İşlemleri Toplantısı (Ankara-İl Sağlık Müdürlüğü-2018)

Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulayıcı Eğitimi (Ankara-İl Sağlık Müdürlüğü-2018)

Sağlık Kurumlarında Döner Sermaye ve Global Bütçe Uygulamaları (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

Özel Hastanelerin Kuruluşu, Yönetimi ve Denetimi (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

Meddata Hasta Kabul, Doktor Modülü ve Faturalandırma Konferansı (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

Sağlık Bilişimi (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

Teşhis İlişkili Gruplar (TİG-DRG) (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

Sağlık Uygulama Tebliği ve Medikal Muhasebe (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Programı (Ankara-Ankara Üniversitesi-2017)

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Programı (Ankara-İl Sağlık Müdürlüğü-2016)

Eğitim Becerileri Eğitimi (Ankara-İl Sağlık Müdürlüğü-2016)

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitim Programı (Ankara-İl Sağlık Müdürlüğü-2016)

İngilizce Kursu (Ankara- Amerikan Kültür Derneği-2015) (C2 Düzeyi)

Diksiyon Eğitimi (Ankara-Amerikan Kültür Derneği-2014)

Özel Hastanelerin Yönetimi Zirvesi (Ankara Üniversitesi-2014)
Hazırlık Bitirme Belgesi (Ankara Üniversitesi- 2013) (B2 Düzeyi)
Eğitsel Faaliyetler Başarı Belgesi-Bilgi Yarışması (GSB-KYK-2013)
Liderlik Okulu (GSB-KYK- 2012)
30. Yurtlar Arası Satranç Turnuvası (KYK-2012)
Acıbadem Üniversitesi Rektörlük Başarı Belgesi (Acıbadem Üniversitesi-2012)
Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Sempozyumu (Acıbadem Üniversitesi-2012)
'Nasıl Bir Anayasa' Konferansı (Marmara Üniversitesi-2012)
Adli Kalem İşleri (İsmek-2012)
Hitabet Sanatı (Kariyerim Akademi-2012)
Diksiyon Eğitimi (Kariyerim Akademi-2012)
Beden Dili (Kariyerim Akademi-2012)
Profesyonel İletişim (Kariyerim Akademi-2012)
Bilgisayar İşletmenliği-Operatör (Ataşehir Halk Eğitim Merkezi-2012)
İnovasyon (Marmara Üniversitesi-2012)
29. Yurtlar Arası Satranç Turnuvası (KYK-2012)
14. Kariyer Eğitim Günleri (İBB ve İstanbul Aydın Üniversitesi-2012)
Arapça Dil Kursu- İlk Kademe (İsmek-2011)
Diksiyon Kursu (İsmek-2011)
Hayata Dokunmak ve İletişim (Burcu-Der-2011)
13. Kariyer Eğitim Günleri (İBB ve İstanbul Aydın Üniversitesi-2011)