

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

**İNSAN HAKLARI BAĞLAMINDA YOKSUL
KESİMLERİN SAĞLIK HAKKINA ERİŞİMİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burçin AFŞAR

İstanbul
Haziran, 2019

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
SOSYAL HİZMET BİLİM DALI

İNSAN HAKLARI BAĞLAMINDA YOKSUL KESİMLERİN
SAĞLIK HAKKINA ERİŞİMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burçin AFŞAR

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Kadir CANATAN

İstanbul
Haziran, 2019

TEZ ONAYI

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Kadir CANATAN



Üye Dr. Öğr. Üyesi Emel YEŞİLKAYALI

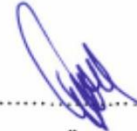


Üye Dr. Öğr. Üyesi Abdulhakim BEKİ



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.



Prof. Dr. Ömer ÇAHA

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığım “İnsan Hakları Bağlamında Yoksul Kesimlerin Sağlık Hakkına Erişimi” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmada doğrudan ya da dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.



Burçin AFŞAR

ÖNSÖZ

Bu çalışmada insan hakları temel alınarak, yoksul kesimin sağlık hakkı erişimi incelenmek istenmiştir. Öncelikle sağlık hakkı bilincine sahip ve sağlık erişiminde problem yaşamayan bir bireyin yaşam kalitesinin daha yüksek olacağı düşünüldüğünden ‘sağlık’ kavramı ana tema olarak seçilmiştir. Ayrıca her bakımdan sağlıklı bir bireyin, diğer tüm haklarını kullanımı ve haklarına erişim kalitesinin de bu paralelde artabileceği öngörülmüştür. Bu çerçevede sağlık faktörünün sosyal statüyü ve yaşam kalitesini ne denli etkilediği ve bu etkinin özellikle yoksul bireylerde ne denli hissedildiği incelenmek istenmiştir.

Bu bağlamda tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana destek olan, araştırma sürecinde baskıcı bir otorite kurmayarak öğrencisinin araştırma şevkine ve özgürlüğüne saygı duyan ve her probleme profesyonelce çözümler bularak araştırmanın hızlı ilerlemesini sağlayan değerli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Kadir CANATAN’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma kapsamında katılımcılarla iletişime geçmeme olanak sağlayan ve gerekli izinleri veren dönemin Fatih İlçe Kaymakamı Sayın Ahmet ÜMİT’e ve görüşmelerin en verimli şekilde ilerlemesine ortam hazırlayan Vekil Müdire Sayın Sibel Hanım’ a teşekkür ederim.

Çalışma boyunca yardımlarını bir an olsun esirgemeyen, çalışmanın her detayını titizlikle inceleyerek hazırlanmasını sağlayan değerli arkadaşlarım Gözde DİNARLI’ya ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma ŞAHİN’e teşekkür ederim. İlgili alanlar için yabancı dil çevirileri konusunda destek sağlayan değerli arkadaşım Ali Oğuz BOZKURT’a teşekkür ediyorum.

Yüksek lisans eğitimine başlamam konusunda beni destekleyen ve maddi, manevi ve akademik birçok aşamada her zaman yanımda duran sevgili eşim Murat AFŞAR’a teşekkür ederim.

Burçin AFŞAR

İstanbul-2019

Bu alışmayı;
Adı gibi bir dünyada yaşamasını temenni ettiğim oğlum Barış'a
Adıyorum...

ÖZET

İNSAN HAKLARI BAĞLAMINDA YOKSUL KESİMLERİN SAĞLIK HAKKINA ERİŞİMİ

Burçin AFŞAR

Yüksek Lisans, Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kadir CANATAN

Haziran-2019,115+xii Sayfa

Araştırmanın amacı; ülkenin sosyolojik, ekonomik ve kültürel yapısını göz ardı etmeden yoksulların sağlık hakkı erişiminin incelenmesidir. Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın çalışma grubu amaçlı örnekleme tekniği ile belirlenmiştir. Bu amacı gerçekleştirmek için Fatih Kaymakamlığı – Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’ndan sosyal yardım alan 10 (on) katılımcı ile ortalama yarım saat (30 dakika) süren görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada katılımcılar literatür taraması ve uzman görüşleri alınarak oluşturulmuş ve ön denemesi yapılmış on beş soruluk ‘Görüşme Formu’nu cevaplandırmışlardır. Ve toplanan bilgiler betimsel analiz yöntemi ile çözümlenmiştir.

Görüşme türlerinden “yarı-yapılandırılmış görüşme” tercih edilerek katılımcıların psiko-sosyal durumları hakkında daha fazla veri sağlanması amaçlanmıştır. Buna ek olarak bulgular nicel bir yaklaşım ile de ifade edilmiştir.

Sonuçlar araştırmaya veri sağlayan katılımcıların, insan hakları ve sağlık hakkı bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Ayrıca örnekleme oluşturan yoksul katılımcıların sağlık giderleri, ulaşım ve sağlık personeli yaklaşımı gibi faktörler sebebi ile sağlık hakkı erişim engeli yaşadığını göstermektedir. Sonuç olarak araştırma bulguları yoksul bireylerin insan hakları ve sağlık hakkı gibi konularda donanım açısından yetersiz olduğunu ve Tıbbi Sosyal Hizmet alanını yeterince tanımadıklarını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: İnsan Hakları, Yoksulluk, Sağlık Hakkı, Tıbbi Sosyal Hizmet, Sağlık Erişimi.

ABSTRACT

THE ACCESSIBILITY OF POORER SEGMENT OF SOCIETY TO RIGHT HEALTH IN TERMS OF HUMAN RIGHTS

Burçin AFŞAR

Master, Social Service

Thesis Supervisor: Prof. Dr. Kadir CANATAN

June – 2019, 115+xii Pages

The aim of the research is to analyze the poor's access to health rights without ignoring the social, economic and cultural structure of the country. Qualitative research method was used in the study. The study group of the research was determined by purposeful sampling technique. In order to accomplish this, interviews of about 30 minutes were conducted with applicants to District Governorship of Fatih – Social Solidarity and Cooperation Foundation. At this stage, 10 participants who benefits social welfare were asked to answer the pre-tested fifteen questions on the 'Interview Form' which were prepared after the literature review and expert opinions. The information accumulated were analyzed via descriptive analysis.

The "semi-structured interviewing" is preferred, so that the participants would give more information on their psychosocial status. In addition, findings were presented with a quantitative approach.

The results determined that the applicants provided information to the study had insufficient knowledge on human rights or right to health. Also, it showed that the poor applicants face access difficulties to right to health due to factors such as health expenses, transportation and the attitudes of health personnel. The results showed that poor individuals were insufficient in terms of subjects such as human rights and right to health and were not familiar enough with the area of Medical Social Service.

Keywords: Human Rights, Poverty, Right to Health, Medical Social Service, Access to Health.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ	ii
ÖNSÖZ	iii
ADAMA	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLOLAR LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR	xii
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Problemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	2
1.3. Varsayımlar	3
1.4. Sınırlılıklar	4
İKİNCİ BÖLÜM	5
KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1. İnsan Hakları.....	5
2.1.1. Tanım.....	5
2.1.2. Dünyada ve Türkiye'de İnsan Haklarının Tarihsel Gelişimi	9
2.1.3. İnsan Hakkı Olarak Sağlık.....	14
2.1.4. İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet	15
2.2. Yoksulluk	17
2.2.1. Yoksulluk Kavramı	17
2.2.2. Dünyada Yoksulluk Olgusu.....	20
2.2.3. Günümüz Türkiye'sinde Yoksulluk Olgusu	24

2.2.4. Yoksulluk ve Sağlık Hakkı İlişkisi	28
2.3. Sağlık.....	31
2.3.1. Sağlık Kavramı	31
2.3.1.1. Sağlık Tanımı.....	31
2.3.1.2. Hastalık–Hasta Hakları Tanımı.....	33
2.3.1.3. Sağlık Hakkı Tanımı	35
2.3.2. Sağlık Hakkı Erişimi	38
2.3.3. Sağlık Hakkı ve Sosyal Hizmet İlişkisi	43
2.4. Literatür Taraması.....	49
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	52
YÖNTEM	52
3.1. Araştırmanın Modeli	52
3.2. Evren Ve Örneklem.....	52
3.3. Verilerin Toplanma Teknikleri	53
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	55
BULGULAR VE YORUMLAR	55
4. 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	55
4. 2. Katılımcıların İnsan Hakları ve Sağlık Konularına İlişkin Bilgi ve Kanaatları..	57
4. 3. Katılımcıların Toplumsal ve Ruhsal Tutumları	62
4. 4. Katılımcıların Ekonomik Profili	68
4. 5. Katılımcıların Sağlık Erişimi	71
BEŞİNCİ BÖLÜM	78
SONUÇ VE ÖNERİLER	78
5.1. Sonuç	78
5.2. Öneriler.....	80
KAYNAKÇA	82
EKLER	88
ÖZGEÇMİŞ	115

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Bölgesel Yoksulluk Oranları

Tablo 3.2: Türkiye'de Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları
2008-2015, Türkiye

Tablo 3.3: Dört Kişilik Bir Ailenin Açlık ve Yoksulluk Sınırı

Tablo 3.4: Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

Tablo 4.5: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.6: Katılımcıların İnsan Hakları ve Sağlık Konusunda Genel Bilgi Düzeyleri

Tablo 4.7: Gelir Düzeyi ve Sosyal Güvence Göstergesi

Tablo 4.8: Katılımcıların Sağlık Kurumu ve Ulaşım Tercihleri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1: Yoksulluk Zinciri

Şekil 3.2: Tıbbi sosyal Hizmetin Odağı

Şekil 4.3: Katılımcıları Psikolojik Açıdan Etkileyen Faktörler

Şekil 4.4: Katılımcıların Toplumsal Tutumları



KISALTMALAR

BİHB	: Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı
BM	: Birleşmiş Milletler
BKZ	: Bakınız
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
HT	: Hipertansiyon
IFSW	: (International Federation of Social Workers) Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu
MÖ	: Milattan Önce
OECD	: (Organisation for Economic Co-operation and Development) Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
SYDV	: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TSAGM	: Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNCHR	: (United Nations Commission on Human Rights) Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu
UNDP	: (United Nations Development Programme) Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNICEF	: (United Nations International Children's Emergency Fund) Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Problemi

İnsan hakları oldukça geniş bir kavramdır. Bireylerin refah içinde yaşadığı sağlıklı bir sosyal çevre insan haklarının düzenli işleyişi ile mümkündür. Sistemin düzenli işlemesi ise devletlerin uyguladığı sosyal haklar ve sosyal politikalar ile sağlanabilmektedir.

"Türkiye Cumhuriyeti sosyal bir hukuk devletidir." ifadesi Anayasamızda temel nitelik olarak belirtilmiştir. Ayrıca Anayasa'nın *"Devletin temel amaç ve görevleri"* başlıklı 5. Maddesinde; 'kişilerin temel hak ve hürriyetleri', 'sosyal adalet' ve 'sosyal güvenlik' gibi hususlar öne çıkartılmıştır. Bu kapsamda çalışmada yer alan 'insan hakları', 'sağlık hakkı' ve 'erişim' kavramlarının yasal haklar olduğunu belirtmek yerinde olacaktır.

Anayasada yer alan ve çalışma kapsamında ele alınacak olan insan hakları kavramı sağlık hakkını da kapsamaktadır. Anayasanın 56. Maddesinde *"herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir."* ifadesi yer almaktadır. Fakat bu noktada belirtmek gerekir ki birçok sosyal politika uygulamasında olabileceği gibi, sağlık hakları uygulamasında da sorunlar yaşanabilmektedir. Sosyal hakka erişim ise yaşanabilecek ciddi sorunlardan biridir.

İnsan yaşamındaki en önemli unsur sağlıktır. Genetik yapı, iklim şartları, beslenme alışkanlıkları gibi pek çok faktör sağlığı etkilemektedir. Bu çıkarımla toplum içinde, özellikle yoksul kesimin sağlık açısından ciddi bir risk taşıdığı söylenebilir. Bununla beraber sağlığın ertelenemeyen bir olgu olduğu da düşünülürse, sağlık hakkına erişimin insanlık açısından önemi daha net görülecektir. Başka bir deyişle; Anayasa'da da belirtildiği gibi 'herkes' gibi yoksulların da sosyal haklarını bilmeleri ve haklarından özgür iradeleri ile yararlanabilmeleri oldukça önemlidir.

Araştırma sorusu; "İnsan hakları bağlamında yoksul kesimlerin sağlık hakkı erişiminde yaşadığı sorunlar nelerdir?" olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın temel sorusuna ek olarak aşağıdaki sorulara da cevap aranacaktır:

- 1- Yoksul bireyin sağlık hakkı erişimi nasıldır?
- 2- Katılımcılar sosyal güvence hakkında ne düşünmektedir?
- 3- Sağlık bilgisi yetersiz olanların, sağlık hakkı erişimi nasıldır?

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Hem dünyada hem de Türkiye'de yoksulluk gibi sosyal ve dinamik bir alanda araştırma yapabilmek için güncel verileri elde etmek gerekmektedir. Zira neden ve sonuçlarda büyük değişimler yaşanmaz iken, yoksulluk oranları yıllara ve hatta aylara göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu noktada belirtmek gerekir ki araştırmada yoksulluğun nedenleri, sonuçları, oranları gibi faktörler titizlikle değerlendirilecektir.

Yoksulluk, insan hakları ihlalleri hususunda en dikkat çekici kavramlardan biridir. Eğitim, kültür, ekonomi, sağlık vb. birçok alanda yaşanan insan hakları ihlalleri öncelikli olarak yoksullar tarafından hissedilmektedir. Bu da yoksulların sosyal hizmet disiplininde dahi 'dezavantajlı' olmasına neden olmaktadır. Bununla beraber yoksulluk tamamen çözümsüz bir olgu değildir. Sosyal politikalar, sosyal hizmet - sosyoloji gibi birçok akademik disiplin, sivil toplum kuruluşları ve pek çok etkin organ yoksullukla mücadele üzerine çalışmalar yürütmektedir. Çalışma kapsamında ele alınacak olan 'sağlık' ise öncelikli olarak devlet tarafından sunulan bir hizmettir.

Tüm dünya ülkelerinde olabileceği gibi ülkemizde de sosyal hakların erişimi hususunda problemler yaşanabilmektedir. Ancak dezavantajlı olarak ele alınan kesimlerin erişimi daha titiz bir uygulama gerektirmektedir. Bu noktada yoksulların sağlık hakkı erişimi ele alınırken, onların literatürde dezavantajlı olarak adlandırıldığı unutulmamalıdır. Yoksul bireylerin "haklarının neler olduğunu bilmeleri" ve/veya "haklarını öğrenmek için nereden ve nasıl bilgi alabileceklerini bilmeleri" oldukça önemlidir. Bu haklar her ne kadar akademik ve yasal çerçevede teorik olarak sunuluyor olsa da pratik işleyiş önem arz etmektedir. Başka bir ifade ile yoksullar öncelikle sağlık haklarının neler olduğunu bilmelidirler.

Diğer bir önemli nokta ise mevcut sosyal haklara erişimin nasıl sağlandığıdır. Öncelikle belirtmek gerekir ki; konu "Hak alınmaz, verilir!" ifadesi ile ele alınırsa herhangi bir hakka erişim, problem olmamalıdır. Ancak tüm altyapıya rağmen erişimde yaşanan herhangi bir zorluk söz konusu ise bunun nedenleri araştırılmalıdır. Türkiye gelişmekte olan ve bu oranda nüfus artışı da yaşayan bir ülkedir. Gelişmekte

olan ülkemizde yoksulluk oranları da ciddi boyutlardadır (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011:68-69). Bu kapsamda yoksul bireylerin sağlık haklarına nasıl bir erişim sağladığı ve hizmetlerden ne derece faydalanabildiği, yine ülkenin gelişimine katkı sağlamak açısından oldukça önemli bir konudur.

Daha önce de belirtildiği gibi 'yoksul' toplumun dezavantajlı bir kesimidir. Bu da toplum içinde sosyal statünün etkisini açıkça göstermektedir. Bireylerin toplum içinde kendilerine yer bulabilmeleri ve refah düzeyinde bir yaşam sürdürebilmeleri, çoğu zaman sosyal statü engeline takılabilmektedir. Bu da yoksul bireyleri hem sosyo-ekonomik hem de psiko-sosyal açıdan etkilemektedir. Çalışmanın amaçları doğrultusunda, yoksulların sağlık hakkına erişimi noktasında yaşadıkları sosyo-ekonomik durum ve bunların psiko-sosyal sonuçları da göz ardı edilmeyecektir. Zira insan hakları bakımında ele alındığında, yoksul bireylerin toplum içinde dışlanma yaşamaları onları psiko-sosyal açıdan olumsuz etkilemektedir. Bu da bireylerin hem kendilerini hem de yetiştirmekte oldukları yeni nesli etkileyebilecek olumsuz bir faktördür.

Çalışma; ülkenin sosyolojik, ekonomik ve kültürel yapısını göz ardı etmeden yoksul bireylerin sağlık hakkına erişimini araştırmayı amaçlamaktadır. Bu noktada insan hakları, sağlık hakkı ve yoksulluk kavramları sentezlenerek 'insan' olgusuna vurgu yapılacaktır. Ayrıca hem 'sosyal hizmet' in sağlık alanındaki yeri ve önemine hem de sağlık hakkının sosyal haklardaki yeri ve önemine de dikkat çekilecektir.

1.3. Varsayımlar

- 1.Araştırmaya katılan bireylerin görüşme sorularına samimi ve doğru cevaplar verdikleri varsayılmıştır.
- 2.Yoksulluğun, sağlık erişimini olumsuz açıdan etkilediği varsayılmıştır.
- 3.Yoksulların sağlık hakkı ve insan hakları kavramlarını yeteri kadar tanımadıkları varsayılmıştır.

1.4. Sınırlılıklar

1.Araştırmada sağlık hakkına dair değerlendirmeler “Kavramsal ve Kuramsal Çerçeve” başlığı altında sunulan literatür taraması ve Kasım 2018 tarihine kadar yürürlükte olan mevzuat ile sınırlıdır.

2. Araştırma Ek-2 Görüşme Formu’nda yer alan sorular ile sınırlıdır.

3.Araştırma bulguları ile varılan sonuç ve yapılan genellemeler, Fatih Kaymakamlığı – Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı’na kayıtlı olan 10 (on) katılımcı ile sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İnsan Hakları

2.1.1. Tanım

Öncelikle belirtilmelidir ki 'insan hakları' tanım açısından güç bir kavramdır. Bu durum kavramın kolay görünmesine rağmen, kapsamlı niteliğinden kaynaklanmaktadır. Bununla beraber kavramın dinamik yapısı ve uygulama açısından zorluğu da tanımlanmasına etki etmektedir.

Kavramı ele alırken öncelikli olarak "hak" terimine kısaca değinmek yerinde olacaktır. Zira insan hakları genel çerçevede "hakların" özel bir türüdür. Orend'a (2002) göre; *"Hak, hem ahlaki hem de hukuki bir kavramdır. Her iki durumda da hak bir kişi, bir kurum veya bir şey üzerindeki gerekçelendirilmiş bir iddia veya talebi ifade eder"* (s.17). Dolayısıyla 'hak' terimi ele alındığı her iki boyutuyla da 'hak sahipliği' ni de doğurmaktadır (BİHB, 2006, s.17).

Akdur (1997) ise hak kavramını tanımlarken, insan hakları kavramları ile beraber ele almaktadır; *"Hak, insanı her türlü egemene (birey, toplum, kurum, devlet) karşı koruyan moral, etik ve yasal değerler / kurallar/ düzenlemeler bütünü olarak tanımladıktan sonra insan haklarını; egemenliğe ve bunun araçlarına karşı bireyi koruyan moral, etik ve yasal değerler/ kurallar/ düzenlemeler bütünü"* olarak ifade etmektedir (s.18).

İnsan Hakları tanımına gelindiğinde ise kendi içinde de çeşitlenen kavramın, öncelikli olarak en yaygın hali ile ifade edildiğini görülmektedir. Buna göre insan hakları; insanoğlunun sahip olduğu en önemli haklardır. Yalnızca insan olarak doğmuş olmak bu haklara sahip olmak için tek şarttır. Bireylerin sahip olduğu bu hakların dokunulmazlık ve vazgeçilmezlik gibi nitelikleri vardır. Ayrıca, kişi sahip olduğu hakları bir başkasına devredemez. Bu hakların kaynağı 'insan doğası' ve bu doğanın özünde olan 'insan onuru' dur. Dolayısıyla bütün insanlar hiçbir ayırım gözetilmeksizin bu haklara eşit bir biçimde sahiptir. Söz konusu ahlaki haklar insanın değerini ve onurunu korur; insanın özüne yakışır bir biçimde hayat sürmesi için olmazsa olmaz

kuralları gösterir; kişinin maddi ve manevi varlığını korumayı ve hatta daha ileri taşımayı amaçlayan ana değerlerdir (Uzak ve Altuntaş, 2007:5).

İçeriği en temel ahlaki değerleri barındıran bu yaklaşımdan sonra, insan hakları siyasi bir talep olarak görülmektedir. Çünkü insan haklarının çıkış noktasında, insan hak ve özgürlüklerinin en büyük ihlalcisi kabul edilen devlete karşı korunması ve güvence altına alınması yatmaktadır (Karataş, 2002:1). Başka bir deyişle söz konusu haklar, bireylerin özellikle devlet karşısında iddia ettiği ve devletten uymasını talep ettiği haklardır. Bununla beraber devletin var olma sebebi de bireylerin sahip olduğu ana hakları ve özgürlükleri güvence altına almaktır. Dolayısıyla devlet, bireylerin bu amaç doğrultusunda kurduğu siyasi bir örgüttür. Bu noktada devlet pozitif ve negatif olmak üzere iki tür sorumluluğa sahiptir.

Negatif yükümlülük; özellikle güç kullanan (işkence yasağı ihlali vb.) aygıtlarla hak ve özgürlükleri ihlal etmemeyi ifade eder. Pozitif yükümlülük ise; herhangi bir ihlali önlemeyi ve insanın insanca yaşaması ayrıca maddi-manevi varlığını geliştirebilmesi için her türlü tedbiri almasını ifade etmektedir (Uzak ve Altuntaş, 2007:5).

Bir başka önemli nokta ise insan hakları kavramının neleri kapsayıp kapsamadığıdır. Daha önce de belirtildiği gibi insan hakları, hak kavramının özel bir türüdür. Bu noktada belirtmek gerekir ki "insan hakları" ve "insanların hakları" aynı şey değildir. Daha açık ifade etmek gerekirse; insan hakları evrensel bir yapıya sahiptir ve tüm insanlığı kapsar. Fakat yalnızca bireysel statüde olan birçok hak da mevcuttur. Bu tür haklar kanun, sözleşme veya spesifik bir ilişki sonucu ile doğabileceğinden her insanın sahip olmadığı haklardır (BİHB, 2006:18).

Günümüzde başta Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948); BM İkiz Sözleşmeleri (Medeni ve Siyasal Haklar Sözleşmesi - 1976); Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1976) olmak üzere gerek BM ve gerekse bölgesel düzeyde kabul edilen birçok belge ve sözleşme ile genel bir insan hakları hukukunun oluşmuş olduğu söylenebilir. Her ne kadar siyasal, ideolojik, felsefi tutum ve tercihlerde bazı farklılıklar olsa da insan haklarının bu hukuk içerisinde; klasik (birinci kuşak), ikinci kuşak ve üçüncü kuşak (dayanışma) hakları olarak çeşitlendiği görülmektedir.

Ayrıntıya girmeden ifade etmek gerekirse "*Klasik (Birinci Kuşak) Haklar*"; bireyleri devlete ve topluma karşı koruyan ve bireylerin devlet yönetimine katılmalarını güvence altına alan haklardır (Uzak ve Altuntaş, 2007:6-7).

Başlıca Klasik haklar şunlardır:

- Yaşama hakkı ve kişi dokunulmazlığı,
- İşkence ve kötü muamele yasağı,
- Kişi özgürlüğü ve güvenliği,
- Düşünce ve ifade özgürlüğü,
- Din ve vicdan özgürlüğü,
- Özel hayatın gizliliği hakkı,
- Adil yargılanma hakkı,
- Mülkiyet hakkı,
- Ayrımcılık yasağı,
- Toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı,
- Dernek kurma hakkı,
- Çalışma özgürlüğü,
- Dilekçe hakkı,
- Seçme ve seçilme hakkı,
- Kamu hizmetlerine girme hakkı.

Görüldüğü gibi klasik haklar bir nevi altyapı oluşturmaktadır. Bu haklardan yararlanabilme imkanı tanıyan haklar ise "*ikincil kuşak*" olarak ifade edilmektedir. İkincil kuşak haklar, Ekonomik - Sosyal ve Kültürel haklar olarak da tanımlanmaktadır. Bu noktada ayrıca belirtmek gerekir ki her iki kuşak haklar da birbirine bağlı ve bağımlıdır. Ancak fark olarak ikincil kuşak hakların büyük çoğunluğunun, mali kaynak kullanımına daha bağlı olduğu söylenebilir.

Başlıca ikincil kuşak haklar şunlardır:

- Çalışma hakkı,
- Sosyal güvenlik hakkı,
- Sendika kurma hakkı,

- Toplu sözleşme ve grev hakkı,
- Yeterli yaşama düzeyi hakkı (beslenme, konut, vb.),
- Eğitim hakkı,
- Sağlık hakkı,
- Kültürel yaşama katılabilme hakkı.

Bu noktada dikkat çekmek gerekir ki araştırmanın ana temasını oluşturan "sağlık hakkı" ikincil kuşak haklar kapsamında ele alınmaktadır. Çalışmanın ilerleyen aşamalarında konu detaylı olarak ele alınacaktır.

Bir diğer kuşak ise II. Dünya Savaşı sonrasında gelişen, özellikle çevre kirliliği, nükleer silahların yarattığı savaş tehlikesi, bölgeler arasında gelişme farklılığı gibi nedenlerin ortaya çıkarttığı "*üçüncü kuşak*" ya da "dayanışma hakkı" olarak adlandırılan haklardır. Bu haklar diğer haklara göre daha genel koşulları ifade etmektedir. Aynı zamanda özgürlükten ziyade kişi ve grupların ortak dayanışması ile kaliteli bir yaşamı ifade etmektedir.

Başlıca üçüncü kuşak hakları şunlardır:

- Barış hakkı,
- Çevre hakkı,
- Gelişme hakkı,
- İnsanlığın ortak miraslarından yararlanma hakkı (Uzak ve Altuntaş, 2007:6-7).

Belirtilen tanımlara ve çeşitliliklere ek olarak 'insan hakları'nın nitelikleri de özetle şu şekildedir:

- Uluslararası standartlarda garanti edilmiştir,
- Yasalarla korunmuştur,
- İnsan onuru üzerine odaklanır,
- Bireyleri ve grupları korur,
- Devleti ve devlet görevlilerini mecbur bırakır,
- Vazgeçilmez ve gasp edilemezdir,
- Birbirlerine bağımlı ve birbirleriyle bağlantılıdır,
- Evrenseldir.

Görüldüğü gibi insan hakları ahlaki bir temele dayanan, siyasi bir arka planı olan ve kendi içinde alt başlıklara sahip bir kavramdır. İnsan onuru ve özgürlüğüne dikkat çeken kavramın, siyasi açıdan devlete kabaca "Saygı duy, koru, yerine getir!" prensibi ile yaklaştığı söylenebilir (TSAGM, 2007:7). Sonuç olarak insan hakları, uluslararası bir tanıma ve kabule sahip olsa da takibi, uygulaması güç olan ve de dinamik yapısı gereği her dönem güncel kalan bir kavramdır.

2.1.2. Dünyada ve Türkiye'de İnsan Haklarının Tarihsel Gelişimi

Araştırmanın temel dayanak noktası olan insan haklarının tarihsel yapısına da kısaca değinmek konunun bütünlüğü açısından önem taşımaktadır. İnsan hakları kavramı, tarih boyunca önemli bir gelişim süreci yaşamıştır. Ve bu süreci insanlık tarihi kadar geriye götürmek de mümkündür. Zira kavramın içeriği ilk yazılı kaynaklarda dahi görülmektedir. Bu yaklaşıma en uygun örnek olarak da Hammurabi Kanunları gösterilebilir. Babil kralı Hammurabi tarafından M.Ö. 1750'lerde hazırlanan bu yazılı belge, kadın - erkek arasındaki sosyal konumu eşit bir anlayışla ele almış ve toplumdaki kölelik anlayışına olumlu katkılar sağlamıştır (Aras, 2009:289).

Ayrıca ölü birçok din ve hukuk sisteminde olduğu gibi, yaşayan dinlerde de insan hakları ortak bir özellik olarak görülmektedir. Örnek olarak Hz. Musa'nın firavuna karşı köleliğe karşı gelmesini ve Yahudi insan yaşamını anlatan Talmud'un 'insan yaşamının' en önemli hak olduğunu vurguladığı gösterilebilir (Aras, 2009:296).

İslam Dini'nde ve hukukunda da insan hakları oldukça ön plandadır. Öyle ki İslam dini, insan haklarını modern hukukta olduğu gibi evrensel bir anlayışla ele almaktadır. Bu noktada da hem peygamber hem de yönetici kimliği ile Hz. Muhammed tarafından ilan edilmiş olan Veda Hutbesi örnek gösterilebilir. Veda Hutbesi, sosyal hakların yanı sıra ekonomik hakları da ele alan kapsamlı bir 'insan hakları' belgesi olarak literatürde yerini almıştır (Şentürk, 2014:31-46).

Görüldüğü gibi insan hakları içerik ve felsefi açıdan oldukça geniş bir arka plana sahiptir. Modern anlamda gündeme gelişi ise ilk olarak 1215 yılında İngiltere'de ilan edilen "İngiliz Büyük Şartı" (Magna Carta Libertatum) ile olmuştur. Buna göre; kralın yetkilerine bir takım sınırlamalar getirilerek kişilerin can ve mal güvenliğine sahip olduğu belirtilmiştir (Uzak ve Altuntaş, 2007:7). İnsan hakları bir kavram olarak ise ilk defa 17. yüzyıl filozofu John Locke tarafından dile getirilmiştir. Locke hakları

'doğal haklar' olarak ele almaktadır, ancak elbette ki bu doktrin de daha önce de değinildiği gibi bir arka plana sahiptir. Araştırma kapsamında verilebilecek ve akademik açıdan kabul görmüş 'tarihi çıkış' noktasını belli bir özetle vermek yerinde olacaktır. Zira çalışma kapsamında esas vurgulanmak istenen kavramın tarihi öneminin varlığıdır. Bu çerçevede gelişimleri kronolojik olarak şu şekilde izlemekteyiz:

- İnsan hakları gelişimi açısından en önemli adımlardan biri 1688 Büyük Devrim sonrasında İngiliz Parlamentosu tarafından kabul edilen "*Bill of Right*" (Haklar Bildirgesi) olmuştur. Bu kapsamda adil olmayan yargılanma ve olağan olmayan cezaya çarptırılmama doğal haklar arasında yer almıştır.
- Bu hususta, batı dünyasında yaşanan gelişmeler kendini ilk olarak Amerika kıtasında göstermiştir. Haziran 1776 yılında Virginia'da toplanan Temsilciler Meclisi, Locke' un doğal haklar anlayışına bağlı "*Virginia Bildirgesi*" ni kabul etmiştir. 'Eşitlik, özgürlük' ve 'vazgeçilmez haklar' bildirinin başlıca iki ilkesini oluşturmuştur.
- Virginia Bildirgesi' nin hemen ardından Temmuz 1776' da Thomas Jefferson tarafından kaleme alınan "*Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi*" aynı anlayışa bağlı kalarak kabul edilmiştir. Ayrıca bu iki belge insan hakları konusunda tutarlı bir siyasal felsefeye dayandırılmıştır.
- İngiltere' de ve Amerika' da yaşanan gelişmeler 1789 Fransız Devrimi'nde de etkisini göstermiştir. Fransa' da kabul edilen "*İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi*" haklarla ilgili birçok söylemi devam ettirirken, buna ek olarak 'güvenlik' ve 'baskıya karşı direnme' haklarını da dahil etmiştir (BİHB, 2006:26-27).

Batıda yaşanan bu "Aydınlanma Devri"nin yeni bir evren ve yeni bir insan anlayışı ortaya koyduğu görülmektedir. Zira söz konusu gelişmeler ile insanoğlu otoriteye bağlı bir obje olmaktan kurtulmaya ve özgürleşmeye başlamıştır (Tuncay ve Akbaş, 2008:44). Ancak Aydınlanma Çağı'nda etkisini gösteren doğal haklar anlayışı 1815'lerden itibaren etkisini azaltır ve 1930'lara kadar bu durum devam eder. Zira daha

önce de belirtildiği gibi, insan hakları da birçok sosyal alan gibi dinamik bir yapıya sahiptir. Dönemde yaşanan duraklamanın mutlak ki bazı sebepleri vardır. Bu sebepler kısaca şu şekildedir; siyasal alanda insan haklarının yerini 'ulusların hakları' düşüncesinin alması, 19. yüzyıldan itibaren ortaya çıkan Marksist-faydacı ve pozitivist görüşlerin ağılık kazanması ve I. Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan hukuki ve siyasal yaklaşımlar.

Bu gelişmelerden sonra, insan hakları esas olarak yirminci yüzyılda dünya sahnesinde görülmektedir. Çünkü II. Dünya Savaşı'nın yarattığı yıkıcı etki insan haklarının korunmasının önemini de göstermiştir. Bu doğrultuda insan hakları anayasalar ve kanunlar ile sistematik bir düzenlemeye gitmiştir. Dolayısıyla dönemde insan hakları üzerine oldukça önemli adımlar atılmıştır:

- Yüzyıldaki ilk örnek 1917 tarihli "*Meksika Anayasası*" olmuştur. Anayasada 'klasik haklar' aşağı yukarı tam bir liste halinde yer almıştır.
- İnsan hakları açısından yaşanan en büyük adım, Birleşmiş Milletler tarafından kabul ve ilan edilen 10 Aralık 1948 tarihli "*İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi*" olmuştur. Adından da anlaşılacağı üzere Bildiri, insan hakları hususunda oldukça kapsayıcı bir listeden oluşmaktadır. Maurice Cranston'un (1993) ifadesine göre: "Bildirinin sivil ve siyasi haklara ilişkin ilk yirmi maddesi John Locke' un ve Thomas Jefferson' un dili egemen iken, iktisadi ve sosyal haklarla ilgili müteakip maddelerde bulunan farklı, yeni bir dil hakimdir (s. 253)." Geçerliliğini hala koruyan Bildiri tüm dünya ülkelerinde geniş yankılar uyandırmıştır. Ancak bu noktada belirtmek gerekir ki her ne kadar uluslararası bir boyuta sahip olsa da bildirinin hukuki bir yaptırımı yoktur. Fakat II. Dünya Savaşı sonrasında İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin etkisi ile pek çok ülke anayasalarında 'insan hakları' kavramına yer vermiştir.
- Daha sonraki yıllarda Evrensel Bildiri'ye hukuki bağlayıcılık kazandırmak adına yine BM tarafından çalışmalar yürütülmüştür. Buna göre 1966 yılında imzaya açılan ve 1976 yılında yürürlüğe giren uluslararası iki sözleşme hazırlanmıştır. Bunlar "*Sivil ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi*" ve "*İktisadi, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi*" dir.

- İnsan haklarına dair bölgesel düzeyde de birçok çalışma olmuştur. Bunun yanı sıra uluslararası çalışmalar da devam etmiştir. 'Genel' insan hakları niteliği taşıyan bazı belgeler şunlardır: İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Korumaya Dair Avrupa Sözleşmesi (1950, 1953) ve ona bağlı Protokoller ile Avrupa Sosyal Yasası (1961,1965), Amerika Kıtası İnsan Hakları Sözleşmesi (1969, 1978) ve Afrika İnsan Halklarının Hakları Sözleşmesi (1981, 1986).
- Bazı sözleşmeler ise belli bir insan hakkını veya onun açılımını güvence altına almaya dayalı, tek konulu sözleşmelerdir: Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1964), İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele ve Cezalara Karşı Sözleşme (1984), Kadınların Siyasi Hakları Sözleşmesi (1952), Kadına Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (1979) ve Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1989) (BİHB, 2006:26-29).

Görüldüğü üzere dünya çapında insan haklarına ve hakları korumaya dair birçok ülke tarafından, pek çok belge imzalanmıştır. Evrensel Bildiri başta olmak üzere Türkiye de pek çok bildiri ve sözleşmeyi imzalayan devletler arasında yer almıştır. Bunun yanı sıra ülkemizde doğrudan çalışmalar da söz konusu olmuştur. Öncelikle vurgulamak gerekir ki Anayasamızın 2. Maddesinde "insan haklarına saygı" Türkiye Cumhuriyeti'nin değiştirilmesi teklif dahi edilemeyecek nitelikleri arasındadır. Ayrıca yine Anayasa'nın 5., 36., 40., 74., 90. ve 91. Maddelerinde de insan haklarına dair önemli detaylara yer verilmiştir. Tüm bunlara ek olarak Türkiye'de, dünya gelişimi ile paralel ilerleyen önemli adımlar şu şekildedir:

- İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına Dair Avrupa Sözleşmesi ve sözleşmeye ek protokoller ülkemiz tarafından kabul edilmiştir. Ayrıca 28 Ocak 1987'de Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine bireysel başvuru hakkı, 1989 yılında da Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin yargı yetkisini ve işkence, kötü muamelenin önlenmesi konusundaki Birleşmiş Milletler ve Avrupa Sözleşmeleri de kabul edilmiştir.
- Alanda kurumsallaşma adına atılan ilk önemli adımlardan biri 1990 tarih ve 3686 sayılı Kanun ile Türkiye Büyük Millet Meclisi bünyesinde kabul edilen

"İnsan Hakları İnceleme Komisyonu"nun kurulması olmuştur. 1991 yılından itibaren de bir Devlet Bakanı insan haklarının takip ve koordinasyonu üzerine görevlendirilmiştir.

- 1997 yılında ise Başbakanlık Genelgesi ile insan hakları ile ilgili konularda görevli Devlet Bakanı'nın başkanlığında Başbakanlık, Adalet, İçişleri ve Dışişleri Bakanlığı Müsteşarlarının katılımıyla "*İnsan Hakları Koordinatör Üst Kurulu*" teşkil edilmiştir.
- 1998 yılında yayımlanan bir yönetmelik ile "İnsan Hakları Eğitimi On Yılı Ulusal Komitesi" kurulmuştur.
- Hakların korunmasını sağlamak ve ihlallerin önlenmesi amacı ile 2000 yılında çıkartılan bir başka yönetmelik ile de "*İnsan Hakları İl Ve İlçe Kurulları*" oluşturulmuştur.
- Kurumsallaşma hususunda gerçekleştirilen en kapsamlı çalışmalardan biri de 2001 tarih ve 4643 sayılı Kanun ile sağlanmıştır. Buna göre Başbakanlık merkez teşkilatı içerisinde ana hizmet birimi olarak "İnsan Hakları Başkanlığı" kurulmuştur. Kanuna ek bir madde ile de "*İnsan Hakları Üst Kurulu*" ve "*İnsan Hakları Danışma Kurulu*" da düzenlenmiştir. Ayrıca ihlal iddialarını incelemek üzere de "İnsan Hakları İhlal İddialarını İnceleme Heyetleri" oluşumuna olanak tanınmıştır (Uzak ve Altuntaş, 2007:11-13).

Tarihi süreç içerisinde konuya dair, ele alınan ya da alınamayan tüm resmi belgeler olumlu ve olumsuz eleştirileri ile başlı başına bir araştırma konusudur. Bununla beraber ele alınan veriler ışığında 'insan hakları' kavramının kapsamlı ve derin bir geçmişe sahip olduğu açıkça izlenebilmektedir. Başka bir deyişle, kavram teorik açıdan önemli bir alt yapıya sahiptir. Kavramın çıkış noktası her ne kadar batı normlarına sahip olsa da ülkemizde de gelişime dair önemli adımlar atılmıştır. Ayrıca coğrafi yapı, siyasi farklılıklar bu gelişim ve uygulamaların ülkeden ülkeye farklılık göstermelerine sebep olmaktadır. Ancak daha önce de belirtildiği gibi insan hakları dinamik bir kavramdır ve teorik alt yapının uygulanabilir olması ile değer kazanmaktadır.

2.1.3. İnsan Hakkı Olarak Sağlık

Hem tanım hem de tarihçe başlığı altında da belirtildiği gibi, insan hakları oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır ve dolayısıyla birçok alanla yakından ilişkilidir. Çalışmam kapsamında öne çıkan niteliği ise sağlık hakkı ile olan ilişkisidir. İlerleyen bölümlerde de ele alınacak olsa da mevcut başlık altında söz konusu bağlantıya dair bir giriş sunmak yerinde olacaktır.

İnsanoğlunun sürekliliğini koruyabilmesi ve sağlıklı bireyler yetiştirebilmesi 'yaşam hakkı' ile mümkündür. Bilindiği üzere yaşam hakkı ise en temel insan haklarından biridir. Yaşam hakkının idamesi hususunda ise 'sağlık hakkı'nın olmazsa olmaz bir etken olduğunu ifade etmek yerinde olacaktır. Bununla beraber diğer pek çok sosyal hakkın gerçekleşebilmesinde yine sağlık hakkı bir ön koşul oluşturabilmektedir. Şöyle ki bir bireyin bazı haklardan yararlanabilmesi için sağlıklı olması gerekirken, bazı durumlarda da sağlık sorunları nedeniyle (dezavantajlı bireyler vb.) hak ihlalleri yaşanabilmektedir.

Daha önce de ele alındığı üzere insan hakları üç kuşak olarak ele alınmaktadır. Sağlık hakkı ise söz konusu kategorizde 'ikinci kuşak' haklar arasında yer almaktadır. 'Tanım' başlığı altında da sunulan verilerde görüldüğü üzere ikinci kuşak haklar, devlet hizmetlerine ve mali kaynaklara diğerlerine nazaran daha bağımlıdır. Ancak bu noktada tekrar altını çizmek gerekir ki tüm insan hakları birbirine bağlıdır ve bütünseldir. Bununla beraber haklar arasında bir değer kıyaslaması yapmaktan ziyade, hakların tek tek ele alındığı durumlarda tüm hakların önemi ve bağıntısı unutulmamalıdır (Ertuş, 2012:35-42).

Bu kapsamda belirtmek istenen iki nokta söz konusudur. Bunlardan biri önceki paragraflarda belirtildiği üzere "sağlık hakkının insan hakları içindeki yeri ve önemidir". Bu durumu da sağlık hakkının, bir insan hakkı olduğunu hatırlatarak açıklamak mümkündür. Diğer bir husus ise insan hakları ve sağlık hakkının kesiştiği noktalar. Mutlak ki 'hak' adı altında birçok vurgu yapılabilir. Ancak öne çıkan ve en genel noktaların 'evrensellik' ve 'ihlal' olduğu söylenebilir. Şöyle ki bireyin iyilik hali tüm dünyada genel geçer bir ilkedir ve her iki kavram da temel iyilik halini gerektirmektedir. Aynı zamanda kavramlardan herhangi birini ihlali temel iyilik halini

bozacağından, diğer hemen tüm hakların erişimini de olumsuz etkiliye bilmektedir (Funda, 2012:191-210).

Sonuç olarak sağlık hakkının, insan haklarına erişim hususunda önemli bir çatı konumunda bulunduğunu söylenebilir. Ayrıca hakları beraber değerlendirirken, kişisel sağlıktan, sosyal politikaya uzanan genel bir perspektif ile ele alınması gerektiği de vurgulanmalıdır. Bununla beraber, ilerleyen bölümlerde ele alınacak olan 'yoksulluk' kavramı da göz önüne alınacak olursa söz konusu kavramların önemi bir kez daha vurgulanmış olacaktır.

2.1.4. İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet

İnsan hakları başlığı altında, ilk bölümde de belirtildiği üzere kavram pek çok alan ile yakından ilişkilidir. Ancak kavramın sosyal hizmet ile olan ilişkisi oldukça dikkat çekicidir. Bu doğrultuda öncelikle 'sosyal hizmet' kavramına kısaca değinmek yerinde olacaktır. Pincus ve Minehan'a (1973: 9) göre; "İnsanların yaşam amaçlarını, stres ile baş etmelerini, özlem ve değerlerini gerçekleştirme becerilerini etkileyen ve insan ile çevresi arasındaki etkileşimi sağlayan bir kavramdır. Sosyal hizmetin amacı;

- 1- İnsanların sorun çözme ve baş etme kapasitelerini geliştirmek,
- 2- İnsanlara kaynak, hizmet ve şanslar tanıyan sistemler ile insanlar arasında bağlantı kurmak,
- 3- Bu sistemlerin etkili ve insancıl çalışmasını geliştirmek,
- 4- Sosyal politikanın geliştirilmesine ve ilerletilmesine katkı vermek"

Başka bir deyişle insanı 'özneleştirmeyi' hedefleyen sosyal hizmet, tüm yaşamı insanı bir perspektif ile görmeyi amaçlamaktadır (aktaran: Tuncay ve Akbaş,2008: 45-46).

Görüldüğü üzere sosyal hizmetin odağı insan ve sosyal refahıdır. Bu bağlamda kavramın ortaya çıkışını 'insan hakları' gelişiminin bir süreci olarak göstermek yanlış olmayacaktır. Her iki kavram da insanı yalnızca insan olduğu için değerli ve onurlu kabul etmektedir. Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu (IFSW) 1988 yılında, sosyal hizmetin bir meslek olarak geçmişte olduğu gibi bugün de ve her zaman bir insan hakları mesleği olduğunu ve olacağını kabul etmiştir. Aynı şekilde Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu'na (UNCHR, 1992) göre de insan haklarının sosyal

hizmet teorisinden, mesleki değerlerinden, etik kurallarından ve uygulamasından ayrı tutulamaz olduğunu belirtmiştir (Tufan, Sayar ve Koçyıldırım, 2009:76).

Sosyal hizmet anlayışı temelini insana duyduğu değer ile oluşturmaktadır, dolayısıyla insan hakları onun için bir mihenk taşıdır. Alandaki hemen tüm mesleki faaliyetler yalnızca insanların ihtiyacı olduğu için değil, hakları olduğu için geręekleřtirilmektedir. Bu bağlamda hemen her hak sosyal hizmet faaliyeti olabileceği gibi, sosyal hizmet alanına giren temel bir ihtiyaç da pozitif bir hakka dönüştürülebilir. Dolayısıyla bu iki kavramın paralel bir gelişim sergilediği de söylenebilir. Söz konusu paralellik her iki alanın uygulamalarında öne çıkan, iki kavram ile de görölmektedir. Bunlar insan hakları literatüründe 'özgürlük' ve 'eşitlik'; sosyal hizmette ise 'self-determinasyon' (kendi geleceğini belirleme) ve 'sosyal adalet' olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir deyişle özgür bir birey kendi geleceğini belirleyebilir, kendi geleceğini belirleyen bir birey de özgürdür. Ve her insan eşit haklara sahiptir, fakat hakların adilce kullanımı ile sosyal bir refah sağlanabilmektedir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Federasyonu'nun tüm sosyal hizmet uzmanları için ortak standart ve rehber olarak ortaya koyduğu insan hakları ile insan hakları ve sosyal hizmet alanlarının kesişen noktaları şu şekildedir:

- 1- Yaşam: İnsan hakları çalışmalarında yaşam hakkı temeldir.
- 2- Özgürlük: Tüm insanlar özgür doğar. Sosyal hizmette özgürlüğü kısıtlayan tüm koşulları etkisiz hale getirmelidir.
- 3- Eşitlik ve Ayrımcı Olmama: Eşitlik ilkesi İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin birinci maddesinde ortaya konmuştur. Ve Sosyal hizmet de sosyal adalete inanan bir meslek ve disiplindir.
- 4- Adalet: Sosyal adalet, sağlık, eğitim, fırsat eşitliği, dezavantajlı gruplar ya da kişiler için korumayı içermektedir. Sosyal hizmet tüm uygulamalarında sosyal adaleti geliştirmeye çalışmaktadır.
- 5- Dayanışma: Sosyal hizmet dezavantajlı birey ve gruplarla dayanışma içindedir ve faaliyetleri ile kişileri haklarını geręekleřtirmeye yönlendirir.
- 6- Sosyal Sorumluluk: Dayanışma ilkesinin yaşama geğirilmesi olarak düşünölebilir. Sosyal hizmet dezavantajlı bireylere / gruplara karşı sorumluluk sahibidir.

- 7- Şiddetin Olmayışı ve Barış: Sosyal hizmetin bir amacı da bireylerin kendisi ve diğerleri ile uyum içerisinde yaşamasını sağlamaktır. Aynı zamanda bu barışı sağlarken, adaletsizlikleri şiddet içermeyen yollarla gidermek ile yükümlüdür.
- 8- Çevre: Sosyal hizmet uzmanları, çevresel bozulmanın insan yaşamına verdiği zararlar ile baş edecek çalışmaları yerine getirmek ile sorumludur (Şahin,2002:142-149).

Görüldüğü üzere sosyal hizmet disiplini ve insan hakları birbirini tamamlayan iki kavramdır. Sosyal hizmet disiplini çalışmaları ile insan haklarının önemini vurgularken, mesleki faaliyetleri ile de uygulanabilirliğini sağlamaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmetin, insan haklarının en önemli savunucularından biri olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

2.2. Yoksulluk

2.2.1. Yoksulluk Kavramı

Araştırmanın önemli kavramlarından bir diğeri de "yoksulluk" tur. Yoksulluk sosyal olduğu kadar dinamik de bir olgudur. Zira kavram yıllara hatta aylara, coğrafyaya, siyasi koşullara, ekonomik duruma göre farklı veriler sunabildiği gibi, tanımlamasında da farklı yaklaşımlar göstermektedir. Bu kapsamda, yoksulluk kavramının oldukça geniş bir perspektife sahip olduğu söylenebilir.

İktisadi, toplumsal ve siyasi içeriği ile karmaşık bir yapıya sahip olan kavramın tanımı üzerine uzlaşmış bir yaklaşım bulunmamaktadır (Doğan, 2014:6). Genel bir ifade ile yoksulluk, bir bireyin hayatına devam edebilmesi için ihtiyaç duyduğu minimum gelir seviyesinin altında yaşaması durumudur. Yoksulluk ise; yoksulluğa sosyal ve politik bir açıdan da bakabilen farklı bir kavramdır (Özalp, 2009:276).

Kavramın tanımlanması konusundaki farklı yaklaşımlar sonucu, kavram türlerine ayrılarak alt başlıklar şeklinde incelenmektedir. Bu yol ile tanımlar daha spesifik bir yaklaşım sunmaktadır. Bu bağlamda, kavram literatüre mutlak yoksulluk, göreceli yoksulluk, objektif-subjektif yoksulluk, kırsal-kentsel yoksulluk, insani yoksulluk, gelir yoksulluğu gibi sınıflandırmalar ile girmiştir. Kavramı daha yakından tanıyabilmek için, yoksulluğun ölçümü baz alınarak oluşturulan sınıflandırmalardan öne çıkanlarına daha yakından bakmak gerekmektedir.

a) Mutlak Yoksulluk:

Mutlak yoksulluk, yoksulluk tanımları içindeki en eski ve en temel tanımlamadır. Bu yaklaşımda birey veya hane halkının asgari yaşam düzeyleri ele alınmaktadır.

Dünya Bankası'nın 1990 yılında ortaya koyduğu araştırmaya göre, gerekli olan günlük kalori miktarı 2400 k/cal olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla bu ihtiyaç limitinin altında kalan birey / hane halkı yoksul olarak nitelendirilmektedir. Yine aynı yaklaşıma göre günlük 1 dolar harcama seviyesi de mutlak yoksulluk sınırını oluşturan etkenlerdendir. Ancak bu sınır ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Buna göre Türkiye'nin de dahil edildiği Doğu Avrupa ülkeleri için limit, dört dolar olarak belirlenmiştir (Topgül, 2013:279-280).

Mutlak yoksulluk iki farklı yöntem ile ölçülmektedir. Bunlardan ilki 'gıda yaklaşımı'dır. Buna göre belirleyici unsur temel gıda maddelerinden oluşan gıda sepeti maliyeti ve alınması gereken kalori miktarıdır. Dolayısıyla temel besin gereksinimlerini karşılayamayan kişi ya da hane mutlak yoksuldur. Bir diğer yöntem ise 'temel ihtiyaçlar yaklaşımı'dır. Buna göre de besin gereksinimlerinin yanı sıra; kıyafet, ısınma, barınma, sağlık vb. gibi diğer ana gereksinimler de ele alınmaktadır. Bu bağlamda sadece 'gıda yaklaşımı' ile belirlenen yoksulluğun açlık sınırının; 'temel ihtiyaç yaklaşımı' ile de yoksulluk sınırının ifade edildiği söylenmektedir (Yüksel Arabacı, 2014:182).

Sonuç olarak mutlak yoksulluk kavramının daha çok az gelişmiş ve gelişmemiş ülkeler için kullanıldığı görülmektedir. Bu yaklaşımda, muhtaçlık ön planda olduğundan açlıktan kaynaklı ölümleri de bu çerçevede değerlendirmek mümkündür. Dolayısıyla mutlak yoksulluk yaşayan kişiler, yardıma muhtaçlar olarak ele alınabilmektedir (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011:62).

b) Göreli Yoksulluk:

Mutlak yoksulluk tanımının, kavramı ifade etmekteki yetersizliği beraberinde, ülkeden ülkeye değişiklik gösteren 'görelî yoksulluk' tanımını getirmiştir. Görelî yoksulluk yaklaşımı kişinin toplumsal bir varlık olmasından hareket eder dolayısıyla bir birey, üyesi olduğu toplumun yaşam standardına tam olarak katılamıyorsa yoksulluk olgusu söz konusudur (Öztürk ve Çetin, 2009:2666).

Görelî yoksullar, mutlak ihtiyaçlarını karşılayabilen ancak toplumun genel refah düzeyinin altında kalan bireylerdir. Bu da bireylerin sosyal katılımlarını etkileyebilen bir yoksulluk türüdür (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011:62-63). Başka bir ifade ile; bir bireyin toplumda bir başka bireye kıyasla refah açısından ortalamasının altında kalması, görelî bir olgu yaratmaktadır (Önen, 2010:66).

Görelî yoksulluk ölçümlerinde minimum kalori ihtiyacının yanı sıra, gelir eşitsizliğinin ön planda olduğu görölmektedir. Bu bağlamda yoksulluk sınırının belirlenmesinde toplumun refah seviyesi önem arz etmektedir. Zira gelir ve harcama seviyesi ne kadar yüksek ise görelî yoksulluk oranında da o denli yükseklik söz konusu olmaktadır. Bu da ülkeden ülkeye değişlik gösteren önemli bir değişkendir (Doğan, 2014:35).

Göröldüğu üzere görelî yoksulluk, mutlak yoksulluk kavramından net bir şekilde ayrılmaktadır. Çünkü görelî yoksulluk olgusunda toplumsal eşitsizlik vurgulanmakta, ayrıca gelir ve refah dağılımındaki farklılığa da odaklanılmaktadır. Bu da sosyal haklar çerçevesinde titizlikle ele alınması gereken ve toplumsal eşitlik-adalet kavramlarının önemini gözler önüne seren sosyolojik bir durum oluşturmaktadır. Söz konusu kavram kapsamında mutlak yoksul olmayan bir bireyin veya hane halkının da yoksul olabileceği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda görelî yoksulluk oranlarının hesaplanmasında, yalnızca ekonomik değil sosyal politik, psikolojik ve sosyolojik birçok çalışma da önem taşımaktadır.

c) İnsani Yoksulluk:

Dikkat çeken bir diğer yoksulluk türü 'insani yoksulluk' tur. Altınparmak (2008)'de UNICEF 'in konuya dair yaklaşımını şu şekilde vurgulamaktadır: *"Yoksulluğun tek bir göstergesi yoktur ve bu nedenle nicel terimlerle ifadesi her zaman kolay değildir. Tek başına gelir düzeyi anlamında bir yoksulluk tanımı, yoksulluğun örneğin ayrımcılık, toplumsal dışlanma ve saygınlığın yitimi gibi yönlerini dikkate almaz."* (s.82).

Adından da anlaşılacağı üzere insani yoksulluk, yoksulluk tanımına diğer tanımlardan daha geniş bir perspektiften yaklaşmaktadır. Başka bir deyişle, diğer yoksulluk tanımları kavramın insani kapasitesine yeterli vurgu yapmadığı anlayışı ile geliştirilmiş bir yaklaşımdır. Yaklaşım ilk olarak Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından 1997 yılında, İnsani Gelişme Raporu'nda kullanılmıştır.

Söz konusu yaklaşımda yoksulluk; gıda, hizmet, altyapı, enerji, hijyen, eğitim, sağlık, iletişim, ulaşım, sosyal refah vb. birçok açıdan ele alınmaktadır. Bununla birlikte İnsani Gelişim Endeksi hesaplama yönteminin temel olarak üç kritere dayandığı belirtilmektedir. Bunlar; refah standardı, eğitim standardı ve sağlık standardıdır. Refah standardı tatminkar bir yaşam sürmeyi sağlayacak kaynaklara ulaşmayı, eğitim standardı bilgi edinmeye ve sağlık standardı ise uzun ve sağlıklı bir yaşama karşılık gelmektedir (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011:64).

Görüldüğü üzere kavram mali durumun yanı sıra ana ihtiyaçların giderilmesi için ekonomik, toplumsal ve kültürel bazı olanakların da önemini vurgulamaktadır. Bu yaklaşım ile mahrumiyetler ele alınırken, bireylerin insani gelişim dışında kalma oranları önem arz etmektedir (Topgül, 2013:281).

Son olarak belirtmek gerekir ki yoksulluk kavramına oldukça geniş bir perspektiften bakan 'insani yoksulluk' kavramı; insan hakları, eşitlik ve adalet kavramlarına da diğer tanımlara göre daha yakın bir değerlendirme sunmaktadır.

2.2.2. Dünyada Yoksulluk Olgusu

Gelişen dünya düzeni ile beraber sosyolojik birçok olgunun tanımı da zorlaşmaktadır. Yoksulluk da bu çerçevede değerlendirilen önemli bir olgudur. Her ne kadar farklı tanımlar ile açıklanmaya çalışılsa da literatürde kabul gören her bir yaklaşım, yoksulluğun boyutunu ve önemini gözler önüne sermektedir. Yoksulluk insanlık tarihi ile süregelen bir olgudur. Bununla beraber küreselleşen dünya ile nedenleri, boyutları ve sonuçları farklılık gösterebilmektedir.

Çağımızın önemli bir meselesi olan küreselleşme, yoksulluk kavramı ile de yakından ilişkilidir (Coşkun ve Tireli, 2010:41). Zira küreselleşme ile birlikte yoksulluk geçmiştekinden farklı şekilde ve daha hızlı yaygınlaşmaktadır. Bir başka ifade ile yoksulluk, ülkeler ve ülkelerin sahip oldukları bölgelerin ekonomik, sosyal, demografik, politik ve kültürel nitelikteki gelişmişlik düzeyine göre farklı boyutlar kazanarak küreselleşme adı altında değerlendirilmektedir (Selek ve Yıldırım, 2009:453-455).

Yoksulluk genellikle az gelişmiş ülkelerde karşılaşılan bir problem olmasına karşın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de toplumsal bir sorundur. Bu çerçevede

yoksulluk oranları genel olarak; az gelişmiş ülkelerde %40 ile %80 arasında, gelişmekte olan ülkelerde %40'ın altında ve gelişmiş ülkelerde dahi %12 civarında görülmektedir. Bu da yoksulluğun, bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgili olduğunu da göstermektedir (Konuk Şener ve Ocakçı, 2014:58-59).

Tablo 3.1: Bölgesel Yoksulluk Oranları

Bölge	Yoksulluk Oranı (Günlük 1 \$)				Yoksulluk Oranı (Günlük 2 \$)			
	1981	1990	1999	2004	1981	1990	1999	2004
Dünya	40,6	28,7	22,3	18,4	67,1	60,8	54,4	47,7
Doğu Asya & Pasifik	57,7	29,8	15,5	9,0	84,8	69,7	49,3	36,6
Avrupa & Merkez Asya	3	2	18	4	4,6	4,3	18,6	9,8
Latin Amerika & Karayipler	10,8	10,2	9,7	8,6	28,4	26,2	25,3	22,2
Orta Doğu & Kuzey Afrika	5,1	2,3	2,1	1,5	29,2	21,7	23,6	19,7
Güney Asya	51,6	43,3	35,8	32,0	89,1	85,7	80,8	77,7
Sahra Altı Afrika	42,3	46,7	45,8	41,1	74,5	77,1	75,8	72,0

Kaynak: Gündoğan, 2008:44.

Tablo 3.1'de de görüldüğü üzere özellikle Sahra Altı Afrika ve Güney Asya bölgeleri yoksulluğun en çarpıcı olarak izlendiği coğrafyalardır. Bununla beraber görüldüğü üzere yoksulluk genel olarak niceliksel çalışmalar ile ifade edilmektedir. Söz konusu çalışmalar ise ağırlıklı olarak mutlak ve görel yoksulluk çerçevesinde ve sayısal bir değerlendirme kapsamında ele alınmaktadır. Bu sınırı belirlemek için de 'gelir seviyesi' kavramı kullanılmaktadır. Gelir seviyesi ise birey / hane halkı için asgari düzeyde gerekli olan geliri ifade etmektedir. Bu bağlamda; yoksulluğun nedenleri ve

yoksullukla mücadele konusunda, hem küresel hem de ulusal düzeyde önem taşıyan bir diğer kavram olarak 'gelir eşitsizliği' karşımıza çıkmaktadır (Sapançalı, 2001:127).

Gelişen ve değişen dünyada yoksulluk oranlarında genel bir azalma söz konusu olsa da yoksulluk hala çok büyük boyutlarda yaşanmaktadır. Bu da yoksulluğu yadsınmaz bir gerçek yapmaktadır. 2004 yılı itibariyle dünyada yaklaşık her beş kişiden biri günlük 1 dolar gelire sahip ve dünya nüfusunun neredeyse yarısı günde 2 doların altında bir gelire yaşamını devam ettirmeye çalışmaktadır. Bu durum Güney Asya' da ve Sahra altı Afrika' da çok daha yıkıcı boyutlara ulaşmış bulunmaktadır. Bu bağlamda dünya yoksulluğunun boyutları üzerine bazı çarpıcı noktaları aşağıdaki şekildedir:

- *Dünyanın yarısı yani yaklaşık 3 milyar insan, günlük 2 \$ altında gelire sahiptir.*
- *Dünyanın en yoksul 48 ülkesinin gayrisafi milli hasılası, dünyanın en zengin 3 insanının servetlerinin toplamından azdır.*
- *Yaklaşık 1 milyar insan 21. yüzyıla bir kitabı okuyamadan ya da ismini bile yazamadan girmiştir.*
- *Dünyada her yıl silahlara harcanan paranın %1'inden daha azı ile bütün çocuklar okula gidebilir.*
- *Dünyanın en zengin ülkesi, endüstrileşmiş ülkeler içinde zengin–yoksul arasındaki farkın en büyük olduğu ülkedir.*
- *Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %20'si dünyadaki malların %86'sını tüketmektedir.*
- *UNICEF verilerine göre, dünyada yoksulluk yüzünden her gün 30 bin çocuk hayatını kaybetmektedir.*
- *Dünyadaki 2,2 milyar çocuğun, 1 milyarı yoksuldur.*
- *Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 1,1 milyon insan yeterli suya, 2,6 milyon insan da temel sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır.*
- *Dünya nüfusunun yalnızca %12'si suyun %85'ini kullanıyor ve bu %12 üçüncü dünya ülkelerinde yaşıyor(Gürer, 2010:50-55).*

Yukarıda belirtilen rakamlar dünyadaki eşitsizliğin yoksulluğa yansımış hali olarak da değerlendirilebilir. Bu durum elbette ki gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelerde daha net izlenebilmektedir. Bu noktada ele alınması gereken bir diğer unsur ülkelerin az gelişmiş, gelişmiş vb. olarak hangi kriterlere göre belirlendiğidir. Birleşmiş Milletler

tarafından dünya üzerindeki 50 ülke az gelişmiş olarak adlandırılmıştır. Bu liste her üç yılda bir Committee for Development Policy'nin önerileri doğrultusunda Birleşmiş Milletler Ekonomi ve Sosyal Konseyi tarafından gözden geçirilerek yenilenmektedir. Aşağıda belirtilen ölçütlere göre bu ülkeler belirlenmektedir:

- *Düşük Gelir Ölçütü; kişi başına düşen gayrisafi milli hasılanın üç yıllık ortalaması baz alınarak oluşturulur ve GSMH kişi başı 750 dolar ile 900 dolar olan ülkeler listede yer alır.*
- *İnsani Değer Ölçütü; beslenme, sağlık, eğitim ve yetişkin okur-yazar oranları gibi göstergeleri temel alan İnsani Değer Endeksi oluşturulmuştur.*
- *Ekonomik Kırılganlık Ölçütü; endekse dayanan göstergeler; (i) doğal şoklar (tarım ürünlerindeki kırılganlık, doğal afetler sebebiyle yer değiştirmek zorunda kalan kişilerin oranı); (ii) ticari şoklar (ihraç edilen malların ve hizmetlerin kırılganlığı); (iii) şoklara açıklık (tarım, ormancılık ve balıkçılığın Yurtiçi Milli Hasıla içindeki oranı); (iv) ekonomik küçülme; (v) ekonomik uzaklık (Gürer, 2010:50-55).*

Az gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim için temiz içme suyuna erişim, sağlık, eğitim vb. birçok temel ihtiyaca ulaşılabilirlik bir problemdir. Ancak az gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de yoksulluk görülmektedir. Özellikle Latin Amerika ve Güney Asya Ülkeleri'nde kullanılan uyum programları ve siyasi gelişmeyi ön planda tutarak birçok problemin esas basamağı olarak onu kabullenme kanaati, söz konusu ülkelerde yoksulluğun azaltılamamasına sebep olmaktadır. Ayrıca bu ülkeler, dünya ülkelerine olan borçları sebebiyle sahip oldukları kaynakları kendi çıkarları için kullanamamaktadır.

Az gelişmiş ülkelerin durumu kadar olmasa da yoksulluk, gelişmekte olan ülkeler için de önemli bir sorundur. Örneğin gelişmekte olan ülkeler arasında önemli bir yere sahip olan Hindistan'da nüfusun %34'ü günde 1 doların altında %80.4'ü ise günde 2 doların altında gelir elde etmektedir. Bu rakamlar az gelişmiş ülkelerin ortalamasının da üstündedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulluğu tetikleyen bir diğer unsur ise 'işsizliktir'. Sanayileşmenin etkisi ve sosyal refah dengesi yoksulluk açısından önemli bir faktör olmaktadır.

Bunun yanı sıra yoksulluk gelişmiş ülkeler için de bir problemdir. Her ne kadar nedenleri farklı olsa da insan hakları, adalet ve eşitlik çerçevesinde değerlendirilecek bir durumdur. Gelişmiş ülkelerdeki yoksulluğun temel sebebi, gelir dağılımının doğru yapılamamasıdır. Gelişmiş ülkeler, başka ülkelere ait birçok kaynağı yönetme gücüne sahiptir. Ancak bu yönetimde her ne kadar ulusal çıkarlar ön planda tutuluyor olsa da gelir dağılımı ülke içinde adil yapılamamaktadır (Gürer, 2010:57-75).

Görüldüğü gibi en gelişmiş ülkelerde dahi eşitsizlik ve adaletsizlik çerçevesinde 'yoksulluk' yaşanmaktadır. Her ne kadar az gelişmiş, gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin neden ve sonuçları farklı olsa da, ortaya çıkan olgu 'yoksulluk'tur.

2.2.3. Günümüz Türkiye'sinde Yoksulluk Olgusu

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yoksulluk oldukça önemli bir problemdir. Bu çalışmada, Türkiye'deki yoksulluk genel olarak günümüz rakamları ile ele alınmaktadır. Bu bağlamda öncelikle Anayasamızın 'yoksulluk' yaklaşımına dair yorumunu vermek yerinde olacaktır. Türk Anayasası'nın "*Ücrette Adalet Sağlanması*" başlıklı 55. Maddesinde; "*Asgari ücretin tespitinde çalışanların geçim şartları göz önünde bulundurulur.*" düzenlemesi yer almaktadır. Ayrıca Anayasa'nın 2. Maddesinde de devletin niteliği "*ulusal, demokratik, laik ve sosyal bir hukuk devleti*" olarak belirtilmiştir. Anayasanın başlangıç kısmında ise "*insan hak ve hürriyetini, milli dayanışmayı, sosyal adaleti, ferdin ve toplumun huzur ve refahını gerçekleştirmeyi ve teminat altına almayı mümkün kılacak demokratik hukuk devletini bütün hukuki ve sosyal temelleriyle kurmak*" ibaresine yer verilmiştir. Ancak küreselleşme kavramı, yoksulluğun tüm dünyada hissedilebilir bir olgu olmasına sebep olmuştur. Ülkemizde de nüfusun önemli bir kısmı bu olumsuz durumun etkisi altında ve yoksullukla mücadele konusunda savunmasız kalmıştır.

Öncelikle ülkedeki yoksulluğu dünya standartları bazında değerlendirecek olursak, UNDP tarafından hazırlanan 2010 İnsani Gelişme Raporu ele alınabilir. Buna göre Türkiye; 0.754 indeks değeri ile bölge sıralamasında 16., dünyada ise 62. sırada yer almaktadır. Eğitim indeksi göstergesi olarak Avrupa&Merkezi Asya'da 27., dünyada ise 83. sıradadır. Sağlık indeksi olarak da doğumdan yaşam beklentisi 72.2 değeri ile Avrupa&Merkezi Asya'da 19., dünyada 90. sıradadır. Gelir indeksi açısından ise bölge sıralamasında 12., dünyada 63. sıradadır. Gelirin oldukça adaletsiz dağıtıldığı ve

dünya standartları açısında pek parlak noktada olmayan ülkemiz için yoksulluk büyük bir problemdir (Arpacioğlu ve Yıldırım, 2011:67).

Türkiye'de yoksulluğu ölçmeye dayalı araştırmalar ağırlıklı olarak son yıllara dayanmaktadır. Bu kapsamda veriler sunan organlardan biri de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'dur. TÜİK 2002 yılından bu yana periyodik olarak "yoksulluk araştırmaları" sunmaktadır. Yoksulluk kavramını; 'insanların temel ihtiyaçlarını karşılayamama durumu' olarak açıklayan TÜİK, ayrıca dar ve geniş olmak üzere iki kategoride ele almaktadır. Buna göre; dar anlamda kategorize edilen yoksulluk, mutlak yoksulluk tanımına daha yakın olup 'açlık' kriterini ön planda tutmaktadır; geniş anlamda ise görelı yoksulluğu çağrıştıran bir kategorizasyon söz konusu olup, toplumun genel refah düzeyi vurgulanmaktadır. Bu bağlamda kurum mutlak yoksulluk, görelı yoksulluk ve uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan yoksulluk sınırlarını ve bu sınırların altında kalarak yoksul olarak nitelendirilen fert sayısını hesaplamaktadır (Topgöl, 2013:285). Tablo 3.2 TÜİK tarafından hazırlanmış olan 2008-2015 verilerini göstermektedir.

Tablo 3.2: Türkiye'de Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları 2008-2015, Türkiye

Fert Yoksulluk Oranı (%) Türkiye								
Yöntemler	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gıda yoksulluğu	0,54	0,48	-	-	-	-	-	-
Gıda +gıda dışı yoksulluk	17,11	18,08	-	-	-	-	-	-
Kişi başı günlük 1\$ altı	-	-	-	-	-	-	-	-
Kişi başı günlük 2.15 \$ altı	0,47	0,22	0,21	0,14	0,06	0,06	0,03	0,06
Kişi başı günlük 4.3\$ altı	6,83	4,35	3,66	2,79	2,27	2,06	1,62	1,58
Görelî yoksulluk	15,06	15,12	-	-	-	-	-	-

Kaynak: TÜİK, 2015. Yoksulluk Çalışması.¹

Tablo 3.2’de yer alan oranlara baktığımızda ‘görelî yoksulluk’ oranları dışında genel anlamda bir düşüşten söz edilebilir. Hatta tabloya göre günümüzde ‘kişi başı günlük 1 dolar altında’ geçinmek zorunda kalan birey bulunmamaktadır. Tabloda ciddi oranda düşüş sağlayarak dikkat çeken bir başka detay ise ‘kişi başı günlük 4.3 doların altında’ geçinen bireylerdir. Buna göre 2008’de 6,83 olan oranlar, her yıl büyük ölçüde düşüş göstererek 2015’te 1,58’e ulaşmıştır. En son 2009’da ölçülen ve 15,12 gibi bir oranda görülen ‘görelî yoksulluk’ ise bu yoksulluk türünün tanımının bir yansımasıdır diyebiliriz. Zira görelî yoksulluk; “bir bireyin toplumda bir başka bireye oranla ortalamasının altında kalması” gibi tartışmalı bir tanıma sahiptir. Ayrıca ‘görelî yoksulluk’ 2010 yılından bu yana metodolojik revizyon çalışmaları nedeniyle hesaplanamamıştır.²

Yakın tarihli verilerde ise Türk-İş tarafından hazırlanmış olan 2018 Nisan ayı raporu önemli bilgiler vermektedir. Rapora göre ‘çalışanların’ geçim koşulları şu şekildedir:

¹ “TÜİK Yoksulluk Çalışması”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1013, [28.06.2019].

² “TÜİK Yoksulluk Çalışması”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1013, [28.06.2019].

Dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenmesi için yapması gereken gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) 1.680,33 TL'dir. Gıda harcaması ile birlikte giyim, konut, (kira, su, yakıt, elektrik), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçları için yapılması zorunlu diğer harcamaların toplam tutarı (yoksulluk sınırı) ise 5.473,38 TL'dir. Bu veriler ışığında tablo 3.3'te dört kişilik bir ailenin açlık ve yoksulluk sınırı verilmektedir.

Tablo 3.3: Dört Kişilik Bir Ailenin Açlık ve Yoksulluk Sınırı

	Nisan 2017	Aralık 2017	Mart 2018	Nisan 2018
Yetişkin erkek gıda harcaması	425,38	445,58	460,35	464,47
Yetişkin kadın gıda harcaması	349,84	368,86	381,70	385,52
15-19 yaş grubu çocuk gıda harcaması	450,68	476,69	491,89	498,88
4-6 yaş grubu çocuk gıda harcaması	292,10	317,01	328,75	331,46
Açlık sınırı	1.518,00	1.608,13	1.662,70	1.680,33
Yoksulluk Sınırı	4.944,63	5.238,22	5.415,96	5.473,38

Kaynak: Türk-İş Haber Bülteni, Aralık 2018.

Hesaplanan bu tutar, dört kişilik bir ailenin aylık toplam gelirdir. Ancak, özellikle kadınların istihdama katılımının son derece düşük olduğu ülkemizde, hanede çalışan kişi sayısı sınırlıdır. Dolayısıyla elde edilen ücret genellikle haneye giren tek gelir kaynağı olmaktadır.

Türkiye'nin yoksulluk profili yaşanılan bölgenin kır ya da kent oluşuna, yaşanılan bölgeye, hane halkı büyüklüğüne ve hane halkının özelliklerine, kişinin cinsiyetine ve eğitim seviyesine ayrıca işgücü piyasalarının durumuna bağlı olarak da farklılık göstermektedir. Ayrıca 'güçlendirme' yaklaşımından uzak bir politika izleniyor olması da 'yoksulluğun' devam edebileceği ihtimalini yaratmaktadır. Zira Ülkemizde yoksullukla mücadele çalışmalarına bakıldığında, son 20 yılda ciddi bir gelişme yaşanmadığı görülmektedir.

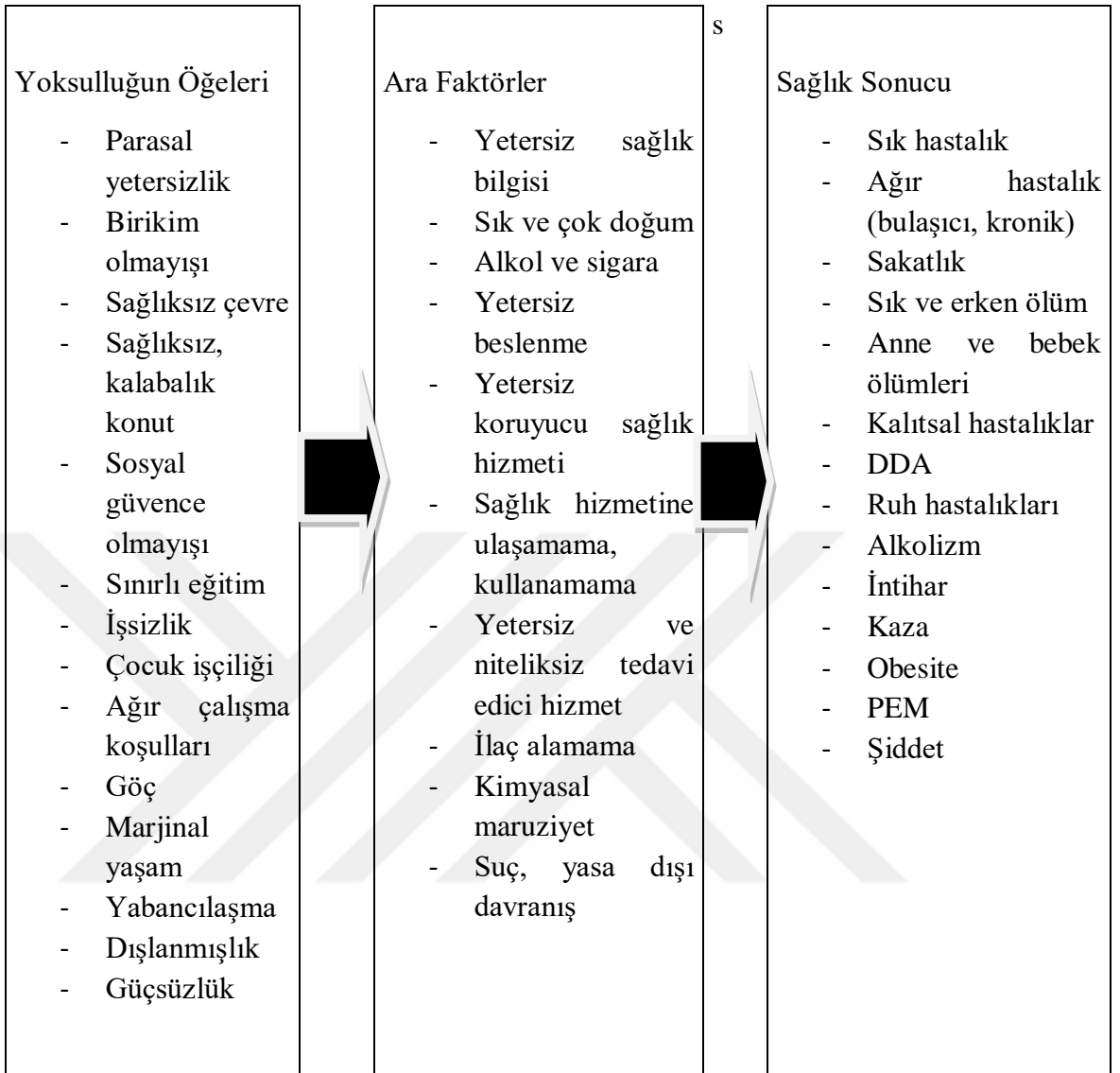
Ayrıca, ülkemizde yoksulluk mücadelesine dair en temel iki eleştiri; kısa vadeli programların kullanılması ve tüm vatandaşları kapsayan politikalar yerine yalnızca dezavantajlı kesime yönelik çalışmaların öne çıkartılmasıdır.

2.2.4. Yoksulluk ve Sağlık Hakkı İlişkisi

Yoksulluk ve sağlık kavramları arasında oldukça kuvvetli bir ilişki vardır. Söz konusu iki olgunun bir kısır döngü içerisinde birbirini etkilediği görülmektedir. Yoksulluk bireyi ve toplumu her alanda olumsuz etkilediği gibi sağlık konusunda da etkilemektedir. Sağlıktan yoksun bir bireyin/toplumun tüm haklardan yoksun olma olasılığı düşünüldüğünde, bu etkinin boyutları daha net görülebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yoksulluk bugün, dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir (Dedeoğlu, 2004:52). Her yaş grubundaki bireyin, ailelerin ve toplumun sağlık ve iyilik durumunu doğrudan etkileyen yoksulluk; açlık, sağlıksızlık ve ölüm anlamına gelmektedir (Ergül, 2005:101- 103). Dolayısıyla yoksulluk, sağlığın bozulması ile daha da ön plana çıkmaktadır. Başka bir deyişle yoksul bir birey sağlık problemlerinden daha çok ve daha çabuk etkilenmektedir. Bu da yoksulu daha da yoksullaştırmaktadır. Yoksulluğun herkesin sağlığını aynı ölçüde etkilemediğini Dedeoğlu (2004) aşağıdaki görsel ile ifade etmektedir:

Şekil 3.2: Yoksulluk Zinciri



Kaynak: Dedeoğlu, 2004:52.

Şekil 3.2’de de görüldüğü üzere bu yoksullaşma döngüsü; kadın, çocuk, engelli, yaşlı vb. dezavantajlı kesim üzerinde daha da zararlı bir zincir oluşturabilmektedir.

Görüldüğü üzere konuya dair birçok sosyal belirleyici söz konusudur. Bu kapsamdaki belirleyiciler ışığında yapılan başka bir araştırmaya göre ise; toplum sağlığının %15’nin biyolojik ve genetik faktörlere, %10’unun fizik çevreye, %25’inin sağlık hizmetlerinin tedavi edici çalışmalarına ve %50’sinin ise tümüyle sosyal ve ekonomik çevreye bağlı olduğu ortaya konulmaktadır.

Daha spesifik bir başka araştırmada ise sağlık – yoksulluk ilişkisi biraz daha net görülmektedir. Söz konusu araştırmada ise Diyarbakır il merkezinde bulunan 17 aile

hekimine kayıtlı, 50 yaş üzeri, 12 bin bireyin kronik hastalık ve nedenleri araştırılmaktadır. Buna göre birçok kronik hastalığın (HT, diyabet, kemik hastalıkları vb.) kötü ekonomik duruma ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Kocabaş, 2014:10-11).

Tüm bu veriler ışığında sağlığın yoksulluk, yoksulluğun ise sağlık üzerindeki etkileri oldukça net görülmektedir. Bununla beraber daha önceki başlıklarda da ele alındığı üzere bu durum “insan hakları” kavramına oldukça terstir. Zira sağlık ve esenlik içinde yaşama standardına sahip olma hakkı, hastalık, engellilik, ileri yaşlılık veya diğer maluliyet durumlarında güvenceye sahip olma hakkı ‘İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde yer almaktadır.

Bununla beraber “sağlık” bir hak kapsamında da insan hakları belgelerinde ve hukukunda sunulmaktadır. Buna göre; mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşma hakkı ‘sağlık hakkı’ olarak 1946’da Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü’nde, 1978’de Alma Ata Bildirgesi’nde, 1998’de Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiş ve Dünya Sağlık Bildirgesi’nde tekrarlanmıştır. Ayrıca çok sayıda uluslararası ve bölgesel insan hakları belgelerinde de onaylanmıştır (TSAGM, 2002, s. 9-23).

Her ne kadar yoksulluk – sağlık ilişkisi, insan hakları perspektifinde kurulmak istense de birçok akademik çalışmada “sağlıkta eşitsizlik” kavramı görülmektedir. Bu durumu da teori ve pratiğin kısır döngüsü olarak ifade etmek mümkündür. Zira eşitsizlik dünyada birçok alanda olduğu gibi sağlıkta da yaşanmaktadır. Bu noktada eşitlik ve adalet kavramlarının ayrı ayrı önem taşıyan ve farklı şeyleri ifade eden kavramlar olduğunu hatırlatmak yerinde olacaktır. Sağlık hizmetleri adaletli olmalıdır, fakat eşitliği sağlamak için bir denklik durumu söz konusudur. Örneğin; aynı sağlık problemlerini yaşayan ve gelir açısından da birbirine denk bireylerin benzer/aynı hizmetleri almaları sağlanmalıdır (Belek, 2000:72).

Bu durum farklı gelir düzeyine sahip sosyal grupların, sağlık sonuçları açısından da farklılıklarını göstermektedir (Polat ve İçağasıoğlu, 2015:179). Bununla beraber söz konusu eşitsizlikleri sosyal faktörler açısından açıklamaya çalışan birçok teori de bulunmaktadır (davranışsal, kültürel, psiko–sosyal, materyalist vb.). Ancak tüm bunlara rağmen genellikle gelir durumu ve sağlık durumu ilişkisinin daha öne çıktığı söylenebilir (Şimşek ve Kılıç, 2012:122).

Sonuç olarak yoksulluğun hem birey hem de toplum bazında oldukça kalıcı etkileri olduğu görülmektedir. Yoksul bir bireyin olumsuz sağlık koşullarından etkilenmesi anne karnında başlamaktadır (yetersiz ve kötü beslenme, tehlikeli çalışma koşulları, olumsuz çevre şartları vb.). Bunu takiben yoksul aile çocuklarının okuyamamaları, erken evlenmeleri, iş hayatına erken başlamaları ve iyi beslenememeleri gelmektedir. Ve maalesef tüm bu etmenler de olumsuz bir kısır döngü oluşturmaktadır. Ve bu kısır döngü nesilden nesile aktarılan bir yoksulluk olgusunu doğurmaktadır.

2.3. Sağlık

2.3.1. Sağlık Kavramı

2.3.1.1. Sağlık Tanımı

Sağlık kavramı, tek bir kelime olarak oldukça geniş anlamlar içermektedir ve hayatın hemen her alanında farklı boyutları ile görülmektedir. Bir birey için sağlık doğumdan ölüme dek deneyimler, öğretiler, temenniler vb. ile önem taşır. Öyle ki hemen her toplumda hem iyi hem de kötü günlerde geleneksel teselli ifadelerinde dahi “*sağlıklı, iyi*” olma vurgusu yapılır.

Sağlık ve/veya sağlıklı olma, insanoğlunun varoluşundan bu yana tanıdığı temel bir yaşam koşuludur. Nitekim ilk yazılı kaynaklarda dahi “sağlık” kavramı önemle yerini almıştır. Örneğin; M.Ö. 1650–1200’lerde Anadolu’da hüküm sürmüş olan Hitit İmparatorluğu’nun birçok yazılı kaynağında; “*haddulatar*” (sağlık, sıhhat), “*haddules*” (sağlıklı olmak, iyileşmek) gibi ifadeler görülmektedir (Şahinbaş Erginöz, 1999:96). Ancak bunlar negatif bir durumu (hastalık halini) ifade etmektedir. Öyle ki kavramın tanımı döneme, toplumlara ve koşullara göre değişim yaşamıştır.

Nitekim kavram uzun yıllar yine yalnızca negatif hali ile yani bireyin yaşamını sürdürürken herhangi bir hastalık ya da sakatlık yaşamaması durumu ile açıklanmıştır. Başka bir ifadeye göre ise, her canlı bir metabolizmaya sahiptir ve düzenli işleyen metabolizmada herhangi bir aksama yok ise kişi sağlıklıdır. Bu negatif yaklaşım 20. yüzyılın ortalarına kadar sürmüştür. Ancak bu yüzyılın ortalarında artık pozitif bir sağlık yaklaşımı da belirleyici olmaya başlamıştır. Öyle ki sağlık anlayışı, yalnızca sağlıkçılar tarafından tanımlanan bir kavram olmaktan çıkmış ve bilimin farklı alanlarında da bir tartışma kavramı haline gelmiştir.

Değişen dünya düzeni ile yaşam süresinin belirgin bir şekilde uzamış olması, sosyal, ekonomik, hatta politik birçok etken kavrama daha kapsamlı (pozitif) bir açıdan da

bakmayı zorunlu kılmıştır. Bu kapsamda Dünya Sağlık Örgütü 1946'da New York'ta gerçekleştirdiği, 61 ülkenin temsilcisi tarafından imzalanan ve 1948'de Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın ön sözüne dahil ettiği tanımı belirlemiştir. Buna göre; “Sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” (Hamzaoğlu, 2010:407 – 408).

Kavram ayrıca sübjektif ve objektif olmak üzere iki farklı bakış açısı ile de tanımlanmaktadır. Buna göre; *sübjektif* olarak; bireyin fiziksel, ruhsal ve duygusal olarak kendini algılaması vurgulanmaktadır. *Objektif* olarak ise; doktor muayenesi ve tanı testleri sonucunda hastalığın olmadığı belirlenmesidir. Buna göre kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini sağlıklı algılaması hem de somut verilerle sağlıklı olduğunun belirlenmesi gerekir (Bolsoy ve Sevil, 2006:79).

Dünya Sağlık Örgütü tanımında yer alan “iyilik hali” ifadesi insanların politik olarak iyi olma hallerinden kültürel, ekonomik, sosyal vb. birçok olguya işaret etmektedir. Zira günümüzde kavram, hasta haklarından, çevre sağlığına kadar uzanan geniş bir yelpazeye kavuşmuştur. Bu noktada günümüz şartlarına göre kavramı kapsayan birkaç noktaya işaret etmek yerinde olacaktır. Buna göre:

- *Kişi çevresi ile bir bütündür, ondan soyutlanamaz ve kişinin sağlık durumu çevrenin, özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.*
- *Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve sağlıklı olmayan dönemler diye birbirinden ayrılamaz. Hastalıklar, sağlıklı olarak bilinen dönemlerin birikimlerinin bir sonucudur.*
- *Sağlık hizmeti, hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve esas olan, insanları korumak ve yaşamı iyileştirmektir. Tedavi -buna rağmen- hastalar için götürülen bir hizmettir (Funda, 2012:184 – 186).*

Sonuç olarak “sağlık” kavramını ele alan birçok farklı bilim dalı çerçevesinde değerlendirmek mümkündür. Zira daha önce de belirtildiği gibi sağlık, hayatın hemen her alanında karşılaşılan ve kişiyi birçok sosyal hak ve ödevini kullanmadan mahrum edebilecek bir öneme sahiptir. Hatta günlük rutinleri, hayat felsefesini ve hatta yaşamı sürdürebilme gücüne sahiptir. Bununla beraber “sağlık” kavramının topluma, kültüre, çağa, coğrafyaya vb. birçok koşula göre değişebildiği ve şekillenebildiği de unutulmamalıdır.

2.3.1.2. Hastalık–Hasta Hakları Tanımı

Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. Aynı zamanda “sağlıklı olma” ve “iyi olma” gibi durumlara en çok etki eden faktördür. Söz konusu olgu mutlaka ki insanlığın var oluşundan bugüne süre gelmiştir. Farklı dönemlerde farklı diller, nedenler, inançlar vs. ile ifade edilse de insan yaşamının önemli bir parçasıdır ve her zaman toplum içindeki yerini önemle sürdürmektedir.

Öncelikle kavramın literatürde kabul gören genel tanımını vermek yerinde olacaktır. Buna göre Hasta Hakları Yönetmeliği hastayı; “*sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı olan kişiler*” (HHY. m. 4/1) olarak tanımlamaktadır.

Dünya Sağlık Teşkilatı’nın kabul ettiği hastalık tanımına göre ise, bireyin yaşadığı bozuklukların hastalık olarak nitelendirilebilmesi için, kişinin günlük yaşam rutinini engelleyecek derecede önemli olması gerektiği belirtilmiştir (Hatırnaz Erol, 2015:96).

Sağlık tanımında da bahsedildiği gibi “hastalık hali”, bazı araştırmalara göre üç şekilde değerlendirilmektedir. Buna göre ilk olarak ‘hastalık.’ bilinen en geniş tanımı ile gösterilmektedir; yani somut belirti ve sonuçlara dayalı organsal bir bozukluktur. İkinci olarak ise daha öznel bir yaklaşım ile bireye dayalı psikolojik bir bozukluktur. Buna göre; bedenen veya ruhen değişiklikler söz konusudur. Üçüncü olarak ise bireyin kendini hasta hissetmesi veya doktor tarafından böyle bir tanı konulması yeterlidir.

Bununla beraber modern çağda öne çıkan bazı akademik araştırmalar, hastalığı yalnızca bir ‘rahatsızlığın’ olması ile açıklamamaktadır. “Biopsikososyal” olarak ifade edilen bu yaklaşıma göre “hastanın organik bir hastalığı olmasa bile hasta herhangi bir şeyden rahatsızlık duyuyorsa hastadır” hasta odaklı bu yaklaşımda bireyin kendini hasta hissetmesi yeterlidir (Funda, 2012:182).

Nitekim hastalık anormal ve ciddi bir vaziyet olup kişiyi fiziksel, psikolojik, kültürel ve toplumsal birçok faaliyetten alıkoyar ve hatta tüm bu faaliyetlerini tüketebilir (Bolsoy ve Sevil, 2006:80). Neticede bireyin çevre ile uyumunu, verimliliğini, yaşam kalitesini, toplumsal etkileşimini vb. birçok düzenini bozabilecek bir güce sahiptir.

Araştırmanın amacı kapsamında, bu noktada kavramın ‘hak’ odaklı yönüne de değinmek yerinde olacaktır. Günümüzde birçok önemli kavram gibi ‘hastalık’ da insan hakları kapsamında yer almaktadır. Hatırnaz Erol (2015) hasta haklarını şu şekilde özetlemektedir: “*Hasta hakları genel olarak kişi ile sağlık kuruluşları arasındaki ilişkileri düzenlemek üzere; kişinin sağlıklı kalma hakkına kendi iradesi dışında*

herhangi bir engel olmaksızın sahip olması, sağlık hizmetleri verilirken insan haklarının gözetilmesi, hastalara uygulanan tıbbi tedavinin insani boyutunun desteklenmesi, hastanın sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde ve eşitlik çerçevesinde yararlanırken karşılaşılabileceği zorlukların önlenmesi ve giderilmesi, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin geliştirilmesi için tarafların uymakla zorunlu oldukları esas ve kuralları kapsar.” (s.202).

Bununla beraber 1998 tarihli T.C. Hasta Hakları Yönetmeliği’nde de hasta hakları tanımı yer almaktadır. HHY m. 4’e göre; *“Hasta hakları sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T. C. Anayasası, Milletlerarası Anlaşmalar, Kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder.”*

Yukarıda sunulan tüm genel tanımların yanı sıra ‘hasta hakları’ oldukça detaylı alt başlıklarla ilgili araştırmalarda yer almaktadır. Hasta hakları kapsamında yer alan söz konusu alt başlıklar şu şekildedir:

- a) Hastanın rızasının alınması,
- b) Hastanın aydınlatılması,
- c) Tıbbi özen gösterilmesini isteme hakkı,
- d) Genel olarak bilgi isteme hakkı,
- e) Kayıtları inceleme hakkı,
- f) Hastanın özel yaşamının gizliliğine saygı hakkı,
- g) Hastanın onuru ve ölme hakkı,
- h) Sağlık personelinin tanıma, seçme, değiştirme ve sağlık birimlerini seçme hakkı,
- i) Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı,
- j) Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı,
- k) Bilgi isteme hakkı,
- l) Adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı,
- m) Hastaların inanç ve vicdani kanaatlerine uygun manevi yardım alma hakkı,
- n) İnsani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret hakkı,
- o) Refakatçi bulundurma hakkı,
- p) Hizmetlerin sağlık kurum ve kuruluşları dışında verilmesi hakkı (Hatırnaz Erol, 2015:204 – 230).

Görüldüğü üzere hasta hakları–teoride–oldukça kapsamlı ve detaylı bir yapıya sahiptir. Tüm bu haklar insan hakları bağlamında ele alınmış ve şekillendirilmiş olup literatürde yerini almıştır.

2.3.1.3. Sağlık Hakkı Tanımı

Çalışmanın “insan hakları” bölümünde de ele alındığı üzere ‘hak’ kavramı kişisel menfaatleri ifade etmektedir. Ve yine aynı başlık altında belirtildiği gibi insan hakları ‘üç kuşak haklar’ olarak sınıflandırılmıştır. Bu noktada sağlık hakkını ele alırken, birincil kuşak haklar arasında yer alan “yaşam hakkı”nı da hatırlatmak yerinde olacaktır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne göre; “*insanın, insan olarak doğmaktan gelen, vazgeçilemez ve devredilemez*” hakları bulunmaktadır. İşte bu hakların en başında da yaşam hakkı gelmektedir. Şahbaz (2009)’ın da belirttiği gibi; “*yaşam hakkı, diğer tüm hakların özünü oluşturmaktadır*” (s. 408). Nitekim, kişinin yaşam hakkını elde edebilmesi için ‘sağlıklı’ olması, sürdürebilmesi için ise ‘sağlık hakkına’ sahip olması ve bunu kullanabilmesi gereklidir.

Sağlık hakkı, kişilerin hastalık halinde tedavi hizmetlerine sahip olabilmesi gibi dar anlamda bir hak olarak algılanmamalıdır. Bu hak; kişilerin sağlıklı bir çevrede doğması, yaşamlarını sağlıklı bir çevrede sürdürebilmesi, nitelikli ve eşit tıbbi bakım-tedaviye erişebilmeleri ve tedavi sürecinde-sonrasında yaşam kalitelerini kaybetmemeleri gibi geniş bir perspektif ile değerlendirilmelidir (Funda, 2012:198). Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere sağlık hakkının kullanım koşulu olarak, yüksek standartta bir toplum düzeni ve üçüncül kuşak haklardan olan ‘çevre hakkı’nın da sağlanması gerektiğini söylenebilir.

Sağlık hakkının ulusal düzeyde, bir hak kategorisi olarak ortaya çıkışı geçtiğimiz yüzyılın başlarına dayanmaktadır. Uluslararası hukukta ise belirgin bir kategoride yer alması, İkinci Dünya Savaşı’ı sonrası (1945) ile gelişmiştir (Temiz, 2014:166). Bu bağlamda öncelikle ‘sağlık hakkı’nın ulusal düzeyde önemini belirtmek yerinde olacaktır.

Türk hukukunda sağlık hakkı anayasal düzeyde 1961 Anayasası ile gündeme gelmiştir. Buna göre Anayasa’nın 49. Maddesinde “*devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ... sağlamakla ödevlidir*” ifadesi ile devlet açısından pozitif yükümlülüğe yer vermiştir.

T.C. Devleti'nin Anayasası, sağlıkla ilgili kanun maddeleri ve ulusal anlaşmalarla belirlenmiştir: Anayasa–1982 (m.2), Anayasa–1982 (17/1), Anayasa–1982 (m.56), Anayasa–1982 (m.90).

Halen yürürlükte olan 1982 Anayasası'nda “yaşam hakkı”nı temel alan bir düzenleme 17. Maddesinde yapılmıştır: “*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.*”³

Anayasa'nın 56. Maddesinde “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlığı altında: “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırmak, 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. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kullanılabilir.*”

Sağlık hakkının uluslararası düzeyde yerine bakılırsa ilk olarak 1948'de kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesini gösterilebilir:

1-Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes işsizlik, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.

*2-Anaların ve çocukların özel bakım ve yardım görme hakkı vardır. Bütün çocuklar evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar.*⁴

³ “Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”, <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, [06.02.2018].

⁴ “İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi”, <http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=6583>, [06.02.2018].

İkinci önemli belge olarak “Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi”ni gösterilebilir. Sözleşmenin “sağlık standardı hakkı” başlıklı 12. maddesi şu şekildedir:

1. *Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standardına sahip olma hakkını tanır.*
2. *Bu Sözleşme' ye Taraf Devletlerin, bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak için alacakları tedbirler şu amaçlara yönelik olacaktır:*
 - a) *Var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin düşürülmesi ile çocukların sağlıklı gelişmelerinin sağlanması,*
 - b) *Çevre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme,*
 - c) *Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü,*
 - d) *Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.⁵*

1965'te yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı'nda ise “Sağlığın Korunması Hakkı” adlı 11. Madde önem taşımaktadır:

1. *Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak,*
2. *Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu arttırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak,*
3. *Salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıklar olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt ederler.⁶*

Görüldüğü üzere sağlık hakkı birçok yazılı belge ile ulusal ve uluslararası düzeyde önemle yer almaktadır. Zira insan hakları kapsamında ikincil kuşak haklar arasında yer alan ‘sağlık hakkı’ Türk hukukuna göre ‘pozitif haklar’ statüsündedir. Bu konumu ile de kişinin devletten hakkını isteme ve alma boyutu vurgulanmaktadır (Temiz, 2014:168). Bu bağlamda “sağlık hakkı” teorik açıdan oldukça kapsamlı bir şekilde literatürde yerini almaktadır.

⁵ “Ekonomik, sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme”, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=700:ekonom-sosyal-ve-ktel-haklara-k-uluslararası-slee&catid=6:uluslararasılg&Itemid=36, [06.02.2018].

⁶ “Avrupa Sosyal Şartı”, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>, [06.02.2018].

2.3.2. Sağlık Hakkı Erişimi

Sağlık hakkına erişim araştırmaya yön veren temel unsurlardan biridir. Bu bağlamda erişimi, ayrı bir başlık olarak ele almak yerinde olacaktır. Zira ‘erişim’ içeriği ile sağlıklı olmanın, kullanımı ile de sağlıklı kalmanın koşullarından biridir. Dönmez (2009) erişimin etkisini şu şekilde özetlemektedir: *“sağlık hakkı ... imkansızlık, yetersiz sosyal teşvik, kamuda horlanıp itilip kakılma, kasıtlı, yanlış veya eksik bilgilendirme ya da bilgilendirmemeden doğan ihmal, meleke farklılıkları, erişim güçlükleri, aşırı kar içeren fiyatların yıkıcılığı veya yoksunlaştırıcılığı gibi olumsuz faktörlerin tehdidi altındadır. Tüm bu sorunlar ... hastaları yalnızlaştırmakta ... her türlü imkan bakımından köreltmektedir”* (s. 215). Verilen ifadeden de anlaşılacağı üzere sağlık hakkına erişim kalitesi, bireyi ve hatta bir zincir etkisi ile toplumu etkileyen bir psiko–sosyal durum oluşturmaktadır.

Birçok akademik kavramda olduğu gibi ‘sağlık hizmetlerine erişim’ de farklı yaklaşımlar ile tanımlanmaktadır. Gözlü ve Tatlıdil (2015) ise erişimi şu şekilde tanımlamaktadır: *“Erişim, toplumun ve bireylerin sağlık hallerinin devamı veya sağlık hallerinin sağlanması amacıyla ihtiyacı olduğu zaman veya talep edilmeden sağlık personeline sunulan temel sağlık hizmetlerinin eşit, nitelikli, ücretsiz bir şekilde hiçbir engelle karşılaşmadan sunulmasıdır”* (s. 147). Bu bağlamda erişim ile ilgili iki ana temaya da dikkat çekilmektedir. İlki; nüfus özellikleri (gelir, sigorta kapsamı vb.) ile sağlık hizmetleri sunum özellikleri (kaynak dağıtımı, iş gücü organizasyonu ve olanakları vb.) arasındaki uyumdur. Diğeri ise sağlık hizmetleri erişimini kullanım oranı ve memnuniyet gibi hizmet sonucunda elde edilen sonuçların değerlendirilmesidir (s. 147). Mutlak ki her iki yaklaşımda da bireyin, erişim kolaylığına dikkat çekilmek istenmiştir. Bununla beraber coğrafi konum, masrafları karşılayabilme, kabul edilebilirlik, farkındalık vb. farklı boyutlar da erişimi etkilemektedir. Tablo 3.4’te erişimi etkileyen bazı etmenleri görmek mümkündür.

Tablo 3.4: Sağlık Hizmetlerine Erişimi Etkileyen Faktörler

A) Bireysel	B) Toplumsal
<ul style="list-style-type: none">• Cinsiyet	<ul style="list-style-type: none">• Sosyal sınıfların varlığı
<ul style="list-style-type: none">• Yaş	<ul style="list-style-type: none">• Politik gücün kimde olduğu
<ul style="list-style-type: none">• Öğrenim düzeyi	<ul style="list-style-type: none">• Siyasi iktidarın sosyo – politik tercihleri
<ul style="list-style-type: none">• Etnik köken	<ul style="list-style-type: none">• Mevzuatların yeterliliği
<ul style="list-style-type: none">• Dil farklılığı	<ul style="list-style-type: none">• TTB'nin çalışmaları, sağlık politikalarına müdahil olma düzeyi
<ul style="list-style-type: none">• Din farklılığı	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık kurumunun varlığı
<ul style="list-style-type: none">• Kültür farklılığı	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık insan gücünün varlığı ve/veya dağılımı
<ul style="list-style-type: none">• Gelir düzeyi	<ul style="list-style-type: none">• Hizmetin var olması
<ul style="list-style-type: none">• Çalışıyorsa çalışma saatleri ve/veya günleri	<ul style="list-style-type: none">• Hizmetin yeterli olması, halkın taleplerine yanıt verme durumu
<ul style="list-style-type: none">• Yerli veya göçmen olması	<ul style="list-style-type: none">• Hizmetin niteliği
<ul style="list-style-type: none">• Sağlık güvencesi	<ul style="list-style-type: none">• Hizmetin sürekliliği
<ul style="list-style-type: none">• Hizmet hakkında bilgi sahibi olunması	<ul style="list-style-type: none">• Hizmetin merkeziyetçi olma durumu
<ul style="list-style-type: none">• Özel gruplar (bebek, çocuk, gebe, yaşlı vb.)	<ul style="list-style-type: none">• Hizmetin ücretli olması
	<ul style="list-style-type: none">• Basamaklı sevk sisteminin olup olmaması
	<ul style="list-style-type: none">• Coğrafi uzaklık nedeniyle ulaşım giderleri
	<ul style="list-style-type: none">• Coğrafi bölgesel farklılıklar
	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık dışı sektörlerdeki engellerin varlığı
	<ul style="list-style-type: none">• Ülkenin başlıca sağlık sorunları

Kaynak: Gözülü ve Tatlıdil, 2015, s. 149.

Daha önce de belirtildiği gibi 'sağlık' bir haktır. Ancak 'sağlık hizmetlerine erişim' farklı bir haktır. Bir başka deyişle sağlık hakkı soyut, sağlık hizmetleri ise somut bir kavramdır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen birçok faktör de somuttur. Bu bağlamda en büyük faktörlerden biri olarak sağlık sigortasının olmayışı

gösterilebilir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2014:846). Bu faktör çalışmanın ilerleyen bölümlerinde de ele alınacaktır.

Bu noktada ‘sağlık hizmetleri’ tanımını ayrıca vermek yerinde olacaktır. 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” un 2.Maddesine göre: *“sağlık hizmetleri kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür.”* Bu bağlamda dikkat çekilmesi gereken nokta hizmetlerin amacının, ‘bireylerin sağlıklı kalmalarını sağlamak’ şeklinde belirtilmiş olmasıdır.

Sağlık hizmetleri hemen her toplumda devlet eli ile yönetilen alanlardandır. Bu sebeple hizmetleri ele alırken de ilgili tüm mevzuatı belirtmek zorunludur. TBMM hükümeti, sağlık teşkilatını İç İşleri Bakanlığı’ndan ayırarak 3 Mayıs 1920’de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nı kurmuştur. Cumhuriyet’in ilanı ile de ilk Sağlık Bakanı’nı atamıştır. Sağlık erişimi hususunda en etkin kurumlardan olan Sağlık Bakanlığı, bir takım revizyonlar ile görevini hala sürdürmektedir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2014:847, 858).

1960 Anayasası’nın 49.Maddesine göre: *“(1) Devlet herkesin, beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. (2) Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirler alır.”* 1982 Anayasası’nın 56.Maddesinde ise direkt sağlık ibaresi kullanılmamış ‘Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması’ başlığı altında düzenleme yapılmıştır: *“(1) Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. (2) Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. (3) Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. (4) Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir”* (Sever, 2014:476).

Yakın döneme bakılırsa da 2012 yılında Türkiye’de sağlık hizmetleri 39 Kanun, 14 Tüzük, 97 Yönetmelik ve 17 tebliğle düzenlenmiştir. Yürürlükteki bu mevzuatın

içinde 1920, 1926, 1928, 1930, 1933 tarihli Kanunlar ve 1935 tarihli Nizamnameler dahi vardır.

Daha önce de belirtildiği gibi, sağlık hizmetleri erişimde en önemli risklerden biri sağlık sigortasıdır. Bu kapsamda 58. Hükümet programına Genel Sağlık Sigortası'nı acil eylem planı olarak almıştır. Hükümet programına göre:

- Devlet–sigorta–kurum ayrımı kaldırılacak,
- Tüm hastaneler özertleştirilecek,
- Sağlık hizmeti sunumu ile finansman birbirinden ayrılacak,
- Sağlık sigortası uzun vadeli sigorta kolları arasından çıkarılacak,
- Nüfusun tamamını kapsayan genel sağlık sigortası sistemi kurulacak,
- Ödeme gücü olmayanların primleri devlet tarafından ödenecek,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecek,
- Sağlam bir hasta sevk zinciri kurulacak,
- Sosyal güvenlik kuruluşları arasında norm ve standart birliği sağlanacak,
- Prim karşılığı olmayan ödemeler kaldırılacak,
- Toplumun tüm kesimleri sosyal güvenlik kapsamına alınacak,
- Sosyal güvenlik sisteminin bütçe üzerindeki finansman yükü azaltılacaktır.

Bu ilkelerden hareketle Kanun Tasarısı çalışmaları da başlatılmıştır.

Bu kapsamda 1.10.2008'de 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Kanunun 60.Maddesi “genel sağlık sigortalı sayılanlar”ı düzenlemektedir. Takip eden gelişmeler ile 5510 sayılı Kanun'da 73 değişiklik yapılarak, 1.1.2012'de 6111 sayılı Kanun kabul edilmiş ve genel sağlık sigortası tüm ülkede zorunlu hale gelmiştir.

Erişim kapsamında ele alınan bir diğer önemli kaynak ise “Hasta Hakları Yönetmeliği”dir. 1.8.1998'de yürürlüğe giren yönetmelik, hasta hakları ile ilgili en ayrıntılı ve temel kaynak olarak gösterilmektedir. Yönetmeliğin amacı 1.Maddesinde şu şekilde belirtilmiştir: *“Bu yönetmelik temel insan haklarının sağlık hizmetleri sağısında yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuk metinlerinde kabul edilen ‘hasta hakları’ni somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde insan onuruna, haysiyetine yakışır şekilde herkesin ‘hasta hakları’ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden*

korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki koruma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır” (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2014:865, 883, 918-919, 923, 926, 930).

Yukarıda verilen ulusal düzenlemelerin yanı sıra, uluslararası platformda da Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık hizmetlerine erişim yaklaşımı önem taşımaktadır. 1999 yılında benimsenen “21. yüzyılda herkes için sağlık” politikasının 10 küresel hedefinden biri “*Genel kapsamlı, temel ve yüksek kaliteli sağlık hizmetine erişimin teşvik edilmesi Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) ülkelerinde sağlık politikalarını üretenlerin temel amaçlarından birisidir.*” 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlık Dönüşüm Programı’nın 8 ana temasından biri de “yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi” unsurudur. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yayınlanan 9. Kalkınma Planı’nda birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere, sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının iyileştirilmesi temel önceliklerden birisi olarak belirlenmiştir (Gözlü ve Tatlıdil, 2015:146).

Araştırma kapsamında sunulan ulusal ve uluslararası verilere göre ‘sağlık hizmetlerine erişimin’ devlet eli ile düzenlendiği görülmektedir. Bu kapsamda da erişimin engellenmesi de bir hak ihlali olarak değerlendirilmektedir. Dolayısıyla birey, herhangi bir engelle karşılaşması durumunda şikayet hakkı da elde etmektedir. 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 8.Maddesi de bu hususu ele almaktadır. Yönetmeliğin 42.Maddesine göre, hastanın ve ilgililerin, hasta haklarının ihlalinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır. Hasta haklarının ihlali halinde, sağlık personeli istihdam eden kurum aleyhinde, maddi veya manevi yahut hem maddi hem manevi tazminat davası açılabilir. Yönetmeliğin 45. Maddesine göre kamu kurumlarında görevli personel hasta haklarını ihlal ederse, ihlal eden fiil ve haller şikayet üzerine veya idare tarafından tespit edildiğinde olayın takibi, soruşturulması ve müeyyideye bağlanması için valilik veya bakanlık veya sağlık kurumu tarafından müfettiş tayin edilir. Soruşturma sonucunda devlet memuru veya diğer kamu görevlisinin hasta haklarını ihlal ettiği saptanırsa verilecek disiplin cezası veya ceza davası prosedürü de Yönetmeliğin 46. Maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre de ceza önerilmişse, mevzuatın öngördüğü şekilde ceza takdir edilir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2014:891 – 892).

Bu kapsamda görülen davalara genel olarak bakıldığında ise, Anayasa Mahkemesi ve Danıştay’ın insan haklarını ön planda tuttuğu söylenebilir. Başka bir ifade ile

mahkemeler genellikle sağlık hizmetlerinin niteliği gereği kamu hizmeti olduğunu belirterek karar vermektedir (Sever, 2014:479).

Sağlık hizmetleri genel olarak hastalık öncesi (koruyucu), hastalık süreci (tedavi) ve hastalık sonrası (rehabilitasyon) şeklinde üç aşama olarak gerekleştirilmektedir. Önce toplumu oluşturan bireylerin hasta olmaması, buna rağmen hastalanan olursa hastalıktan kurtulmasının sağlanması ve tedavi sonrası herhangi bir sakatlık durumunda rehabilitasyonun sağlanması olarak gerekleştirilmektedir (Güzel, Okur ve Caniklioğlu, 2014, s.850). Sağlık hizmetlerinin toplum sağlığına katkı sağlayabilmesi için, belirtilen tüm bu aşamalara erişim kolay olmalıdır. Bu sebeple hem ulusal hem de uluslararası sağlık kuruluşları, ‘kolay erişimin’ geliştirilmesine yönelik çalışmalar yürütmektedir (Gözlü ve Tatlıdil, 2015:146).

Nitekim koruyucu sağlık hizmetleri, bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilgilidir. Bunu takip eden ‘tedavi’ zinciri ise sağlık hizmetlerinde erişimde önemli bir köprü görevindedir. Bu teorik zincirin, pratikte işlevsel hale gelmesi ise toplumun genel refah seviyesini yükselten ve toplumsal iyileşmeyi sağlayan önemli bir olgudur. Unutulmamalıdır ki “sağlık” herkes için geçerlidir ve ertelenemez bir öneme sahiptir.

2.3.3. Sağlık Hakkı ve Sosyal Hizmet İlişkisi

Sağlık hakkı ve sosyal hizmet arasında oldukça güçlü bir ilişki vardır. Sosyal hizmetin amaçlarından biri de bireyin/toplumun hakkını korumak ve onları bilgilendirmektir. Genel çerçeve de ‘sağlık’ hak olarak ele alındığında sosyal hizmet alanında önemli bir yere sahiptir. Sağlığa dair birçok detay “tıbbi sosyal hizmet” adı altında kapsamlı olarak ele alınmaktadır. Ve araştırmanın -söz konusu alt başlığı altında da- ilişkiyi en iyi şekilde vurgulayabilecek sosyal hizmet alanıdır “tıbbi sosyal hizmet”tir. Zira sağlık–sosyal hizmet ilişkisini hem tıp hem politik hem de akademik anlamda en detaylı ele alan sosyal hizmet uygulamasıdır.

Tıbbi sosyal hizmet en genel tanımını ile; fiziksel hastalıkların neden olduğu sosyal ve duygusal problemlerle ilgilenen ve sağlık kurumlarında yürütölen sosyal hizmet alanıdır (Duyan, 2003:39). Duyan (2003) tıbbi sosyal hizmeti şu şekilde özetlemektedir: *“kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütölecek ekonomik, sosyal, psikolojik, ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet*

disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür” (s. 39).

Sosyal hizmet insan hakları ve adalet ilkesi ile toplumsal dengeyi kurmaya çalışan bir alandır. Dolayısıyla tıbbi sosyal hizmet de bu doğrudan yola çıkarak sosyal, ekonomik ve duygusal problemleri olan hasta kişilere pusula görevi görmeyi kendine hedef koymuştur. Ve bu kapsamda istihdamını ‘tıbbi sosyal çalışmacılar’ ile yapmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları; *“hastaneye başvuran hastaların psiko–sosyal ve sosyo–ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesi planlayan ve uygulayan üniversitelerin ilgili bölümlerinden mezun sağlık personelleridir” (İncili, 2014:29).*

Söz konusu uzmanlar mesleki etik çerçevesinde müracaatçıları güçlendirmeyi hedeflemektedir. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı, vaka yöneticisi rolü ile tüm süreci planlar ve bu çerçevede gerekli hizmetleri sunar. Uzman ile hasta ilişkisi, hastanın hastaneye adım attığı ilk anından itibaren başlar. Öncelikle hastaya konulan tanının hasta ve ailesi tarafından nasıl algılandığı ve bireylerin ne tür desteklere ihtiyaç duyacağı belirlenmektedir. Bunu takiben hastanın bu yeni durum karşısında psiko-sosyal uyumu ve gerekli kaynaklara ulaşımı sağlanmaya çalışılır. Özetle tıbbi sosyal hizmet uzmanı, hastanın/danışanının yaşam kalitesini korumayı ve hatta daha üst seviyeye taşımayı kendine görev edinmiştir (Özbesler, 2013:9).

Konuya dair en aktif pozisyonda yer alan ‘tıbbi sosyal hizmet uzmanı’nın görev ve yetkileri, 1982 tarihli “Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği”nin, 126. Maddesinde şöyle belirlenmiştir:

- *Hastaların kişisel ve ailevi sorunlarının çözümlenmesinde ailesi ve yakın çevresi (Hastane iş, okul vb.) ile işbirliği yapar,*
- *Posta ve halkla ilişkiler hizmetlerini yürütür. Bunun için kuruma müracaat eden hasta sahibi ve ziyaretçilerin müşküllerinin çözümlenmesinde, aranan hastaların kolayca bulunmasında gerekli görülen her türlü tedbirleri alır ve aldırır.*
- *Hastaların gerektiğinde sosyo-ekonomik durumlarının tetkikini yaparak hastane harcamalarına katılıp katılmayacağını araştırır ve değerlendirir. Aldığı sonucu Bakanlıkça saptanan bir forma doldurarak hasta evraklarının arasına ekler. Maddi yetersizliği olanlara diğer dış kurumlardan sürekli veya geçici destek sağlanmasına yardımcı olur.*

- *Uzun süre yatacak hastaların boş zamanlarını değerlendirici faaliyetler düzenler moral gücünün artırılmasını sağlar.*
- *Kurum ile diğer sosyal hizmetler ve sağlıkla ilgili kurumlar arasında baştabibin izni ile işbirliğini sağlayarak kurumun gelirini arttıracak program ve çabalara katılır ve teşhis, tedavi hizmetleri bakımından diğer yataklı kurumlarla koordinasyon ve yardımlaşmayı sağlar.*
- *Kurum içinde bulunan gönüllü kişilerin çalışmalarını düzenler, yoksa bu tip çalışmaların kuruma yönelmesini sağlar.*
- *Öncelikle kurum personelinin ve olanaklar oranında, yatan hastaların çocukları için kreş ve gündüz bakımevi açılmasına yardımcı olur.*
- *Kurum sonrası oluşacak kişisel ve toplumsal ve ekonomik koşulların yeniden düzenlenmesine yardımcı olur.⁷*

Yukarıda gösterilen mesleki donanımlar ile tıbbi sosyal çalışmacılar odak noktalarını belirlemektedirler. İncili (2014)'de sosyal çalışmacının sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal değerlendirmelere esas olmak için aradığı sorular şu şekilde gösterilmiştir:

Sosyo-ekonomik Değerlendirme

1. *Hastanın ekonomik gücü nedir?*
2. *Yakınlarının hastaya sağlayabilecekleri maddi destek nedir?*
3. *Hastanın dış kurumlardan (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Kızılay, devlet hastanesi ve yeşil kart vb) hastane ücretleri için alabileceği yardım miktarı nedir?*
4. *Hastanenin öngördüğü masraflar nelerdir?*
5. *Hastalığın prognozu ve izlediği seyir nasıldır?*

Psiko-sosyal Değerlendirme

1. *Hastanın ailesinin özellikleri nelerdir?*
2. *Hastanın sahip olduğu destek sistemlerinin nicelik ve niteliği nasıldır?*

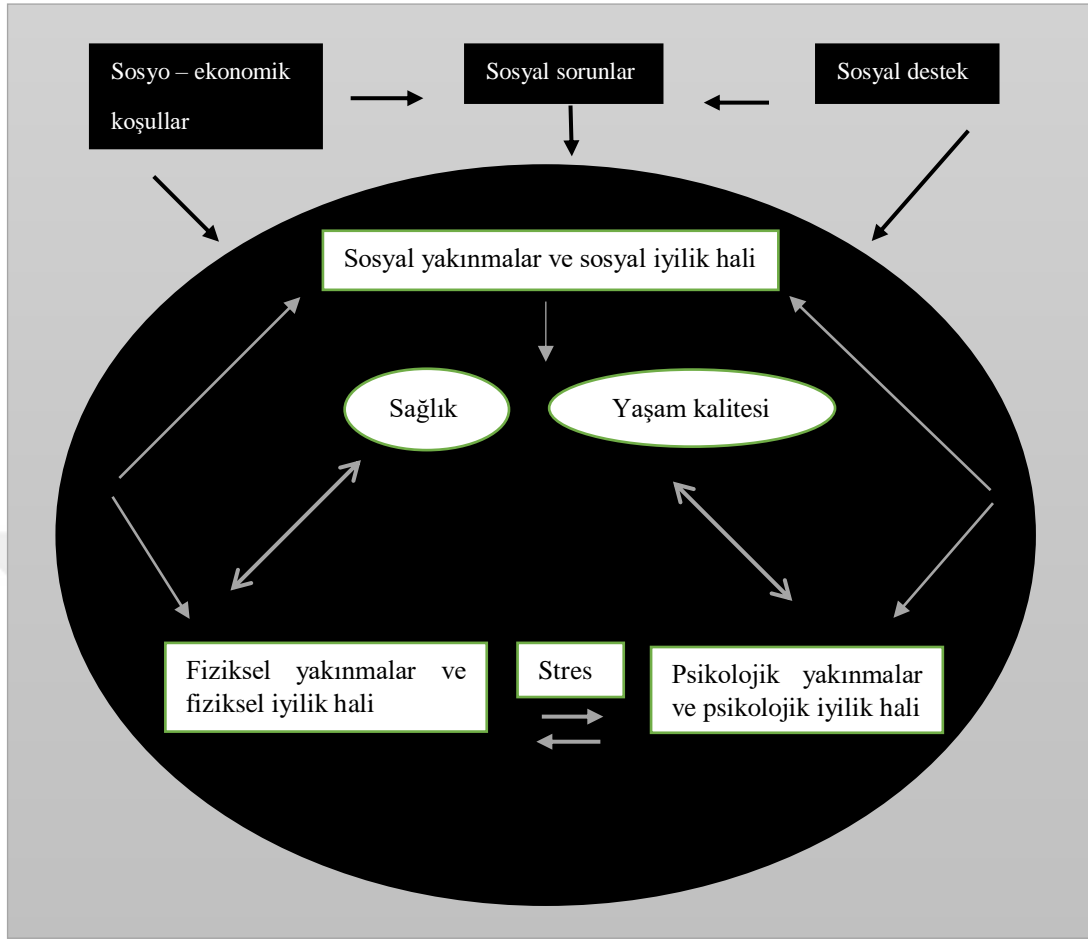
⁷ “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav>, [21.02.2018].

3. *Hastanın ve ailenin tanıya ilişkin anlayışı nasıldır?*
4. *Hastanın hastaneye yatmadan önceki sosyal/duygusal işlevsellik düzeyi nasıldır?*
5. *Hastanın şu an ki bilişsel/duygusal işlevsellik düzeyi nasıldır?*
6. *Hastanın yaşam koşulları nasıldır?*
7. *Hastanın mali durumu nasıldır?*
8. *Hastanın çalışma koşulları nasıldır?*
9. *Hastanın ve ailesinin güçlü yönleri nelerdir?*
10. *Hastanın ve ailesinin potansiyel sorunları nelerdir?*
11. *Hastanın psiko-sosyal işlevsellik düzeyi nasıldır? (s.30).*

Tüm bu değerlendirmeler ışığında da sosyal çalışmacı, ihtiyaçlar hiyerarşisinin sırasını izleyerek hastaların sosyal çevre ilişkilerinin güçlenmesine ve toplumsal hizmetlerin oluşmasına katkı vermektedir (Tuncay, 2013:147).

Bu bağlamda sosyal hizmetin, tıptan ve hemşirelikten farklı bir yaklaşım izlediği gözlemlenmektedir. Zira bu alan konuyu hem insanların yaşam kalitesine odaklanarak makro ölçüde hem de bireye inerek mikro ölçüde çok boyutlu müdahaleler ile ele almaktadır (Tuncay, 2013:145). Bu çok boyutlu yaklaşımı Duyan (2003) “Tıbbi Sosyal Hizmetin Odağı” olarak adlandırdığı Şekil 3.3’te de görebilmekteyiz:

Şekil 3.3: Tıbbi Sosyal Hizmetin Odağı



Kaynak: Duyan, 2003, s.41.

Bu bağlamda belirtmek zorunda olduğumuz bir diğer unsur ise tıbbi sosyal hizmet organizasyonudur. Tıbbi sosyal hizmetin modern profesyonel organizasyonunu hazırlayan 5 türde hizmet bulunmaktadır. Duyan (2003) göre bu hizmetler şu şekildedir:

- 1- Organize Olmamış Hizmetler: Arkadaş, akraba gibi hasta yakınlarının yardımları. Batıda bu durum din adamları tarafından da yapılmıştır. Bu aşamalar da tıbbi sosyal hizmetin bir meslek olarak ortaya çıkmasını etkileyen faktörler olmuştur.*
- 2- Lady Almonerler: İngiliz hastane organizasyonunun uzun süre parçası olmuşlardır. Hastaların durumunu araştırmak üzere ilk Lady Almoner Londra'da 1895'te görev almıştır. Kişinin görevi hastanın hastane hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanıp yararlanamayacağını belirlemek için*

onun ekonomik durumunu incelemektir. Lady Almonerler modern tıbbi sosyal hizmetin önemli kilometre taşlarından biri olarak kabul edilmektedir.

- 3- *Taburcu Olan Hastanın İzlenmesi: İngiltere' de Lady Almonerlerden önce, akıl hastanelerinden taburcu olan yoksul kişilere Taburculuk Sonrası Bakımı Topluluğu bulunmaktaydı. Yaklaşık aynı dönemlerde Amerika'da da benzer bir uygulama yürütülmüştür. New York Yoksullara Yardım Derneği 1906 yılında kurulmuş ve formel ve profesyonel temele dayalı sosyal hizmet uygulamaları uygulanmıştır.*
- 4- *Ziyaretçi Hemşireler: Organize olmamış sosyal hizmetler başlığı altında, hemşirelerin sunmuş olduğu hizmetlerdir. İster hastane ister ev ortamında olsun, hemşirenin hasta ile kurduğu duygusal ve sosyal ilişkiyi ifade eder. Günümüzde de hemşirelerin bu konudaki hizmet ve eğitimi önem arz etmektedir.*
- 5- *Tıp Öğrencilerinin Eğitimi: Geleceğin doktorları için tıbbi sosyal hizmet dersleri ilk kez John Hopkins Üniversitesi Tıp Okulu'nda başlamıştır. Bu kapsamda hastaları evlerinde ziyaret eden tıp öğrencileri fiziksel hastalıklar ve ev çevresi arasında yakın ilişki olduğunu ilk elden görebilmişlerdir (s. 39).*

Ülkemizde ise tıbbi sosyal hizmet alanı en yakın tarihten itibaren 2011'de Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi"dir. Yönerge onay için Bakanlık'a şu şekilde sunulmuştur:

"Bakanlığımız sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet alan özürlü, kimsesiz, yoksul, sağlık güvencesiz, yaşlı, mülteci, sığınmacı, aile içi şiddet mağduru, il dışından gelen vb. hastalar öncelikli olmak üzere sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan tüm hastaların tedavi sürecinde yaşadıkları psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenmesi amacıyla tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının standardize edilmesi, etkinleştirilmesi, yaygınlaştırılması ve geliştirilmesine yönelik düzenleme yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur".⁸

Ülkemizde tıbbi sosyal hizmet alanına eleştiri olarak, yetersiz ve büyük ölçüde hastane ortamında gerçekleştiriliyor olmasının sınırlılığı gösterilebilir (Duyan, 2003:43). Zira toplumsal yaşam kalitesini arttırmak ve sağlıklı birey oranını yüksek tutmak için; tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geniş bir perspektifle sunulmasının önem taşıdığını

⁸ "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi",
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>, [22.02.2018].

söylenbilir. Bununla beraber; vatandaş ile sosyal politikalar arasında bir aracı pozisyonunda olması ve insanlar arasındaki eşitliğe, dolayısıyla da toplumsal eşitliğe yönelik çalışmaları ile hem toplumsal hem de devlet adına önemli bir misyona sahip olduğu görülmektedir.

2.4. Literatür Taraması

Araştırma kapsamında konuya ilişkin daha önceki çalışmalar ele alındığında birçok çalışmanın yakın döneme tarihlendiğini görülmektedir. Bu nedenle söz konusu başlık altında, araştırma kavramlarının özet bir kronolojisini vermek yerinde olacaktır. Araştırmanın en temel kavramı '*insan hakları*'dir. Kavramın kapsamlı bir şekilde ele alınması ise 1948 İnsan Hakları Beyannamesi ile olmuştur.⁹ Bununla beraber araştırmanın ana temasını oluşturan '*sağlık*' kavramının dünya bazında, bir hak olarak ele alınması da yine 'Birleşmiş Milletler'e bağlı olan "Dünya Sağlık Örgütü" (WHO) tarafından 1948 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu noktada belirtmek gerekir ki söz konusu kavramların bir sentez halinde ele alınması birçok dünya ülkesi için eş zamanlı olmuştur denilebilir. Ayrıca sağlık üzerine pek çok yapılanmanın da hemen tüm dünyada 1980'li yıllara dayandığı görülmektedir (Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015:77). Aynı şekilde ülkemizde de sağlık hizmetleri için ana ögeler 1987 yılında "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile gündeme gelmiştir.¹⁰

Sağlık gibi titiz çalışma gerektiren bir alan ele alındığında ve söz konusu vurgu 'erişim' olduğunda '*yoksulluk*' kavramı ile de karşılaşılmaktadır. Ancak 'sağlık ve insan hakları' kavramlarını ele alan ve erişimi doğrudan ortaya koyan araştırmaların, ülkemizde oldukça yetersiz olduğu söylenebilir (Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015:181). Bu nedenle çalışmada genel olarak farklı verilerin sunduğu bulguları değerlendirmek araştırmaya yön verecektir. Bununla beraber, çalışmanın önceki bölümlerinde mevzuat ve tarihsel süreç detaylı olarak ele alınacağından, bu başlık altında akademik çalışmaları öne çıkarmak ve konuya dair araştırmaları genel bakış açıları ile sunmak yerinde olacaktır.

⁹ "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi", <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>, [04.02.2018].

¹⁰ "Sağlık Hizmetleri Kanunu", <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>, [04.02.2018].

Koçoğlu ve Akın (2009) “*Sosyoekonomik Eğitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkileri*” adlı araştırmada; konuyu eğitsizlik çerçevesinde ele almışlardır. Buna göre; sosyoekonomik eğitsizlikler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz açıdan etkilemektedir. Konuyu farklı yaklaşımlar ile örneklendiren araştırma, sağlığı geliştirmeye yönelik çalışmalarda bireye sorumluluk yüklemenin yetersiz olduğu sonucuna varmıştır. Ayrıca bir bireyin sağlıklı olabilmesi için ‘sağlıklı bir çevrede’ yaşaması gerektiği önemle vurgulanmıştır.

Temiz (2014) “*Türk Hukukunda Temel Bir Hak Olarak Sağlık Hakkı*” adlı çalışmada; sağlık hakkının pozitif bir hak olduğunu kabul etmekte ancak negatif yönünün ve diğer haklarla olan ilişkisinin önemini de vurgulamaktadır. Bu bağlamda devletin “saygı – koruma – yerine getirme” ödevlerini gerçekleştirirken, sağlık hakkının hem pozitif hem de negatif boyutları ile değerlendirilmesi gerektiğine de dikkat çekmektedir. Ayrıca “sağlık hakkı” kavramının Anayasa’da dolaylı ifadelerle değil, direkt bir başlık ya da kapsamlı bir madde ile ele alınmasının gerekliliğini belirtmektedir.

şantaş (2017) “*Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile İlişkisi*” adlı araştırmada; yoksulluk ve sağlık kavramları arasındaki kısır döngüyü göstermektedir. Bu araştırma doğumdan beklenen sağlıklı yaşam süresi ve ülke geliri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu da saptamıştır. Yoksulluk – sağlık döngüsünün doğum öncesi bakım faktörüne dayanarak ele almaktadır.

Ulutürk (2015) “*Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği*” adlı çalışmada; sağlık hakkını kullanmanın tek koşulu olarak sağlık hizmetlerine erişimi göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması için de ülkedeki sağlık statüsünün (durumunun) niceliksel olarak ölçülmesi gerektiğini saptamıştır.

Bir diğer önemli husus ise sosyo-ekonomik koşulların da neden olduğu psiko-sosyal problemlerdir. Bu bağlamda da tıbbi sosyal hizmeti akademik açıdan ele almak yerinde olacaktır. Ülkemizde 1959 tarih 7355 sayılı Kanun ile teşkilatlandırılan Sosyal Hizmetler Enstitüsü bünyesinde 'tıbbi sosyal hizmetler' şubesi de yer almaktadır. Tıbbi sosyal hizmet en genel hali ile 'hastalıklara ve hastalara psiko-sosyal açıdan' yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Alanın bu çalışma kapsamında eleştirilerine baktığımızda ise; geliştirilmesine yönelik öneminin vurgulandığı görölmektedir.

Bununla beraber koruyucu ve önleyici hizmetlere ağırlık verilmesi hususuna da dikkat çekilmiştir (Duyan, 2003:41-43).

Görüldüğü üzere sağlık hakkına erişim, ilgili akademik araştırmalarda çok boyutlu ele alınan bir yaklaşımdır. Psiko-sosyal açıdan ise ağırlıklı olarak tıbbi sosyal hizmet alanı ile öne çıktığı söylenebilir. Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi doğrudan 'erişim-sağlık-insan hakları' kavramlarını kapsayan ve detaylı olarak ele alan çalışmalar oldukça yetersizdir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bilimsel bir araştırmanın en önemli noktalarından biri de yöntem aşamasıdır. Bu çalışmanın 'temel felsefesi' sosyal bir olgu hakkında bilimsel bilgi birikimine katkı sağlamaktır. Bu kapsamda nitel araştırma desenlerinden olgu bilim araştırma yöntemi olarak tercih edilmektedir. Çünkü araştırma formunda yer alan sorularda bireylerin algı ve deneyimleri ön planda tutulmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016:75).

Nitel araştırma desenlerinden ise tarama türü ile katılımcıların demografik bilgileri, sağlık hakkına bakış açıları ve sağlık erişim engellerine dair bilgiler sınıflandırılmıştır. Bu çerçevede veriler frekans ve yüzdeler şeklinde gösterilmiştir.

Araştırma bireylerden yüz yüze alınan veriler ile sağlanacağından ve psiko-sosyal açıdan bir analiz söz konusu olduğundan çalışmanın analiz birimi 'bireysel' dir. Bununla beraber çalışmayı makro açıdan da değerlendirebilmek ve mevcut toplumu kültürel açıdan ele alabilmek amacı ile 'toplumsal analiz' birimi de araştırmanın yöntemine şekil verecektir (Gürbüz ve Şahin, 2015:95 - 114).

3.2. Evren Ve Örneklem

Araştırmanın ana kavramlarından sağlık herkesi etkileyen bir kavram olduğundan, veri sağlayan bireylerin ortak özelliği olarak yoksulluk seçilmiştir. Bu nedenle araştırma, ağırlıklı olarak yoksul bireylerin müracaatta bulunduğu Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'nda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örnekleme, Fatih Kaymakamlığı – Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndaki 10 (on) müracaatçıdan oluşmaktadır. Bu çerçevede araştırmacı, kişisel gözlem yoluyla en uygun veriyi sağlayacak katılımcıları araştırmaya eklemeyi amaçlamıştır. Dolayısıyla “amaçlı örneklem” çalışmaya yön veren teknik olmuştur (Gürbüz ve Şahin, 2015: 130).

3.3. Verilerin Toplanma Teknikleri

Araştırmanın kavramsal ve kuramsal bölümünde konuya doğrudan ya da dolaylı olarak bilgi sağlayan akademik veriler ele alınmaktadır. Bu kapsamda kitap, dergi, süreli yayın, internet kaynakları vb. yazın taraması sağlanmıştır. Bununla beraber konuya dair güncel mevzuata da yer verilmektedir.

Araştırmanın ana vurgusu bireylerin insan hakları bağlamında temel bir haklarına olan erişimine dikkat çekmektir. Bu nedenle de bireylerle yüz yüze bir iletişimi amaçlayan ve nitel bir araştırma tekniği olan 'görüşme' kullanılmaktadır. Görüşme türlerinden ise “yarı-yapılandırılmış” tür tercih edilmiştir. Bu teknik ile araştırmacı ihtiyaç halinde derinleşebilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2015:182). Bu da bireylerin psiko-sosyal durumları hakkında daha fazla veri elde edilmesini sağlayacaktır.

Bu aşamada Fatih Kaymakamlığı ve SYDV yöneticileri ile 3 (üç) ön görüşme yapılmış ve örneklem profilinin araştırmaya ne derece veri sağlayabileceği değerlendirilmiştir.

Fatih Kaymakamlığı - SYDV müracaatçıları ile yapılacak olan “görüşmeler” için, İstanbul Zaim Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından hazırlanan Etik Kurul Belgesi Kaymakamlık yetkililerine teslim edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda, araştırmanın kurumda yapılması onaylanmıştır.

Yapılacak olan görüşmeler için, 11 açık uçlu olmak üzere toplam 15 soruluk bir görüşme formu hazırlanmıştır. EK 2’de de görüleceği üzere soruların bir kısmı katılımcıyı kısaca tanımlayan ve sosyal statüsünü belirlemeye yardımcı olacak şekilde hazırlanmıştır. Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanıldığı için soruların çoğunun açık uçlu olmasına özen gösterilmiştir.

8 Mayıs 2018’de saat 10.30-14.30 aralıklarında dört katılımcı ve 9 Mayıs 2018’de saat 11.00-15.00 aralıklarında altı katılımcı ile olmak üzere toplam 10 (on) kişi ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya gönüllü olan katılımcılara önce araştırmacı ve araştırma hakkında bilgi verilmiş ve ortalama yarım saat (30 dakika) görüşme sağlanmıştır. Yapılan her görüşmede cevaplar araştırmacı tarafından not edilmiştir. Bunun yanı sıra izni olan katılımcıların ses kayıtları da alınmıştır.

Elde edilen veriler ‘yoksul bireylerin sağlık erişim engelleri’ teması altında, betimsel bir yaklaşım ile analiz edilmiştir. Yapılan analizlere dair bulgular ise; sağlık giderleri, ulaşım, psiko-sosyal baskı, sağlık bilgisi ve sağlık personeli yaklaşımı şeklinde kategorize edilmiştir. Ayrıca yapılan gürüşmelerin sırasına göre katılımcılar, K-1, K-2, K-3 ... K-10 şeklinde kodlanmıştır.

Gürüşmelerden elde edilen notlar ve (izin verilmişse) ses kayıtları araştırmacı tarafından titizlikle analiz edilmiştir. Bu noktada belirtmek gerekir ki ses kaydına izin vermeyen katılımcılardan elde edilen veriler, diğerlerine kıyasla daha sığ kalmıştır. Ancak tüm veriler objektif bir yaklaşımla analiz edilerek, elde edilen cevaplar her bir katılımcı için ayrı ayrı bilgisayar ortamında Word dosyasına aktarılmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmanın temel problemi olan “İnsan hakları bağlamında yoksul kesimlerin sağlık hakkı erişiminde yaşadığı sorunlar nelerdir?” konusu, yapılan nitel araştırmadan elde edilen bulgular ve nicel yöntemle oluşturulan frekans ve yüzdeler çerçevesinde çözümlenmeye çalışılmıştır. Elde edilen veriler ve bulgulara ilişkin yorumlar, beş başlık altında sunulacaktır.

Öncelikle katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ele alınmaktadır. Daha sonra bireylerin insan hakları ve sağlık konularında bilgi birikimleri ve düşüncelerine yer verilecek, bunu takiben toplumsal ve ruhsal durumları sunulacaktır. Akabinde bireylerin gelir düzeylerini net bir şekilde görebilmek adına, katılımcıların ekonomik profili de ayrı bir başlık olarak yer alacaktır. Ve son olarak katılımcıların sağlık erişimlerine yer verilecektir.

4. 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmanın esas konusu olan insan hakları temelli sağlık haklarına erişim konusuna girmeden önce, katılımcıların demografik ve sosyal özelliklerine bakmak ve bu çerçevede katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni hallerine ilişkin özellikler yanında eğitim ve meslek gibi toplumsal statülerine ilişkin verileri sunmak yerinde bir başlangıç olacaktır.

Elde edilen bulguları sunmadan önce, katılımcıların genel profilini görmek verilerin yorumlanması açısından oldukça önemli görülmüştür. Bu kapsamda, genel görünüm aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

KATILIMCI	CİNSİYET	YAŞ	MEDENİ HALİ	EĞİTİM	MESLEK
K-1	K	44	Evli	Lise	Ev hanımı
K-2	K	40	Evli	İlkokul	Ev hanımı
K-3	K	46	Evli	İlkokul	Ev hanımı
K-4	K	24	Evli	Ortaokul (ilköğretim)	Ev hanımı
K-5	E	55	Evli	İlkokul	Çalışmıyor
K-6	K	38	Bekar	İlkokul	Ev hanımı
K-7	K	60	Evli	Lise	Ev hanımı
K-8	K	51	Bekar	İlkokul	Ev hanımı
K-9	K	87	Bekar	İlkokul	Ev hanımı
K-10	K	58	Bekar	ilkokul	Ev hanımı

Tabloda da görüldüğü üzere katılımcıların önemli bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum araştırmacının kurum ziyaretinde de dikkat çekici bir tablo oluşturmuştur. Zira özellikle mali yardım başvurularında kadın müracaatçılar çoğunluğu oluştururken, Genel Sağlık Sigortası gibi -bireysel başvuru şartı taşıyan- başvurularda erkek müracaatçılar da görülebilmektedir. Söz konusu durum ayrı bir araştırma konusu olduğundan, araştırma kapsamında yalnızca tabloda sunulan ‘cinsiyet’ sütunundaki verilerin gözlem yolu ile de izlendiği vurgulanmak istenmiştir.

Katılımcı yaş aralığının 24-87 olması, araştırmacı açısından olumlu olarak karşılanmıştır. Zira genç bir katılımcı ile orta yaştaki ya da yaşlı bir katılımcının dünya bakışı ve kültür düzeyi farklı olabileceğinden araştırmaya çeşitlilik katacağı düşünülmüştür. Bununla beraber katılımcıların çoğunluğunu orta yaş grubu oluşturmaktadır.

Katılımcıların mesleki statülerine bakıldığında hiçbirinin aktif olarak çalışmadığı görülmektedir. Yalnızca söz konusu tablo verileri ile bireylerin yoksul olduğu düşünüldüğünde, çalışmıyor olmaları bir önyargı oluşturuyor olsa da “görüşme” tekniğinin esnekliği sayesinde duruma dair yaklaşım da değişebilmektedir. Bu durum ya evde bakım gerektiren başka bir bireyin olmasından ya da bireylerin kendi sağlık engellerinden kaynaklanmaktadır. Katılımcılardan K-1, K-2, K-3 ve K-4 bakıma muhtaç küçük yaştaki çocuklarından dolayı istihdama katılamamaktadırlar. Sağlık problemleri nedeni ile malulen emekli olmuş, ancak resmi bir karışıklık nedeni ile şu an emekli maaşı kesilmiş olan K-5 ise devam eden sağlık engelleri nedeni ile

çalışmamaktadır. İki çocuk annesi K-6 hem ciddi sağlık problemleri hem de çocuklarının bakımı nedeni ile çalışmamaktadır. Engelli eşine bakmakla yükümlü olan K-7 yine bir sağlık engeline takılmaktadır. Kanseri ve kalp hastalığı nedeni ile sürekli tedavi altında olan 51 yaşındaki K-8'in de çalışması imkansız hale gelmiştir. Kronik hastalıkları bulunan K-10 da sağlık, 87 yaşındaki K-9 ise yaş engeli nedeni ile çalışmamaktadır. Sonuç olarak bu 10 (on) katılımcının 4'ünün çocuk bakımı, 6'sının ise sağlık engeli nedeni ile istihdama katılamadıkları gözlemlenmiştir. Bu da sağlık faktörünün hem yoksulluk hem de meslek ve istihdam üzerindeki etkisini bir kez daha göstermektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında ise 2 kişinin lise, 1 kişinin ortaokul (ilköğretim) ve 7 kişinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Yalnızca bu küçük gruba bakıldığında dahi, yoksulluk ve eğitim düzeyine dair ilişkide paralel bir doğrultu olduğunu söylemek mümkündür. Tablo 4.5'te yer alan 'eğitim' sütunu da araştırma açısından oldukça önem taşımaktadır. Zira hak temelli bir konuya dayanan araştırmada, bireylerin haklarını bilme – erişme – kullanma hususunda eğitim düzeyleri oldukça önem arz etmektedir. Bununla beraber araştırma sırasında araştırmacının dikkatini çeken bir başka husus, lise mezunu olan katılımcıların diğerlerine oranla özgüvenlerinin daha yüksek olmasıdır. Her soruda aldıkları eğitim düzeyinden bahsetmeleri araştırmacıya bu izlenimi vermiştir. Ayrıca bu katılımcıların, diğer katılımcılara kıyasla “bilmiyorum” ifadesini daha zor ve az kullandıkları dikkat çekmiştir. Bu durum araştırmacıya, lise mezunu olan katılımcıların diğer katılımcılara oranla “yoksulluk” statüsünü daha zor taşıdıkları izlenimini doğurmuştur.

4. 2. Katılımcıların İnsan Hakları ve Sağlık Konularına İlişkin Bilgi ve Kanaatları

Araştırmada, yoksul kesimin sağlık erişimi irdelenirken katılımcıların sunduğu somut veriler dışında, sahip oldukları bilgi birikimi de önem taşımaktadır. Bu bağlamda “Görüşme Formu”nun son dört sorusu, katılımcıların ilgili konuya dair bilgi düzeylerini ölçmeyi hedeflemektedir. Bu amaçla, katılımcılara dair bir ön izlenim sunması adına aşağıdaki tablo hazırlanmıştır.

Tablo 4.6: Katılımcıların İnsan Hakları ve Sağlık Konusunda Genel Bilgi Düzeyleri

KATILIMCI	“İnsan Hakları Nedir?” Biliyor musunuz?	“Sağlık Hakkı Nedir?” Biliyor musunuz?	“Tıbbi Sosyal Hizmet Nedir?” Biliyor musunuz?
K-1	Evet	Evet	Hayır
K-2	Hayır	Hayır	Hayır
K-3	Hayır	Hayır	Hayır
K-4	Hayır	Hayır	Hayır
K-5	Hayır	Hayır	Hayır
K-6	Hayır	Hayır	Hayır
K-7	Evet	Evet	Evet
K-8	Hayır	Hayır	Hayır
K-9	Hayır	Hayır	Hayır
K-10	Hayır	Hayır	Hayır

Daha önce ifade edildiği üzere araştırma yoksul bireylerin katılımları ile gerçekleştirilmiştir. Bir önceki başlıkta eğitim düzeyleri ve mesleki durumları belirtilen katılımcıların, araştırma konusuna dair bilgi düzeyleri ve kanaatleri de önem arz etmektedir. Başka bir deyişle, yoksul bir bireyin sağlık erişimini sağlarken hakları konusunda ne denli donanımlı olduğunu görmek amaçlanmıştır.

Öncelikle katılımcıların–araştırmanın temelini oluşturan–insan hakları kavramı hakkındaki bilgi düzeylerine ele alınabilir. Yukarıdaki tabloya bakıldığında, katılımcılardan yalnızca ikisinin kavramı direkt olarak tanıdığı görülmektedir. Bu noktada belirtmek gerekir ki K-1ve K-7 araştırma kapsamında eğitim seviyesi en yüksek (lise) iki bireydir. İlgili katılımcılar kavram hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip olmasa da bireysel açıdan ve günlük sosyal hayat için yeterli düzeyde oldukları söylenebilir. Ayrıca herhangi bir kişinin, bilgi gerektiren bir kavramı anlık yorumlama psikolojisi de göz ardı edilmemelidir.

Diğer katılımcılara bakıldığında ise beşinin (K-2, K-3, K-4, K-6 ve K-9) bahsi geçen konuda fikir sahibi olmadığını görülmektedir. Kalan üç katılımcı ise yine kavramı bilmemekte, ancak hem kavram hem de kendileri ile ilgili yorumlama imkanı sunmaktadırlar. Örneğin: *“Ben sadece Allah katındaki, İslamiyet’ teki insan haklarını*

biliyorum” (51, K-8) diyerek, aslında soruda ne denilmek istendiğini anladığını da göstermektedir. Zira dini kitaplarda yer alan ‘insan’ kavramı ile akademik literatürde yer alan ‘insan hakları’ kavramı birbiri ile örtüşebilmektedir. Bu da katılımcının hak ve insan kavramlarını sentezleyebildiğini ve konuya dair bir farkındalığı olduğunu da göstermektedir.

K-5 ve K-10 ise ‘hak’ kavramını kısmen tanımakla beraber, direkt kavrama dair bilgi eksikliği yaşamaktadır. Öncelikle K-5 ele alındığında, katılımcının ‘bilmiyorum’ ifadesini zor kullanan katılımcılardan olduğu görülmektedir. Bu nedenle K-5, ilgili kavrama çok hakim olmasa da ‘aslında biliyorum’ izlenimi yaratmak istemiştir denilebilir. Bununla beraber kişi diğer yanıtları ile de ele alındığında, deneyimleri ile kavramı kısmen tanıyor olabildiğini de göstermektedir.

K-10 ise ilgili diğer cevapları ile ele alındığında, kavrama bir anlam yükleyebilen bir katılımcıdır. Zira K-10 ‘insan haklarının’ korunması gereken bir yapıya sahip olduğunun farkında bir bireydir. Ancak tabloda da görüldüğü üzere K-8, K-5 ve K-9 da “İnsan hakları nedir? Biliyor musunuz?” sütununda negatif veri olarak kayda geçmiştir. Bunun nedeni kişilerin direkt bilgilerini göstermeyip, durumun araştırmacının izlenimleri doğrultusunda yorumlanmasıdır.

Görüldüğü üzere katılımcıların, en temel hakkımız olan ‘insan haklarına’ dair bilgileri yukarıda belirtildiği şekildedir. Kavrama dair elde edilen bu tablo, toplum yaşamında eğitimin önemini de bir kez daha göstermektedir.

Katılımcıların sağlık hususunda bilgi düzeylerine ise; ‘sağlık hakkı’ kavramını ne denli tanıdıkları ile ‘sağlık hakkı ihlali’ ve ‘şikayet hakkı’ konularındaki bilgi düzeyleri ve düşünceleri aracılığıyla erişilmek istenmiştir. Araştırmacıya göre; yoksul bir bireyin bahsi geçen üç kavram hakkında ortalama bir donanıma sahip olması, kişinin sağlık erişimi kalitesi açısından oldukça önemli görülmektedir. Buna ek olarak gelişmekte olan ve özellikle dezavantajlı kesime hizmet sağlayabilen ‘tıbbi sosyal hizmet’ biriminin yoksul vatandaşlar tarafından ne derece tanındığı ölçülmek istenmiştir.

Katılımcılardan yalnızca iki kişi, K-1 ve K-7 ‘sağlık hakkı’ bilgisine sahiptir. *“Evet. Mesela doktor seçme hakkım var, tedavi olma ya da olmama hakkım da var. Yani bir sürü detay vardır daha tabi ki ama bildiğimi düşünüyorum. /Elbette şikayet hakkım var, biliyorum. Ben lise mezunuyum, çok da cahil değilim açıkçası. Şimdiye kadar hiç*

gerek duymadım ama gerekirse bu hakkımı da kullanırım.” (44, K-1) şeklinde bilgilerini ifade etmektedir. Diğer katılımcı ise konuyu: “Onu da biliyorum. Mesela sigortası yoksa bile herkes hastaneye gidip muayene olabilmelidir. Fakir de olsa zengin de olsa herkesin hastaneye gitme hakkı vardır. Devletin de bunu karşılaması gerekir. Yani herkes sağlık anlamında eşit olmalı. / Tabi ki de şikayet hakkımı biliyorum. Mesela Sağlık Bakanlığı’ni arayabilirim. Ama açıkçası ben şikayet vs. sevmem, ancak çok mecbur kalırsam kullanırım.” (60, K-7) şeklinde yorumlamıştır. K-1 ve K-7 diğer katılımcılar ile kıyaslandığında özgüveni ve farkındalığı oldukça yüksek olan iki bireydir. Zira ‘tıbbi sosyal hizmet’ hakkında da yalnızca bu iki isim yorum yapabilmıştır. “Aşağı yukarı biliyorum diyebilirim... hastanede tabelalarını görüyorum da oradan tahmin ediyorum, burası (SYDV) gibi herhalde, hiç gitmedim.”(44, K-1) şeklinde kendi bilgi düzeyine göre gayet uygun bir yorumlama getirebilmiştir. K-7 ise birimi bir tecrübe sonucu tanıdığını ve birim hakkındaki düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir: “Onu da biliyorum, çünkü danıştık bir defa. Oğlum trafik kazası geçirmişti, yüzünde izler kaldı. Çok genç bir çocuk ve bu durum onun hayatını etkiliyor. Üstelik bence lüks bir estetik durumu değil, kaza sonucu oluşmuş bir zorunluluk. Ben de oraya gittim ‘ne yapabiliriz estetik olması için, sigortamız yok, devlet yardımı ile hastaneye geliyoruz’ dedim. Ama ‘öyle bir şey olmaz’ deyip, yolladılar beni, en küçük bir yönlendirme olamadı. Hiç memnun kalmadım tabi, bence bu sistemin daha iyi çalışması gerekli diye düşünüyorum” (60, K-7). Araştırmacının izlenimine göre, K-7 birimin sağladığı hizmetlerden ziyade, birim personelinin yaklaşımından memnun kalmamıştır.

Diğer sekiz katılımcı ise maalesef direkt sağlık ve hak üzerine hiçbir bilgiye sahip değildir. Katılımcılardan K-5 ve K-10, sağlık hakkının ülkemizde de uygulaması olan ‘yoksullar için devlet tarafından karşılanması’ noktasında yorumlama yapabilmıştır. Ancak yalnızca bu veri, araştırma kapsamında ve kişilerin genel analizleri baz alındığında–araştırmacı tarafından–yeterli görülmemiştir. Ayrıca yine bu sekiz katılımcı ‘tıbbi sosyal hizmet’i hiçbir şekilde bilmemektedir.

İhlal ve şikayet noktasında ise kişilerin ilgili kavramları, yalnızca günlük kullanımları ile tanıyabildikleri gözlemlenmiştir. K-2 ve K-4, ‘ihlal’ ifadesini randevu sıra düzenlemesi olarak algılayabilmıştır. Her ne kadar bahsettikleri durum da bir ihlal olarak kabul edilse de kapsam çok daha geniştir. Dolayısıyla bu kısır ifade, kişilerin ihlal durumunu çok tanımadıklarını da göstermektedir. K-8’in ise bu noktada yaşadığı

bir hikayeyi aktararak, yorumlamayı araştırmacıya bırakmıştır: *“Tam bilmiyorum ama tahmin ediyorum. Mesela yakın zamanda X hastanesine gitmiştim, yine tansiyonum yükseldi ve sıradayken baygınlık geçirdim. Kendime geldiğimde güvenlik görevlisi bana bağırıyordu: “sıra kapmak için böyle şeyler yapıyorsunuz vs.” diye. Doktor da onu duymuş ve odadan çıkıp o da bağırmaya başladı. Çok utandım, çünkü ben öyle biri değilim. Onlara engelli olduğumu ve böyle baygınlıklar yaşayabildiğimi söyledim, kartımı gösterdim ve rol yapmadığımı anlatmaya çalıştım. (Araştırmacı: Hastane sırasında engellilerin öncelik hakları vardır.) Onu da bilmiyorum ki... Çok etkilendim bu olaydan ama şikayet etmedim. Daha da büyük bir şey yaşarsam şikayet de ederim tabi”* (51, K-8). Bu örnekte de görüldüğü üzere, yoksul ve engelli bir birey randevu sırasında ciddi bir sağlık engeli ile karşılaşıyor ve hiçbir şey yapamıyor. Bu tablo K-8’in ‘engelli raporu’ çıkartma ve kullanma süresi boyunca, hiçbir kurum ve kişi tarafından bilgilendirilmediğini de ortaya koymaktadır. Birey bu konuda artı hak ve öncelikleri olduğunu araştırma sırasında kısmen bilgi edinmiştir. K-8 gibi engeli fiziksel olmayan, yoksul ve onun kadar bilgi donanımına sahip birçok vatandaşın, bu ve bunun gibi pek çok durumda çaresizlik yaşadığını söylemek mümkündür.

Bilgi eksikliği yaşadığı için mağdur olan bir diğer katılımcı K-5’tir. Kişi ‘şikayet hakkını’ bir tecrübe sonucu öğrendiğini şu şekilde aktarmaktadır: *“şikayet hakkım var, bunu biliyorum. Mesela beni malulen emekli yaptılar, sonra da maaşımı kestiler, sonra da ‘senin şikayet hakkın var git onu kullan’ dediler. Ama şikayet Ankara’ya gitmeden maaşımı aldılar. Yani öyle öğrendik hakkımız olduğunu, kullandık da... Ama şimdi buradayım, neden? Çünkü hakkı kullan diyorlar ama kullanırken de insanı mağdur bırakıyorlar”* (55, K-5). K-5, şikayet hususunda bilgi sahibi olmadığı ve haklarını nasıl kullanması gerektiğini bilmediği için yasal prosedür de uzamıştır. Bu da yoksul bir bireyin mağduriyet süresini uzatmakla birlikte, SYDV gibi bir kurumun hem iş gücünü hem de mali kaynaklarını da etkilemektedir. Dolayısıyla yalnızca bu örneği baz alarak dahi, bireylerin haklarını bilmeleri ve herhangi bir problemde direkt ilgili kurum ile ilişkilerini yönetebilme becerilerinin hem birey hem de devlet kurumları açısından faydalı olduğu çıkarımı yapılabilir.

Sonuç olarak ilgili başlığa dair bir değerlendirme sunmak yerinde olacaktır. Görüldüğü üzere katılımcıların ‘sağlık’ ve ‘hak’ sentezi üzerine bilgi düzeyleri oldukça yetersizdir. Hem bu araştırmada yer alan katılımcılar hem de sağlık hizmeti alan milyonlarca kişi, aile ve zorunlu eğitimlerini tamamlamış erişkin bireydir. Ülkemiz ise

gelişmekte olan ve bu paralelde yaşam kalitesi açısından sosyolojik geçişini devam ettiren bir yapıdadır. Dolayısıyla “tıbbi sosyal hizmet” gibi yararlı birimlerin yaygınlaştırılması ve vatandaşları bilgilendirmeye dayanan faaliyetlerin artırılmasını sağlamanın, bir zorunluluk haline geldiğini söylemek mümkündür.

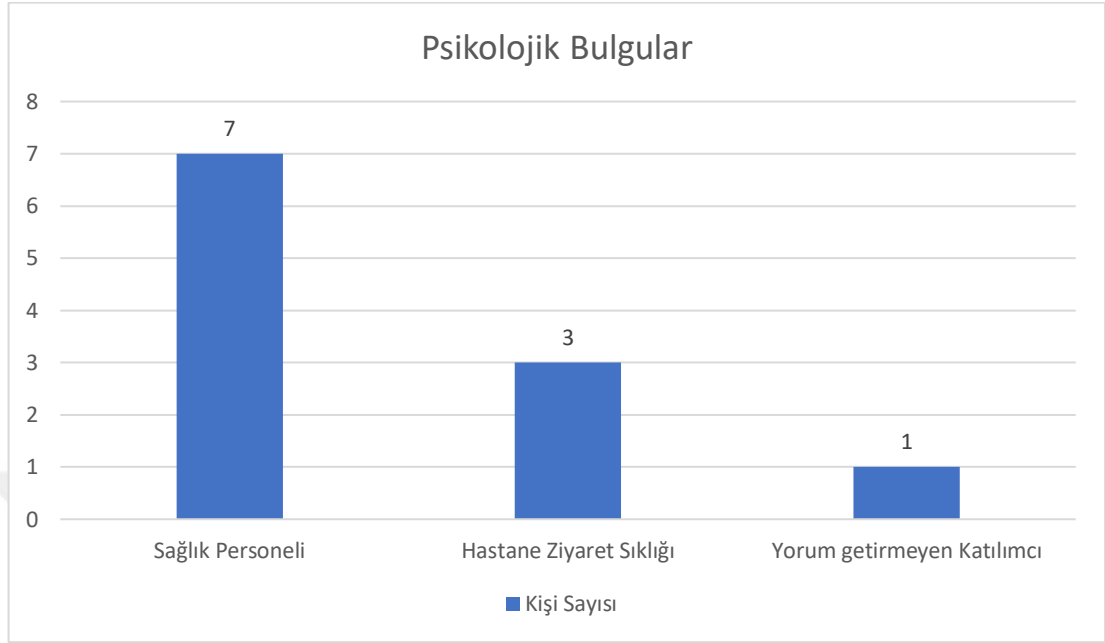
4. 3. Katılımcıların Toplumsal ve Ruhsal Tutumları

Yoksulluk bir birey için belirleyici bir sosyal statüdür. Bireyin bu olguyu toplum içinde nasıl taşıdığı da araştırma açısından önemlidir. Bu amaçla ilgili bölümde, yoksul bireyin toplum içinde sosyolojik ve psikolojik olarak kendini nasıl gördüğü ve hissettiği ortaya konmak istenmiştir.

Ancak ilgili kavramları tanımakta zorlanan katılımcıların, kendilerini ifade etmekte de zorlandıkları gözlemlenmiştir. Sorular her ne kadar basit ve anlaşılır sunulmaya çalışılsa da hedefe ulaşamadığı olabilmektedir. Bu noktada konu, araştırmacının yeterliliği ölçüsünde analizlerle sunulmuştur.

Öncelikle katılımcılar ruhsal tutumları ile ele alındığında, iki farklı bulgu ile değerlendirilebilir. Öne çıkan ilk bulgu, kişilerin sağlık personeli ile olan ilişkisinden doğan psikolojik sonucu gösterirken; diğer bulgu, hastane ziyaret sıklığı fazla olan bireylerin daha kişisel yorumlamalarına dayanmakta olup umutsuzluk, yorgunluk, çekingenlik vb. gibi negatif duygular içeren yorumlamalara sahiptir. Şekil 4.3 ile nicel olarak gösterilen bulgularda, bir katılımcının iki bulguyu da verebildiği görülmektedir.

Şekil 4.3: Katılımcıları Psikolojik Açıdan Etkileyen Faktörler



‘Sağlık personeli’ faktörünü ön plana çıkaran kişileri ele alındığında kimi katılımcının direkt yorumlama sağlarken kiminin ise kavramı tanımadan, ilk aklına gelen unsurun bu olduğunu ifade ettiği görülmektedir. *“Benim en hassas olduğum nokta doktorlar. Doktor iyi ise ben de kendimi iyi hissediyorum. Çünkü çoğu zaman onların tepkisinden çekiniyorum. Bazen muayeneye girene kadar gergin olurum ben, ama her zaman değil.”* (44, K-1) şeklindeki yorumlaması ile bu bulguyu en iyi veren katılımcılardan biri olmuştur. Bir diğer isim ise: *“Demin de dedim ya, bir küçümseme bir şey hissediyorum ben, o da beni daha çok hasta ediyor. Zaten bedensel açıdan iyi değilim, yorulmuşum... Bir de bu insanların hal ve hareketleri eklenince psikolojim iyice bozuluyor benim.”* (51, K-8) diyerek yaşadığı psikolojik baskıyı ve bu durumdan kaynaklı sosyal çekingenliğini net bir şekilde ortaya koymaktadır. Buna ek olarak K-3 ve K-4 de kavramı tanımamalarına rağmen doktorlarla olan ilişkilerini öne çıkartarak, yine sağlık personeli faktörüne değinmektedirler. Bu yorumlara göre; K-3 ve K-4’ün de bilinç altı çağrışımları ile yine aynı noktada bir psikolojik baskı yaşadıkları söylenebilir. Bir başka isim de *“doktorların falan yaklaşımı önemli benim için...”* (58, K-10) diyerek yine aynı noktayı işaret etmektedir. Bu veriler de katılımcıların yarısının psikolojik durumu ile sağlık personeli yaklaşımı arasında paralel bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Bir grup katılımcı ise konuya dair, daha kişisel veriler sunarak umutsuzluk, yorgunluk, çekingenlik, bezginlik vb. negatif ifadeler ile farklı bir değerlendirme sağlamaktadır. Bu kişilerin kendileri ya da aile yakınları sebebi ile daha sık hastane ziyaretinde buldukları da göz önüne alınmalıdır. Örnek olarak K-5 bedensel bir rahatsızlığı olmayan ancak psikolojik rahatsızlığı nedeniyle sık sık hastaneye giden bir kişidir. Dolayısıyla ilgili konuya dair değerlendirmeleri de önem taşımaktadır. “*Valla benim psikolojik rahatsızlığım var, X ilacı kullanıyorum. O yüzden ruhsal durumum pek iyi değil yani, baya ağır şeyler geçirdim. Ben hiç rahat değilim, hele hastanedeyken psikolojim hiç iyi değil*” (55, K-5). Katılımcının bu ifadesi ve ‘*hele hastanedeyken psikolojim hiç iyi değil*’ vurgusu, aldığı tedavinin ne ölçüde fayda sağladığını da düşündürmektedir. Ayrıca psikiyatrik destek ile hayatını sürdüren bir bireyin ruh halinin, ortalama bir kişiye göre daha özel bir analiz gerektiğini de söylemeliyiz. Zira K-5 ilgili soruyu, oldukça kısa cevaplamak ve ‘*bu konu çok uzun benim için*’ diyerek konuyu kapatmak istemiştir.

Bir diğer örnek ise K-7, engelli eşi için sık sık hastaneye giden ve psikolojik açıdan kendini oldukça tükenmiş hisseden bir bireydir. “*Bizim psikolojimiz artık hiçbir yerde iyi değil. Mesela hastaneye zaten zar zor gidebiliyorum, alet vs. olmuyor sevk lazım... Al işte sana sorun, uğraş dur, derdini anlatmaya çalış millete. O zaman ne psikoloji kalıyor ne de başka bir şey. Biz yorgun insanlarız. En iyisi sen bana bu soruyu hiç sorma...*” (60, K-7). İfadesinde de görüldüğü üzere K-7, sağlık kurumlarında psikolojik açıdan kendini iyi hissetmemektedir. Ayrıca ‘*derdini anlatmaya çalış millete*’ ifadesi ile de bir önceki değindiğimiz nokta olan ‘sağlık personeli’ faktörünü de yaşadığı izlenimini vermektedir. Zira kişinin ‘millet’ ten kastı ilgili sağlık personelleridir.

Sağlık kuruluşu ziyaretleri sık olan ve psikolojik açıdan tükenmişlik izlenimi taşıyan bir diğer isim de K-8’dir. Kişinin verileri iki farklı bulgu örneğinde kullanılsa da tekrar belirtmek yerinde olacaktır. “*Bir küçümseme bir şey hissediyorum ben, o da beni daha çok hasta ediyor. Zaten bedensel açıdan iyi değilim, yorulmuşum... Bir de bu insanların hal ve hareketleri eklenince psikolojim iyice bozuluyor benim...*” (51, K-8). Daha önce de belirtildiği gibi K-8’in psikolojisini hem sağlık personeli hem de sağlık kurumu ziyaret sıklığı etkilemektedir.

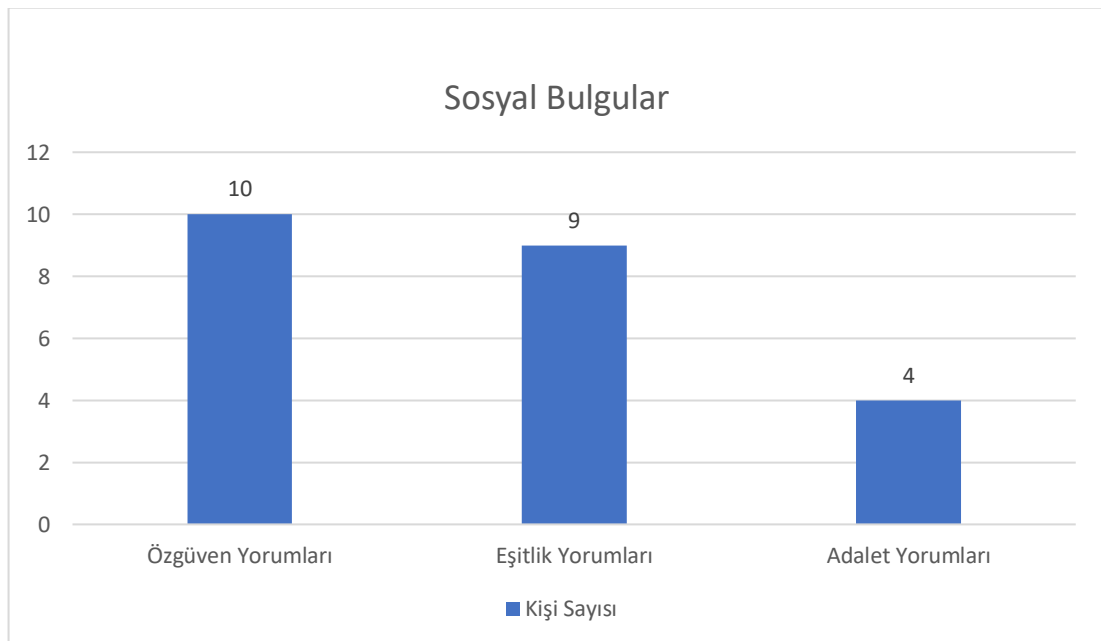
Görüldüğü üzere psikoloji, bireylerin sağlık erişimlerine önemli bir etkidir. K-7 de dahil edildiğinde on katılımcıdan altısının psikolojik olarak, sağlık personeli

davranışlarından oldukça etkilendiğini söylenebilir. Buna ek olarak üç bireyde ise hastane ziyaret sıklığının psikolojik açıdan belirleyici bir güce sahip olduğu gözlemlenmiştir. Daha sık hastaneye giden kişilerin duygusal açıdan daha zayıf olduklarını söylemek mümkündür.

Genel olarak katılımcıların ruhsal durumlarını ele alındığında ise; -dördü net olarak ifade eden- toplamda yedi bireyin psikolojik bir baskı yaşadığı söylenebilir. Ek olarak K-2 de ‘kalabalıktan’ ne denli rahatsız olduğunu belirterek, psikolojik açıdan negatif veriler sunmaktadır. Bu tabloda bize yoksul bir bireyin, sağlık erişimi sağlarken psikolojik açıdan engeller yaşayabildiğini göstermektedir.

Bu bölümde ele alınacak olan bir diğer nokta, araştırmaya katkı sağlayan yoksul bireylerin toplumsal duruşlarıdır. Bu amaçla kişilere, hastanedeyken sosyal olarak kendilerini nasıl gördükleri sorulmuştur. Yani bireyler yoksulluğun etkisi ile kendilerini diğer bireylerden farklı görüyorlar mı? Veya hastanede her vatandaşın eşit hizmet aldığını düşünüyorlar mı? Ya da sağlık erişimlerini sağlarken adil bir düzen olduğuna inanıyorlar mı? Bu ifadeler kişilere tek bir soru altında sorulmuş olup, tamamen kişisel yorumlama hedeflenmiştir. Ancak ‘sosyoloji’ kavramı birçok katılımcıya yabancı geldiğinden (soru her ne kadar açılacak olsa da), katılımcılar oldukça zorlanmıştır. Buna rağmen kendine güven, eşitlik ve adalet dair bir takım bulgular da elde edilmiştir. Şekil 4.4’te özgüven ve eşitlik hakkında olumlu veri sağlayan katılımcı sayısı ve adalet kavramı hakkında şüphe taşıyan katılımcı sayısı yer almaktadır.

Şekil 4.4: Katılımcıların Toplumsal Tutumları



Öncelikle “Kendinizi diğer insanlardan farklı görüyor musunuz?” sorusuna alınan cevaplara bakıldığında, kişilerin ‘kendimi kimseden küçük göremem’ gibi ifadeleri vurguladığı görülmektedir. Bu da kişilerin kendine olan güvenini gösterirken, araştırmacı tarafından da olumlu karşılanan bir durum olmuştur. Ne var ki bireylerin bu duruşları, yukarıda belirtilen psikolojik duruşları ile bir tezat oluşturmaktadır. Örneğin –araştırmacıya göre– psikolojik bulgularda sunulan ‘sağlık personeli’ etkisi, kendine güvenen bir birey tarafından daha kolay tolere edilebilir. Ayrıca kendine sosyal açıdan –gerçekten– güvenen bir bireyin, sosyo-psikolojik açıdan daha güçlü olduğu söylenebilir. Ancak bu sorunun katılımcıların ego duygusunu harekete geçirdiği ve soruyu tamamen anlık ‘gurur’ gibi ego etkileri ile cevapladıklarını söylemek yanlış olmayacaktır. Dolayısıyla ‘kendine güven’ bulgusu üzerine; katılımcıların aslında kendine güvenen ancak bu duyguyu sosyal hayata uyarlamakta zorlanan bireyler oldukları ve bu durumu farkında olmadan yaşadıkları gözlemlenmiştir.

Eşitlik konusunda ise hemen tüm katılımcıların hem fikir olduklarını söylenebilir. Araştırmaya dahil olan katılımcılar genellikle aynı sağlık kuruluşundan (devlet hastanesi, sağlık ocağı vb.) hizmet almaktadır. Dolayısıyla bireyler bu konuda, aynı deneyimler sonucu ortak bir payda da birleşebilmektedirler. Bu da yoksul bir bireyin, kendini diğer bir yoksul birey ile eşit gördüğünü göstermektedir. Bu da araştırmacıya, katılımcıların hizmet aldıkları kurumdaki diğer kişileri kendilerine denk ya da yakın olarak gördüklerini düşündürmektedir. Başka bir deyişle bireyler, aynı kurumda aynı hizmeti alan kişilerin ya onlar gibi yoksul ya da orta halli vatandaşlar olduğunu düşünmektedirler. Bu görüş de kişilerin, belli bir sosyal statüye kadar ‘eşitlik’ kavramına inandıklarını göstermektedir. Araştırmacının bu yaklaşımına en iyi örnek, K-1’in yorumu ile de desteklenmektedir. “*Yani iyi gibi... Tabi özel hastaneye giden kişi ile bir değilim belki ama bizim hastanede eşitiz bence... Kendimi diğer insanlardan farklı görmemeye çalışıyorum.*” (44, K-1) diyerek ve “*bizim*” vurgusu yaparak, sosyal statü farkı yaşadığını ve eşitlik kavramını buna göre değerlendirdiğini net bir şekilde ifade etmektedir.

Sosyolojik bulgulara dair öne çıkan bir diğer bulgu, katılımcıların adalet yorumlarıdır. Bu noktada cevapların ağırlıklı olarak bir şüphe taşıdığı ve ümitsizlik beslediği gözlemlenmiştir. Yani katılımcılar “kendimize güveniyoruz, -bizim hastanede-eşitiz, herhalde adil bir düzen vardır” gibi bir tablo oluşturmaktadır. Bu noktada da bir

katılımcının: *“Ben lise mezunu bir insanım, tabi ki de kendimi kimseden aşağı görmüyorum. Bence hastanede herkese yapılan muamele aynı. Ya hep beraber iyiyiz ya da hep beraber kötü. Orasını bilemiyorum.”* (60, K-7) yorumu bulguyu desteklemektedir. Zira K-7 *“orasını bilemiyorum...”* ifadesi ile sorunun “adalet” vurgusunu cevaplandırmaktadır. Bir başka örnekte ise: *“Valla iyisini kötüsünü millet anlatmaya korkuyor ama bence herkes eşit hastanedeyken. Adillerdir herhalde orasını bilemiyorum.”* (51, K-8) yorumu ile bulguyu en iyi destekleyen katılımcılardan olmuştur. Diğer katılımcıların sosyal duruşlarına bakıldığında ise eşitlik ve adalet ayrımını bir şekilde ifade edebildikleri gözlemlenmiştir. Araştırmacının edindiği bu gözleme göre; katılımcıların ‘adalet’ kavramını tanıdıkları söylenebilir. Aslında bu durum katılımcılar tarafından doğrudan sözlü olarak ifade edilmemiş ve hatta araştırmacı tarafından ön görülmemiştir. Ancak katılımcı analizlerine bakıldığında kişilerin beden dili, yorumlama yetenekleri, total sorulara sundukları cevaplar sonucunda eşitlik ve adalet kavramlarını ayırma becerileri ortaya çıkmaktadır. Zira kişiler aynı kurumdan, aynı hizmetleri aldıklarını ifade ederken, ‘adalet’ içeren ek soruya gelindiğinde çelişkiye düşmektedirler. Bu da kişilerin sağlık hizmeti alırken “adalet” noktasında güvensizlik yaşadığını göstermektedir.

Daha öncede belirtildiği gibi ‘sosyoloji’ kavramı katılımcıları oldukça zorlamıştır, dolayısıyla ilgili soruya doğrudan veri sağlamak da güç olmuştur. Bu kapsamda (soru basitleştirilip ‘toplumsal, sosyal’ kavramları kullanıldığında dahi) yalnızca dört katılımcıya ulaşılabiliştir. Ancak yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinin sağladığı avantajlar ile araştırmacı, katılımcıları daha rahat analiz edebilmektedir. Bunun sonucunda da araştırmacının yeterliliği ölçüsünde, ilgili soruya dair yorumlama yapılabiliştir.

Sonuç olarak ilgili sorunun öncelikle, kişilerin ‘gurur’ mekanizmasını harekete geçirdiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu durum hem kişilerin kendine güven duyguları hakkındaki yorumlarda hem eşitlik kavramı yorumlamalarında hem de kişilerin beden dili ile karşı tarafa sunduğu ifadelerde gözlemlenmiştir. Bu durum öncelikle soruya direkt katılım sağlayan kişilerde gözlenirken K-5, K-6 ve K-9’da da net bir şekilde görülmüştür.

Konuya dair dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta ‘eşitlik’ değerlendirmeleridir. Kişilerin hemen hepsi bu konuda mutabıktır. Ancak daha önce de belirtildiği gibi katılımcılar bu durumu yalnızca hizmet aldıkları ortak alanlar ile

değerlendirmektedirler. Bu durum araştırma dahilinde tatmin edici bir veri olabilir. Fakat ‘eşitlik’ kavramının sosyal dünyadaki yeri bu denli sığ değildir. Dolayısıyla bireylerin bilinç altında –sosyal eşitliği– kısıtlayarak değerlendirdikleri de göz ardı edilmemelidir. Bu noktada “*özel hastaneye giden kişi ile bir değilim belki ama bizim hastanede eşitiz bence ...*” (44, K-1) yorumunu hatırlatmak yerinde olacaktır.

4. 4. Katılımcıların Ekonomik Profili

Araştırma başlığında da yer aldığı gibi ‘yoksulluk’ kavramı araştırmanın mihenk taşlarından biridir. Bilindiği üzere tüm katılımcıların yoksul bireylerden seçilmesine özen gösterilmiştir. Ancak yoksulluk başlığında da belirtildiği üzere, yoksulluk çok boyutlu bir kavramdır. Dolayısıyla katılımcıların yaşadığı yoksulluk boyutunu daha detaylı ele almak yerinde olacaktır. Bu amaç ile öncelikle aşağıdaki tablo ile genel bir görünüm sunmak istenmiştir.

Tablo 4.7: Gelir Düzeyi ve Sosyal Güvence Göstergesi

KATILIMCI	HANE HALKI	AYLIK GELİR (ortalama)	SOSYAL GÜVENCE	MEMNUNİYET
K-1	4 kişi	1500 TL	Eşten sigorta	Evet
K-2	4 kişi	1000 TL	GSS	Evet
K-3	6 kişi	1500 TL	GSS	Evet
K-4	5 kişi	2000 TL	Eşten sigorta	Evet
K-5	3 kişi	Yok	GSS	Evet
K-6	3 kişi	Yok	Yok	Yok
K-7	4 kişi	380 TL	GSS	Evet
K-8	2 kişi	550 TL (2 ayda bir)	GSS	Evet
K-9	1 kişi	266 TL	GSS	Evet
K-10	1 kişi	Yok	GSS	Evet

Tabloda yer alan ‘aylık gelir’ sütunu ile kişilerin yaşadığı yoksulluk gösterilirken ‘hane halkı’ ile de yoksulluğun boyutu vurgulanmak istenmiştir. Buna ek olarak yoksul bir bireyin sağlık güvencesi de yoksulluğun bir göstergesi olduğundan bu başlık

altında sunulmuştur. ‘Memnuniyet’ göstergesi ise yoksul bir bireyin kendine tanınan olanakları nasıl değerlendirdiği hakkında veri sunacaktır.

Katılımcıların yoksulluk profillerine dair bulgulara bakıldığında iki nokta öne çıkmaktadır. Öncelikle erişilen tüm bireyler yoksulluk olgusunu yoğun bir şekilde yaşamaktadır. Ve hane sayıları ile de kişi başına düşen gelir azalarak, yoksulluk artmaktadır. Bir diğer nokta ise yoksul bireylerin sosyal güvence algısıdır. Öyle ki bu noktada ümitsiz ve çaresiz bir tablo gözlemlenmiştir.

Türk – İş’in sunduğu 2018 Nisan ayı açlık ve yoksulluk rakamları şöyledir: Açlık 1,680 TL, Yoksulluk 5, 473 TL. Bu rakamlar dört kişilik bir ailenin gelirin göre hesaplanmıştır. Katılımcıların yarısı en az dört kişilik bir haneye sahipken, diğer yarısı hane sayısı az olsa da düşük gelir seviyesine sahiptir. Bu tabloya göre de 5 kişilik bir hanede ikamet eden K-4 dışında, tüm katılımcılar açlık seviyesinin altındadır. Yoksulluk sınırına bakıldığında ise tüm katılımcıların, yoksulluk sınırının oldukça altında olduğu görülmektedir.

Elde edilen bu tablo araştırmanın doğru bir kitleye ulaşabildiğini göstermektedir. Bununla beraber, yalnızca bu küçük grup ile yoksul bir bireyin –sağlık– için dahi bütçe ayırmasının imkansızlığı gözlemlenmiştir. Bu kapsamda katılımcıların (K-6 hariç) mutlak yoksulluğu (temel gıda ihtiyacı vb.) aşabildiğini, ancak görel, insani vb. diğer yoksulluk tanımlarını aşamadıklarını söylenebilir.

Bir diğer önemli bulgu olarak, yoksul bireylerin sağlık güvencesi anlayışı belirtilmiştir. Katılımcıların yedisi GSS ve iki katılımcı eşinin sağlık güvencesini kullanırken, bir kişinin ise hiçbir sağlık güvencesi yoktur. Memnuniyet skalasına baktığımızda ise K-6 (sağlık güvencesi yok) dışında tüm katılımcıların sağlık güvencelerinden memnun oldukları kaydedilmiştir. Bu noktada bireylerin memnuniyet anlayışını biraz daha detaylı ele almak yerinde olacaktır.

Araştırmanın “Kuramsal ve Kavramsal Çerçeve” başlığı altında belirtildiği gibi 58. Hükümet programına göre: “Toplumun tüm kesimleri sosyal güvenlik kapsamına alınacaktır” şeklinde bir ifadeye yer verilmiştir. Bununla beraber katılımcıların ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, ülkemizde yoksul kesim için uzun yıllardır (1991’den beri) Yeşil Kart adı ile bir sağlık uygulaması yürütülmektedir. Revize edilen sosyal politikalar ile devam eden bu sağlık desteğinin oldukça önemli bir uygulama olduğu da net bir şekilde görülmektedir.

Görüldüğü üzere yoksul vatandaşlar sağlık desteği konusunda, gerekli mevzuat çerçevesinde devlet tarafından desteklenmektedirler. Ve araştırmaya katkı sağlayan hemen tüm katılımcılar da bu destekten memnun olduklarını ifade etmektedirler. Ancak bireyler bu memnuniyeti yalnızca ‘güvencenin varlığı’ olarak algılamakta ve yüzeysel bir ifade sunmaktadırlar. Öyle ki memnuniyet, kişilerin olumsuz yorumlarından dahi etkilenmemektedir. Bu bulguyu desteklemek adına bazı katılımcıların yorumlarını sunmak yerinde olacaktır:

“Şükür, memnunuz elbette. En azından bir sağlık güvencemiz var. Kısa bir dönem o da yoktu ve çok korkmuştum. Allah’ tan ne bizde ne de çocuklarımızda ciddi bir sağlık problemi yok ama güvence olmadığı zaman insan panikliyor işte... o yüzden var olması bile bizim için yeterli.” (44, K-1).

“--- Ama halimize çok şükür, ya yeşil kart da olmasaydı. O zaman ne yapardık işte bilmiyorum, vallahi hasta olmaya korkuyor insan ...” (40, K-2).

“Genel Sağlık Sigortası kullanıyoruz... Yani tabi memnunum diyebilirim, ihtiyaçlarımızı karşılıyor. Zaten başka türlü de olmaz, hastaneye gitmek zorundayız ve bunun için de bir güvence olması şart. O da olmasa herhalde şu ana kadar ölmüştük. Kısacası kızım, şu anda iyi kötü deme şansımız yok, ihtiyaçlarımızı karşılıyor mu karşılıyor!” (55, K-5).

“Biz yoksul insanlarız, o yüzden Yeşil Kart kullanıyoruz.--- O yüzden şimdi devlet bu konuda ne veriyorsa kabul etmek zorundayız, hastaneye gidebildiğime şükür ediyorum açıkçası.” (60, K-7).

“Yeşil Kartlı’ yım ... --- Ama Yeşil Kart’ım hiç olmasaydı, işte o kadar masrafı karşılayacak kimseyi bulamazdım ...Memnun olmayıp ne yapacağız?” (51, K-8).

Yorumlarda da görülebildiği üzere katılımcılar –kabullenilmiş– bir memnuniyet sergilemektedirler. Başka bir deyişle bireyler içeriğini sorgulamadan, hatta sorgulamaya cesaret dahi edemedi, çaresiz bir duygu ile kabullenme sergilemektedirler. Nitekim daha öncede belirtildiği gibi sağlık ertelenemeyen ve hayatın idamesi için yeri doldurulamaz bir öneme sahiptir. Dolayısıyla katılımcılar da yoksulluk olgusunun yarattığı psiko–sosyal baskı ile bunun farkındalığını yaşamaktadırlar.

Bu noktada dikkat çekilmesi gereken bir başka husus ise “Kuramsal ve Kavramsal Çerçeve” başlığı altında da belirtildiği gibi Anayasamızın 56. Maddesidir. Buna göre:

“devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ...sağlamakla devlidir.”

Araştırmacının bu hususa dikkat çekme sebebi, birçok katılımcının “onların devlet için değil, devletin onlar için var olduğu” noktasını atlıyor olmalarıdır. Her ne kadar bu hizmet sosyal devletin bir devi olsa da katılımcılar bunu –tabiri caiz ise– bir nimet olarak karşılamaktadırlar. Dolayısıyla bu nimeti kaybetme korkusu ile onlara sunulduğu veya kullanabildikleri ölçüde kabul etmektedirler. Nitekim bu durum da bireylerin eğitim ve yoksulluk statüleri ile açıklanabilir.

Sonuç olarak erişilen tüm katılımcılar yoksuldur. Ve büyük bir çoğunluğunun sağlık güvencesi devlet tarafından sağlanmaktadır. Ve kişiler bu devlet desteğinden memnun olduklarını ifade etmektedirler. Ancak araştırmacının izlenimine göre bu memnuniyet göstergeleri tatmin edici değildir. Bununla beraber yoksulluk olgusunun sağlık erişiminde ne denli olumsuz etkisi olduğu da görülmektedir.

4. 5. Katılımcıların Sağlık Erişimi

Araştırmada insan hakları kavramı bir destek, yoksulluk kavramı da bir basamak olarak kullanılarak ‘sağlık erişimine’ dikkat çekilmek istenmiştir. Bu aşamada ilgili başlık altında katılımcıların sağlık erişimi üzerine durumları ve kanaatleri sunulmak istenmiştir. Bu çerçevede kişilerin öncelikle hangi kurumu tercih ettikleri, hangi ulaşım araçlarını kullandıkları, sağlık çalışanları ve sağlık giderleri hakkındaki görüşleri üzerine veri toplayarak bulgu elde edinmek istenmiştir.

Öncelikle aşağıdaki tablo ile katılımcıların sağlık kurumu ve ulaşım tercihlerini genel bir görüş ile sunmak yerinde olacaktır. Bunu takiben diğer veriler de analiz edilecektir.

Tablo 4.8: Katılımcıların Sağlık Kurumu ve Ulaşım Tercihleri

KATILIMCI	İLK TERCİH ETTİĞİ KURUM	ULAŞIM ARACI (GENEL)	ULAŞIM ve KURUM MEMNUNİYETİ
K-1	Aile hekimi	Yürüyerek	Evet
K-2	Devlet hastanesi	Yürüyerek/otobüsle	Evet
K-3	Devlet hastanesi	Yürüyerek/otobüs	Evet
K-4	Devlet hastanesi	Otobüs	Evet
K-5	Devlet hastanesi	Otobüs	Hayır
K-6	Devlet hastanesi	Otobüs	Evet
K-7	Devlet hastanesi	Taksi / otobüs	Hayır
K-8	Devlet hastanesi	Ambulans / taksi	Hayır
K-9	Devlet hastanesi	Otobüs	Evet
K-10	Devlet hastanesi	Otobüs	Evet

Görüldüğü üzere katılımcıların hepsi sağlık kurumu tercihlerini devlet kurumlarından yana kullanmaktadırlar ve ulaşımını da toplu taşıma ile sağlamaktadırlar. Ve hem kurum hem de ulaşım araçlarından memnun olduklarını ifade etmektedirler. Ancak yorumlar incelendiğinde bazı tutarsızlıklar da dikkat çekici olmuştur. Bu nedenle diğer başlıklarda olduğu gibi önce konuya dair elde edilen bulguları belirtip, bu paralelde değerlendirmeler sunmak yerinde olacaktır.

Konuya dair bulgulara bakıldığında öncelikle birçok katılımcının devlet hastanelerini tercih ettiğini, fakat memnun olduklarını ifade etseler de bunun zorunlu bir tercih olduğunu görülmektedir. Bir diğer bulgu ulaşım üzerine olup, araştırma lokasyonunun avantajlarını taşımaktadır. Bir diğeri ise katılımcıların algısındaki bir çelişki durumunu göstermektedir. Şöyle ki; ilgili başlık altında ‘sağlık personeli ilişkileri’ hakkında hemen tüm katılımcılar olumlu veri sunarken, yine aynı katılımcılar yukarıdaki ‘Toplumsal ve Ruhsal Duruşlar’ başlığı altında tamamen zıt veriler sunmuştur. Bir diğer bulgu ise sağlık erişimi noktasında oldukça önemli veriler sunmuş olan sağlık giderleridir.

Öncelikle, katılımcıların -sağlık kurumu tercihlerine- dair verileri analiz edilmiştir. Katılımcıların yoksul bireylerden oluşmaları ve ciddi bir çoğunluğunun GSS kullanması gibi nedenlerden dolayı devlet hastanesi tercihlerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bununla beraber tercihler arasında sağlık ocakları da öne çıkmaktadır ve hemen her katılımcı sağlık ocaklarının hizmetlerinden memnun olduğunu ifade etmektedir. Ancak herhangi bir devlet hastanesindeki kaynak yeterliliği, sağlık ocaklarında bulunmadığı için sağlık ocakları hafif hastalık hallerinde tercih edilmektedir.

Katılımcılar devlet hastanesi tercihlerinin memnuniyet göstergelerini olumlu olarak kaydetmektedirler. Ne var ki bu durum analiz edildiğinde, bir mecburiyet duygusu ve sosyo-ekonomik bir baskının var olduğu gözlemlenmiştir. Öncelikle bireyler yoksul oldukları için, bütçelerine en uygun katılım payını sunan devlet hastanesine yönelmektedirler. Bununla beraber kullandıkları sağlık güvencesi kapsamında da sınırlılıklar söz konusudur. Dolayısıyla devlet kurumları dışında, farklı bir sağlık kuruluşu kullanımı mümkün olmamaktadır. Bireylerin bu durumu sosyo-psikoloji açısından nasıl karşıladıklarına bakıldığında ise; çaresiz bir mecburiyet ve alışılmış bir kabullenme hali görülmektedir. Bu noktada bazı katılımcıların yorumları şu şekildedir:

“Bizi devlet hastanesinden başka hastane asla kabul etmiyor. Acil durumda olduğum birkaç defa gittim ama geri çevirdiler, ‘devlet hastanesine git!’ dediler... Mümkün değil bakmıyorlar. Gerçi aile hekimlerimiz de var çok şükür ve oradaki doktorumdan da çok memnunum. Ama sağlık ocağı hastalık halinde yeterli olmuyor maalesef, hafif hastalıkta falan gidiyoruz oraya grip gibi. Bir de yakınlığından dolayı da gidiyorum sağlık ocağına.” (40, K-2).

“İşte mecburen devlet hastanesi, çünkü bizimki sadece orada geçiyor. Sağlık ocağına da gidiyoruz ama genellikle hastaneyi tercih ediyoruz...” (46, K-3).

“Genel Sağlık Sigortası kullandığımız için mecburen devlet hastanesine gidiyoruz.” (60, K-7).

“ Bize devlet hastanesi bakıyor, gidemiyorum ki özele... Anca artık bilincimi yitiriyorum, o zaman yoğun bakım gerekiyor da gidiyorum. Ben sürekli yoğun bakıma giriyorum, 2 ayda altı kez girmişliğim var maalesef. Yani o zaman devlet hastanesi sevk ediyor mecbur, çünkü hastanede yer olmuyor.” (51, K-8).

Erişim başlığı altında öne çıkan bir diğer bulgu ‘ulaşım’ konusu olmuştur. Ulaşım araştırma bölgesinin bir avantajı olarak karşımıza çıkarak, söz konusu araştırmaya önemli bir farklılık sunmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi Fatih İlçesi birçok sağlık kurum ve kuruluşunu barındıran ve konumu neticesinde merkezi ve kolay bir ulaşım ağı sağlayan bir bölgedir. Dolayısıyla bireyler ya hızlı bir şekilde toplu taşıma kullanmakta ya da yürüyerek ulaşım sağlayabilmektedirler.

Ancak ulaşım ağının bu denli elverişli olduğu bir bölgede dahi, yoksulluk yine kendini gösterebilmektedir. Sağlık kuruluşları hastalık halinde ziyaret edilen merkezlerdir ve hastalık çok boyutlu bir olgudur. Dolayısıyla hafif ya da fiziki engel taşımayan hastalık hallerinde ulaşım faktörü bir şekilde sağlanabilmektedir. Ancak aksi durumlarda ulaşım, sağlık erişimine ciddi bir engel olmaktadır. Elde edilen bulguyu, bu durumu yaşayan katılımcıların ifadeleri ile sunmak yerinde olacaktır.

“O konuda bir rahatsızlığım yok, kolay ama bazen hiç yol param olmuyor. Mesela bugün bile buraya gelirken akbilim boşmuş, şoför bedava bindirdi sağ olsun. Kısacası param yoksa ulaşım zor tabi.” (40, K-2).

“Valla ücretsiz olduğu (engelli katılımcı) için mecbur otobüsle gidiyorum ama sıkıntı yapıyor bende. Dedim ya psikolojim çok iyi değil, aynı yerde uzun süre kalamıyorum. Araç değiştirmek istiyorum ama diğer araçlar paralı, bende de para yok. Az yolum kaldıysa inip yürüdüğüm oluyor.” (55, GöK-5).

“Valla ulaşım açısından, cebimde para varsa kolay tabi ki. Çoğu zaman da olmadığı düşünülürse, sen çıkar sonucu... Yani şöyle söyleyeyim, bazen çok zor durumda olsak da hastaneye gidemiyoruz.” (60, K-7).

“Nasıl kolay olsun, hiç kolay olmuyor benim için. Dediğim gibi otobüsle bile gidemiyorum ki benim tansiyonum 25'lere çıkıyor... Borçla gidilir mi hastaneye, gidiyoruz işte mecbur. E ambulans desen her dakika çağırılmaz, benden daha aciller de var. Sadece baygın olduğum zamanlarda çağırıyorlar. Tamam taksiyle gidiyorum ama kendi paramla değil, karşılayamıyorum artık hastane için yol parasını.” (51, K-8).

“Şimdi yalan yok çocuğum çok kolay diyemem. Durak yakın olsa da benim için mesafeli oluyor bazen. Bir de yalnız gidip geliyorum, hastaysam falan o gün vay halime... Otobüste oturuyorum tabi, yer veriyorlar ama oraya gidene kadar... Keşke servis gibi bir şey olsa biz yaşlılar için. Taksiye falan zaten gücüm yetmez.” (87, K-9).

İlgili başlık altında sağlık erişimine etki eden her faktör ve buna dair bulgular belirtilmek istenmiştir. Bu kapsamda katılımcılara direkt olarak “sağlık personeli yaklaşımından memnuniyetleri” de sorulmuştur. İlgili başlık altında hemen tüm katılımcıların olumlu veri sunmaları, araştırma açısından bir tutarsızlık oluşturmuştur. Zira bu durum “Toplumsal ve Ruhsal Duruşlar” başlığı altında elde edilen veriler ve sunulan bulgular ile çelişki oluşturmaktadır.

Ruhsal tutumlar hakkında sunulan bulgularda, katılımcıların sağlık personeli yaklaşımlarına dair veriler belirtilmiştir. Ancak bu başlık altında katılımcıların verileri sığ kalmıştır. Bu durum; bireylerin sosyal ilişkilerini iyilik ve huzur halinde yürütme isteği, bilinçaltındaki dürtülerden habersiz olmaları, soruyu kapsamlı bir şekilde cevaplamak için yetersiz kalmaları (her ne kadar sorular basitleştirilse de mesela kişi ‘sağlık personeli’ kapsamına kimlerin girdiğini bilemeyebiliyor) vb. gibi nedenlerle açıklanabilir. Ancak yine de konuya dair iki katılımcının yorumları veri sağlamaktadır:

“Yani ne bileyim... Bir şeylik oluyor, hani nasıl desem küçümseme gibi, o zaman açıkçası daha da kötü hissediyorum kendimi. Bağırıyor mesela kimi, kaç yaşında kadını zoruma gidiyor vallahi...” (51, K-8).

“Aslında memnunum ama bazen ufak da olsa sorun olabiliyor tabi. Yani ilgisizlik olunca kim olduğu fark etmez, ister doktor ister hemşire ... Mesela film çeken hemşireye soru soruyorum, cevap vermiyor. Ne diyebilirsin ki o zaman? Ama haklarını yemeyeyim, çoğunluğu gayet iyi insanlar.” (58, K-10).

Elde edilen ve katılımcılar tarafından en fazla veri sunulan bulgu ise; bireylerin sağlık giderleri konusunda yaşadıkları zorluklardır. Katılımcılardan bir kişi dışında, herkesin sağlık güvencesi vardır. Ancak buna rağmen ilaç giderleri, katılım payları ve ulaşım gibi harcamalar yoksul bireyler için sağlık erişimi engeli yaratmaktadır. Araştırma kapsamında da tüm katılımcılar bu konuda engel yaşadığını ifade etmektedir. Yalnızca K-3’ün yorumu doğrudan bir engeli ifade etmese de katılımcının hemen her konuda memnuniyet göstergesi yüksek olmasına rağmen bu konuya ucu açık yorum getirmesi, onun da dahil edilmesini sağlamıştır. Katılımcıların konuya dair yorumları şu şekildedir:

“Bazen artı muayene ücreti alıyorlar en çok o zor geliyor bize, e tabi bir de ilaç masrafları var. Bir hastalığımız yok dedim ama çocuklar falan olduğundan mutlaka gitmek zorunda kalıyoruz. O zaman eşim de başlıyor yine ‘maaştan şu kadar

bu kadar kesilmiş' diye, üzüliyorum. Ha bir de bazen dışarıda yapılan tahliller falan filan oluyor onlar da paralı ... Memnunuz dedim ama işte bir bunlar sarsıyor bütçemizi” (44, K-1)

“İlaçlara çok para veriyoruz, muayene de var kesiyorlar hep... Daha geçen gün ilacımı alamadım. İşte o giderlerden ben hiç memnun değilim.” (40, K-2).

“Yani bizde büyük bir hastalık olmadı şimdiye kadar, o yüzden yüklü bir sağlık giderimiz de olmadı. Bu konuda da memnunluğum, normal diyebilirim.” (46, K-3).

“O konuda bir fikrim yok açıkçası, eşim ilgileniyor çünkü bizde böyle şeylerle. Hatta maaşından kesiliyormuş ilaç giderleri falan onu bile daha yeni öğrendim ben. O yüzden bir yorum yapamayacağım.” (24, K-4).

“Yani dediğim gibi benim bir gelirim yok. Haliyle ilaç falan almak bazen zor oluyor. Tamam Allah için çok büyük rakamlar almıyorlar ama kime göre büyük ... Olmayınca ne yapalım kızım? İnşallah maaşımı geri verirler de en azından ilaçlarımı biraz daha rahat alırım.” (55, K-5).

“Vallahi ne düşüneyim? Sarsıyor tabi ama sarssa ne yapacağım? Bir gelir yok ama gitmek de zorundayım. Borç harç idare ediyoruz işte...” (38, K-6).

“İdare ediyoruz tabi ama biraz sarsıyor maalesef, özellikle de ilaç ücretleri. Bir de demin anlattığım gibi yol parası derdi var bizde.” (60, K-7).

“29 tane ilaç içiyorum günde, bir de yol masrafları... İnanır mısın şu an piyasaya 6000 TL borcum var. Onu da neye güvenerek aldın de? Mübarek Ramazan geliyor ya, gelecek olan yardım paralarımı hep komşularıma dağıtacağım yine. Devlet hastanesi de olsa hastanelere gücüm yetmiyor benim artık.” (51, K-8).

“Tansiyon, şeker falan raporlu ilaçlarım var ya yavrum, onlar bana pahalı geliyor. Demin de dedim ya bazen ilaç parasını zor denk getiriyorum.” (87, K-9).

“Valla dediğim gibi her ay almam gereken ilaçlarım var. İlaç parasını karşılamak zor geliyor, buradan (SYDV) aldığım yardımlardan başka bir gelirim yok ki benim. Yol parası bile bulamadığım zamanlar oluyor.” (58, K-10).

Araştırma genelinde elde edilmek istenen en önemli bulgular ‘yoksuların sağlık erişimleri’ hakkındadır. En öne çıkan faktörler de ilgili başlık altında sunulmak istenmiştir. Bu çerçevede erişime engel taşıyan en önemli etkenin de sağlık giderleri

olduğu söylenebilir. Bunu takiben ulaşım ve sağlık personeli yaklaşımlarının da önemli faktörler olduğu gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak katılımcıların sağlık erişimi konusunda ciddi engeller yaşadıkları görülmektedir. Araştırmacının izlenimine göre birçok katılımcı bu durumu kabullenmiş görünmektedir. Ancak bu tablo; insan haklarının sosyal dünyada iyi işlenmesi, teoride gayet başarılı hazırlanmış olan sosyal politikaların pratiğe geçmesi ve toplumsal eğitimin geliştirilerek bireylerin hakları konusunda daha iyi bilgilenmeleri vb. önlemler ile değişime açıktır. Bu yaklaşım ve önerilerin, araştırmanın bir sonraki ‘Sonuç ve Öneriler’ bölümünde daha kapsamlı şekilde ele alınması amaçlanmaktadır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Araştırmanın temel problemi: “İnsan hakları bağlamında yoksul kesimlerin sağlık hakkına erişimde yaşadığı sorunlar”dır. Bu çerçevede yoksul kesimlerin insan haklarını ve sağlık hakkını ne kadar bildikleri ve/veya öğrenmek için nereden/nasıl bilgi alabildikleri gösterilmek istenmiştir. Buna ek olarak sosyal statünün duruma nedenli etkisi olduğu ve bireylerin psiko–sosyal açıdan bu etkiyi nasıl karşıladıkları da analiz edilmiştir.

Araştırma sorusuna cevap vermek üzere veriler nitel bir yöntem ile elde edilmiştir. Sözlü iletişim yolu ile insanları ve onlarla ilişkili durumları anlamaya çalışan, nitel araştırma yöntemlerinden “görüşme” araştırmanın temel veri toplama tekniği olmuştur. Görüşme tekniği türlerinden ‘yarı–yapılandırılmış’ tercih edilerek hem tarafsız bir şekilde bilgi toplanmış hem de saha çalışması sırasında, gerekli durumlarda araştırma lehine derinleşme imkanı doğmuştur. Ayrıca kullanılan nicel yöntem ile araştırma bulguları frekans ve yüzdeler olarak da gösterilmiştir.

Katılımcıların demografik ve toplumsal bulguları incelendiğinde, öncelikle Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ziyaretlerini çoğunlukla yoksul kadınların gerçekleştirdiğini görülmektedir. Bu nedenle araştırmadaki kadın katılımcı sayısı daha yüksek olmuştur. Ayrıca yüzde sekseninin (%80) eğitim düzeyi ilköğretim seviyesindedir. Buna ek olarak hiçbir katılımcının aktif çalışma hayatı bulunmamaktadır. Ancak bu durum ya evde bakım gerektiren bir aile yakınının varlığından ya da doğrudan bireyin kendi sağlık engellerinden kaynaklanmaktadır.

Bireylerin genel kültürleri öncelikle ‘insan hakları’ kavramına dair yorumlarla ölçülmek istenmiştir. Buna ek olarak sağlık hakkı ve tıbbi sosyal hizmeti ne denli tanıdıkları vurgulanmak istenmiştir. Katılımcıların en temel hakları olan insan haklarına dair bilgileri oldukça yetersiz görülmüştür. Yine sağlık hakkı üzerine bilgi düzeyleri de benzer bir durum arz etmektedir. Sadece iki katılımcı (lise mezunu olanlar) ilgili olgulara dair fikir beyan ederken, diğer sekiz katılımcı yorum getirememiştir. Tıbbi sosyal hizmete dair bilgi ise bir katılımcıdan tatmin edici bir tahmin, bir başka katılımcının ise tecrübe sonucu tanınması ile sınırlı kalmıştır.

Bir diğer sonuç katılımcıların psikolojik durumlarına dair olmuştur. Bu çerçevede bireylerin psikolojilerini, sağlık personellerinin ve hastane ziyaret sıklığının etkilediği sonucuna varılmıştır.

Sosyal açıdan ise “hastanedeyken kendinizi nasıl görüyorsunuz? /Diğer bireylerden farklı görüyor musunuz?” sorularının, katılımcıların gurur mekanizmalarını harekete geçirdiği dikkat çekici olmuştur. Bu noktada kişiler kendilerine olan güvenlerinin altını çizmişlerdir. Buna ek olarak sosyal açıdan eşitlik ve adalet kavramları da öne çıkmıştır. Ancak katılımcıların eşitlik anlayışını, farkında olmadan kendi sosyal statülerine göre yorumladıkları gözlemlenmiştir.

Sosyal güvenceye dair bulgulara bakıldığında ise katılımcıların çoğunun Genel Sağlık Sigortası kullandıklarını, iki kişinin de eşinin sağlık güvencesinden yararlandığı görülmektedir. Sağlık güvencesi olan her katılımcı, memnuniyet göstergesini olumlu olarak ifade etmiştir. Ancak bireylerin bu memnuniyeti güvencenin içeriğinden çok varlığına dair olmuştur. Başka bir deyişle sağlık güvencesinin varlığı, yoksul bir birey için nimet olarak algılanmaktadır.

Sağlık erişimine dair elde edilen ve oldukça dikkat çeken iki sonuç ise; ulaşım ve sağlık giderleridir. Araştırmanın avantaj sağlayan lokasyonuna rağmen ulaşım yoksul bir birey için bir problem olabilmektedir. Zira bölge toplu taşıma açısından elverişli olsa da hastalığın boyutu özel araç ile ulaşım gerektirebilmektedir. Bunun yanı sıra ekonomik zorluk yaşayan katılımcı, toplu taşıma masraflarını dahi karşılayamamaktadır. Ulaşımı da kapsayan bir diğer sorun ise genel sağlık giderleridir. Buna göre; katılımcılar için ulaşım, ilaç masrafları, katılım payları vb. giderler sağlık erişimine engel oluşturmaktadır. Öyle ki araştırmaya veri sağlayan tüm katılımcılar, yalnızca bu konuda ortak görüş sunmuşlardır. Sağlık giderleri araştırmada yer alan tüm

bireyler için önemli bir engel oluşturmaktadır. Bu da ‘sağlık giderleri’ konusunu araştırmada en öne çıkan bulgulardan biri yapmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümünde yer alan varsayımlar ışığında çalışma gerçekleştirilmiştir. Buna göre; katılımcıların sorulara samimi ve doğru cevaplar verdikleri varsayılmıştır.

Araştırmanın temel sorusu; “İnsan hakları bağlamında yoksul kesimlerin sağlık hakkı erişiminde yaşadığı sorunlar nelerdir?”. Sonuç olarak elde edilen bulgular araştırma sorusu ışığında değerlendirildiğinde; yoksul bir bireyin insan hakları çerçevesinde, sağlık haklarına erişim zorlukları yaşadığı ve bu konuda yeterli bilgi birikimine sahip olmadığı sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak ilgili eksikliklerin giderilmesinde en aktif rolü üstlenebilecek olan Tıbbi Sosyal Hizmet birimlerinin desteklenmesi ve tanıtılıp geliştirilmesi sonucuna varılmıştır.

5.2. Öneriler

Araştırmada elde edilen veriler ışığında yoksul bir bireyin sağlık erişim kalitesi gösterilmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede yoksul bir bireyin insan hak ve onuruna yaraşır bir şekilde sağlık erişimini gerçekleştirebilmesi için sunulan öneriler aşağıda açıklanmıştır.

1. En temel hak olan ‘insan hakları’ kavramını temel eğitim ile (ilköğretim müfredatı) her vatandaşın öğrenmesi sağlanmalıdır,
2. Sağlık ertelenemeyen ve hayatın idamesi için zorunlu bir olgudur. Her vatandaşın sağlık haklarını bilmesi sağlanmalıdır,
3. Hak ihlali toplumsal refahı engelleyen ve erteleyen bir durumdur. Her birey ‘ihlal’ kavramını bilmelidir,
4. Şikayet ilgili kurumu meşgul etmeyecek şekilde yapıldığında, sosyal düzen ve toplumsal eğitim açısından geliştirici özelliğe sahiptir. Bireylerin bu hukuksal haklarını bilmeleri ve yerinde-zamanında kullanmaları sağlanmalıdır,
5. Tüm sağlık personellerine yoksul, engelli, yaşlı, çocuk vb. gibi özellikle dezavantajlı kişilere karşı nasıl davranmaları gerektiği mesleki eğitimlerle verilmelidir,
6. Engellilik, kronik hastalık gibi sağlık problemleri yaşayan ve hastane ziyareti sık olan kişilere daha pratik hizmetler sunulmalıdır. Teoride var olan

uygulamaların ise (engelli önceliği gibi) gerekli denetimler ile işlevliği sağlanmalıdır,

7. Yoksul bireylerin “eşitlik–adalet” kavramlarını daha evrensel düşünebilmesini sağlamak adına sağlık kurumlarında ilgili görseller ile sosyal mesajlar verilmelidir,
8. Yoksul bireylerde oluşan ‘adalet’ kavramına dair güvensizliğin önüne geçmek adına, ilgili devlet organları eli ile kamu spotları hazırlanmalıdır,
9. Sağlık güvencesinin varlığının, yoksullar için bir nimet değil bir hak olduğunu hissettiren uygulamalar yürütülmelidir,
10. Kullanılan sosyal güvencelerinin kapsamı gerekli mevzuat ve devlet bütçesi ile belirlenmektedir. Dolayısıyla GSS kullanan bir bireyin, sağlık hizmetlerini devlet kurumlarından alması normaldir. Ancak bu hizmetlerin sunulması aşamasında, yoksul bireyin bunu zorunluluk olarak algılamayacağı kalitede uygulamalar yürütülmelidir,
11. Yoksul vatandaş için ulaşım dahi ciddi bir problemdir. Bu çerçevede yalnızca ulaşım zorluğu yaşayan yoksulları kapsayan ve ihlallere kapalı alternatif uygulamalar çalışılmalıdır,
12. Gerekli araştırma ve denetimlerle, mutlak yoksulluk yaşayan vatandaşa verilen sağlık hizmetleri ulaşımdan, hastane teçhizatına kadar tamamen ücretsiz olmalıdır,
13. Yaşlı ve yoksul bireyler için sağlık kurumlarına ücretsiz ulaşım servisi olmalıdır,
14. Tüm sağlık kurumlarında Tıbbi Sosyal Hizmet birimleri yaygınlaşmalı ve etkin rol oynamalıdır,
15. Sosyal hizmet kuramlarından ‘güçlendirme yaklaşımı’ tıbbi sosyal hizmet uzmanları tarafından aktif bir şekilde uygulanmalıdır,
16. Sağlık kurumlarında etkin rol alabilen tıbbi sosyal hizmet birimleri ilgili kitleye ulaşmalı ve toplumsal eğitime katkı sağlayarak sosyal refahı yükseltebilmelidir.

KAYNAKÇA

- Altınparmak, S. (2008). Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk / Eşitsizlik ve Çocuklar. *Çocuk Dergisi*, 8(2):81–86.
- Akdur, R. (1997). Çağımızda Hasta–Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları. *Tıbbi Etik Dergisi*, sayı: 5:43–49.
- Aras, A. (2009). Orta Doğu İnanç Tarihinde İnsan Haklarına Bakış. *İnsan Hakları ve Din Sempozyumu Bildirimi*, 15-17 Mayıs,(Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Yayın No:105): 292-299.
- Arpacıoğlu, Ö., ve Yıldırım, M. (2011). Dünyada ve Türkiye’ de Yoksulluğun Analizi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (4)2:60–76.
- Avrupa Sosyal Şartı, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/sosyalsart.pdf>, [06.02.2018].
- Aykaç, M., Erdoğan, S., ve Tosuner, Ö. (2010). Yoksullukla Uğraşmak ve Uluslararası Organizasyonlar. K. Kardaş (Ed.), *Uluslararası Yoksullukla Mücadele Stratejileri Sempozyumu* (227-236). İstanbul: SATA Reklam Tasarım.
- Başbakanlık İnsan Hakları Başkanlığı, (2006). İnsan Hakları, Ankara.
- Belek, İ. (2000). Sınıflar ve Eşitsizlik: Antalya’da İki Bölge, Yedi Sınıf, *Amme İdaresi Dergisi*, 33(2):79–101.
- Bolsoy, N., ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık–Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(3):78–87.
- Can, Y. (2013). Sosyal Hizmetler ve Yoksulluk. *Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Kırklareli.
- Coşkun, S., ve Tireli, M. (2010). Dünya Bankası ve UNDP’nin Küreselleşme–Yoksulluk İlişkisine Yönelik Yaklaşımları. *Yardım ve Dayanışma dergisi*, 1(1):41–55.

Dedeoğlu, N. (2004). Sağlık ve Yoksulluk. *Toplum Ve Hekim Dergisi*, 19(1):51–53.

Doğan, E. (2014). *Türkiye’de Yoksulluğun Ölçülmesi*. Uzmanlık Tezi, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Ankara.

Dönmez, T. (2009). Sağlık Hakkı, İlaç Arzı ve Eczaneler. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu–Bildirimler: 210–222*, Belediye–İş Sendikası Yayını, Ankara.

Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4) özel eki:39–44.

Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İlişkileri,

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf>, [04.02.2018].

Ekonomi, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme, https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=700:ekonom-sosyal-ve-ktel-haklara-k-uluslararasi-slee&catid=6:uluslararasyolge&Itemid=36, [06.02.2018].

Ertaş, T. (2012). *Anayasa Hukukunda Sağlık Hakkı*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

İnsan Hakları Beyannamesi,

<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>, [04.02.2018].

İnsan Hakları Beyannamesi,

<http://www.turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=6583>, [06.02.2018].

Funda, M.N. (2012). *İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Gözlü, M., ve Tatlıdil, H. (2015). Türkiye’ de 81 ilin kamu tarafından sağlık hizmetlerine erişim durumlar. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2):145–165.

- Gündoğan, N. (2008). Türkiye’de Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadele, *Ankara Sanayi Odası Dergisi*, Ocak/Şubat sayısı:42–56.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürer, A. (2010). *Dünyada ve Türkiye’de Küreselleşme ve Yoksulluk Süreci*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Güzel, A., Okur, A.R., ve Caniklioğlu, N. (2014). *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Hamzaoğlu, O. (2010). Sağlık nedir? Nasıl tanımlanır? , *Toplum ve Hekim dergisi*, 25(6):401 – 410.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, 23420, 1 Ağustos 1998.
- Hatırnaz Erol, G. (2015). *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hogg, M.A., ve Vaughan, G.M. (2014). *Sosyal Psikoloji*. Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Karataş, K. (2002). İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet. K. Karataş (Ed.), *Değişen Türkiye’ De İnsan Hakları Açısından Sosyal Hizmetler*, Yayın No:006, (1–12). Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Yayın Merkezi.
- Kocabaş, A. (2014). Küresel ve Ulusal Akciğer Sağlığına En Büyük Tehdit Sağlıkta Eşitsizlik. *Toraks Bülteni*, Haziran:9–14.
- Koçoğlu, D., ve Akın, B. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, (2)4:145–154.
- Konuk Şener, D., ve Ocakçı, A.F. (2014). Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Çok Boyutlu Etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1):57–68.

- Köse, B. (2009). *Küreselleşen Dünyada Yoksulluk Olgusu*. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Memiş, H., Kara, M., ve Tayfur, L. (2010). Yoksulluk, Yapısal Uyum Programları ve Sahra Altı Afrika Ülkeleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (7)14*:325-346.
- Önen, M. (2010). Yerel Yönetimlerin Yoksullukla Mücadelesi: Malatya Belediyesi Örneği. *Sayıştay Dergisi, sayı 79*:63-95.
- Özalp, A. (2009). Yoksulluk, Yoksunluk, Yurттаşlık: Sosyal Hak(sızlık)ları Politik Düşünme, *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu-Bildirimler*:276-284, Belediye-İş Sendikası Yayını, Ankara.
- Öztürk, M., ve Çetin, B.I. (2009). Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk. *Journal of Yasar University, 3(11)*:2661-2698.
- Polat, G., ve İçağasıoğlu Çoban, A. (2015). 21. yy’ da sağlıkta eşitsizlikler ve eşitsizliğin aşılmasında sosyal hizmetin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, (26) 1*:177 - 190.
- Sağlık Hizmetleri Kanunu, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>, [04.02.2018].
- Sapançalı, F. (2001). Yeni Dünya Düzeni ve Küresel Yoksulluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 3(2)*:115-140.
- Selek Öz, C., ve Yıldırım alp, S. (2009). Türkiye’de Kentsel Yoksullukla Mücadelede Sosyal Belediyeciliğin Rolü. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, (453-461)*, Belediye-İş Sendikası yayını: Ankara.
- Sever, Ç. (2014). Yargı Kararlarında Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Hakkı. Akkoyunlu Ertan, K., Kartal, F., ve Şanlı Atay, Y. (Ed.). *Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Sosyal Haklar, (469-490)*. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü yayını, Yayın No:379, Ankara.

Şahbaz, İ. (2009). Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık Hakkı. *TBB Dergisi*, Sayı: 86:405–424.

Şahin, F. (2002). İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet İlişkisi. K. Karataş (ed.), *Değişen Türkiye’de İnsan Hakları Açısından Sosyal Hizmet (142–149)*. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği yayınları: Ankara.

Şantaş, F. (2017). Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı ile İlişkisi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Ekim(13): 545-591.

Şentürk, R. (2014). Farklı Dünya Medeniyetlerinde İnsan Hakları: İnsan Hakları Bildirimlerine Dayalı Karşılaştırmalı Bir İnceleme. Demirci, M. (Ed.). *Kur’an ve Sünnete Göre Temel İnsan Hakları, (21-51)*. Pasifik Ofset Yayınları, İstanbul.

Şimşek, H., ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2):116 127.

Şahinbaş Erginöz, G. (1999). *Hititlerde Anatomi ve Tıp*. İstanbul: Dilek Ofset Matbaacılık.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>, [06.02.2018].

Temiz, Ö. (2014). Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69(1):165–188.

Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi,

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>, [22.02.2018].

Tireli, M. (2009). *Küreselleşme Yoksulluk: Birleşmiş Milletler (UNDP) ve Dünya Bankası Göstergeleri Işığında Bir Analiz*. Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Ankara.

Topgül, S. (2013). Türkiye’de Yoksulluk ve Yoksulluğun Kadınlaşması, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14(1):277–296.

Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, (2007). *Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru 25 Cevap*, Konya.

Tuncay, T., ve Akbaş, E. (2008). İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları, *Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını, Ocak Sayısı:44–48*, Ankara.

Türk – İş Haber Bülteni, Aralık (2014).

<http://www.turkis.org.tr/dosya/z97C1Q8kFgZ4.pdf>, 01.11.2017.

Ulutürk, S. (2015). Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği. *Finans Politik &Ekonomik Yorumlar*, 52(603): 47-63.

Uzak, A., ve Altuntaş, M. (2007). *İnsan Hakları Nedir*. Ankara: Başbakanlık yayını.

Uzun, A.M. (2003). Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi (4)2:155-173*.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği,

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatI liski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav>, [21.02.2018].

Yıldırım, A., ve şimşek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yüksel Arabacı, R. (2014). Gelir Dağılımı ve Yoksulluk. A. Tokol, ve Y. Alper (eds.), *Sosyal Politika (176–202)*. Bursa: Dora Basım Yayın.

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi

Ek 2: Görüşme Formu

Ek 3: Hasta Hakları Yönetmeliği



EK 1

 **Istanbul Zaim Üniversitesi**
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 34555043-302.14.01-974
Konu : Burçin AFŞAR'ın Tez Konusu Hk.

16/03/2018

İLGİLİ MAKAMA

Enstitümüz Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Sosyal Hizmet Tezli Yüksek Lisans Programı 500714011 numaralı öğrencisi Burçin AFŞAR'ın SHZ 500 Yüksek Lisans Tez konusu "*İnsan Hakları Bağlamında Yoksul Kesimlerin Sağlık Haklarına Erişimi*" olarak belirlenmiştir. Gerekli izinlerin verilmesini saygılarımla arz/rica ederim.



16/03/2018 Uzman Yardımcısı
16/03/2018 Enstitü Sekreteri

: Mehmet Akif SUBAŞI
: Hasan Hüseyin ÖKSÜZ

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://ebys.izu.edu.tr/enVision/Dogrula/KV5CU5>

Adres : Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon No : 4449798 Faks No: 2126938229
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi : Mehmet Akif SUBAŞI
Unvan : Uzman Yardımcısı



EK 2

GÖRÜŞME FORMU

Araştırma Sorusu: İnsan hakları bağlamında, yoksul kesim için sağlık hakkına erişim bir problem midir?

YER:

TARİH:

GÖRÜŞMECİ: Burçin Afşar

GİRİŞ

Merhaba, ben Burçin AFŞAR. İstanbul Zaim Üniversitesi – Sosyal Hizmet Programı’nda Yüksek Lisans eğitimi almaktayım. Sağlık hakkının ülkemizdeki kullanımını konusunda sizinle görüşmek istiyorum. Görüşmedeki amacım, vatandaşların sağlık hakkı erişim kalitesini araştırmaktır. Bu çalışmadan ortaya çıkacak sonuçların, sağlığa erişim konusunda önemli bilgiler sunacağını düşünmekteyim.

- Görüşmeden elde edeceğim bilgiler ve katılımcıların kimlikleri gizlidir, verdiğiniz bilgiler sadece araştırmamda kullanılacaktır.
- İzin verirseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum, böylelikle herhangi bir bilgi atlanmamış olacaktır.
- Görüşmenin yaklaşık yarım saat (30 dakika) süreceğini düşünüyorum.

GÖRÜŞME SORULARI:

1- Kendinizi kısaca tanıtır mısınız?

- Yaşınız.
- Eğitim durumunuz.
- Mesleğiniz.
- Medeni haliniz.

2- Kaç kişilik bir hanede ikamet ediyorsunuz? Aylık geliriniz ortalama nedir?

3- Sosyal güvenceniz nedir?

- 4- Kullandığınız sağlık güvencesinden memnun musunuz? Hayır ise neden?
- 5- Sağlık kurumuna ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz?
- 6- Hastalık halinde hangi kurumu tercih ediyorsunuz? (devlet hastanesi, aile hekimi, özel hastane vb.) Neden?
- 7- Sağlık alışanlarının yaklaşımı bakımından, hizmet aldığımız sağlık kurumundan memnun musunuz?
- 8- Sağlık hizmeti alırken duygusal (ruhsal) olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- 9- Sağlık hizmeti alırken sosyal ortamda (eşitlik, adalet, sosyal statü vb.) kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
- 10- Sağlık hizmetlerine erişiminizi (ulaşım, tedavi hizmetleri, yeterli bilgilendirme, insan onuruna yakışır muamele vb) kolay bir şekilde sağladığınızı düşünüyor musunuz?
- 11- Sağlık giderleri konusunda ne düşünüyorsunuz? (ilaç fiyatları, maaşlardan kesilen sağlık giderleri, hastane katkı ücretleri vb.)
- 12- "İnsan hakları nedir?" biliyor musunuz? Evet ise cevabınız.
- 13- "Sağlık hakkı nedir?" biliyor musunuz? Evet ise cevabınız.
- 14- "Tıbbi sosyal hizmet nedir?" biliyor musunuz? Evet ise cevabınız.
- 15- 'Sağlık hakkı ihlali nedir' biliyor musunuz? Bu durumunda 'şikayet hakkınız' olduğunu biliyor musunuz? Herhangi bir ihlal durumunda bu hakkınızı kullanır mısınız?

EK 5

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ¹¹

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nın somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Kapsam

Madde 2- Bu Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (Başlığı ile birlikte değişik:RG-16/1/2019-30657) Bu Yönetmelik; 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ve 10/7/2018 tarihli ve 30474 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin 355 inci ve 508 inci maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelik'te geçen deyimlerden;

¹¹ Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, 23420, 1 Ağustos 1998.

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,
- b) Hasta: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi,
- c) Personel: Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri,
- d) **(Değişik:RG-8/5/2014-28994)** Sağlık kurum ve kuruluşu: Sağlık hizmeti verilen kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşları ile tababet icra edilen bütün yerleri,
- e) Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası anlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını,
- f) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Yeterlik: Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan onay verenin önerilen tıbbi müdahalede karşılaşılabileceği ya da reddettiğinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma halini,
- g) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Tıbbi müdahale: Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi,
- ğ) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
- h) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini,
- ifade eder.

İlkeler

Madde 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.

b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil 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.

Bilgi İsteme

Madde 7- 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 imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkraya uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyaçı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşur ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8- Hasta; tabii olduğu mevzuatın öngördüğu usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seğtiği 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 ağıp ağmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşıp 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 öngördüğu 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.

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

Mevzuat ile belirlenmiş usüllere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestęe seçme, tedavisi ile ilgili tabii değiştirme ve başka tabiiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10- Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve (**Değişik ibare:RG-16/1/2019-30657**) engelliler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- 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.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- 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.

Ötenazi Yasağı

Madde 13- Ötenazi yasaktır.

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

Tıbbi Özen Gösterilmesi

Madde 14- Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
 - b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
 - c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
 - ç) Muhtemel komplikasyonları,
 - d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
 - e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
 - f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
 - g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,
- hususlarında bilgi verilir.

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

Madde 17- Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye 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.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

Madde 19- 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 fıkra da 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.

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)

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.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Hasta Haklarının Korunması

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21- 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.

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- 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, hakim kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- 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.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı 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, tıbbî 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 alınmadığı 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.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Rıza Formu

Madde 26- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağı mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz.

Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir.

Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller

Madde 31- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)

Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.

Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.

Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.

ALTINCI BÖLÜM

Tıbbi Araştırmalar

Tıbbi Araştırmalarda Rıza

Madde 32- 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.

Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi

Madde 33- Araştırmalarda, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınır. Araştırmanın gönüllüye vereceği muhtemel zararlar önceden tespit edilemediği takdirde; gönüllü, rızası bulunsa dahi, araştırma konusu yapılamaz.

Gönüllü; araştırmanın maksadı, usulü, muhtemel faydaları ve zararları ve araştırmaya iştirak etmekten vazgeçebileceği ve araştırmanın her safhasında başlangıçta verdiği rızayı geri alabileceği hususlarında, önceden yeterince bilgilendirilir.

Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli

Madde 34- Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün rızasının maddi veya manevi hiçbir baskı altında olmaksızın, tamamen serbest iradesine dayanılarak alınmasına azami ihtimam gösterilir.

Tıbbi araştırmalarda rıza yazılı şekle tabidir.

Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu

Madde 35- Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette tatbik edilemez. Faydaları bulunması şartı ile reşit ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılması, velilerinin veya vasilerinin rızasına bağlıdır.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, 24 üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.

İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Madde 36- Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmış olsa dahi, sırf tıbbi araştırma amacı ile hasta üzerinde kendi rızası ve Bakanlığın izni bulunmaksızın hiçbir ilaç ve terkip kullanılamaz.

İlaç ve terkiplerin tıbbi araştırmada kullanımı, 29/11/1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

YEDİNCİ BÖLÜM

Diğer Haklar

Güvenliğin Sağlanması

Madde 37- Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar.

Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır.

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir.

İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır.

Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Madde 39- 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 sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.

Refakatçi Bulundurma

Madde 40- Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.

Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.

Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

Madde 41- Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden buldukları yerlerde de faydalanabilirler:

- a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde,
- b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde,
- c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde.

Hizmetin sağlık kuruluğu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca dzenlenir.

SEKİZİNCİ BÖLÜM

Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

Madde 42- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, Şikayet ve dava hakları vardır.

Hastanın Uyması Gereken Kurallar

Madde 42/A – (Ek:RG-8/5/2014-28994)

Hasta sağlık hizmeti alırken aşağıdaki kurallara uyar:

- 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, gördüğu 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) Personelle sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz.
- f) Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında (Değişik İbare:RG-23/12/2016-29927) hasta hakları birimine başvurur.

Hasta Hakları Birimleri ⁽¹⁾ Hasta Hakları Kurulları, Sertifikalı Eğitim

Madde 42/B – (Ek:RG-8/5/2014-28994)

Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde (Değişik İbare:RG-23/12/2016-29927) hasta hakları birimleri oluşturulur.

İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼; ¼niversite hastaneleri, (**M¼lga ibare:RG-16/1/2019-30657**)(...) ¼zel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmek, karara bağlamak, ¼neri sunmak ve d¼zeltici işlemleri belirlemek ¼zere Hasta Hakları Kurulu oluşturur.

Kurul, başkan dahil aşağıdaki ¼yelerden oluşur. İl sağlık m¼d¼r¼ veya m¼d¼rl¼k temsilcisi Kurulun başkanıdır.

(Değerik d¼rd¼nc¼ fıkra:RG-16/1/2019-30657) Diğer ¼yeler şunlardır: şikayet edilen personelin varsa ¼yesi olduğu kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarından bir temsilci, şikayet edilen personelin varsa ¼yesi olduğu işyeri sendika temsilcisi, şikayet edilen personelin g¼rev yaptığı kurumun ildeki ¼st y¼neticisi tarafından g¼revlendirilen bir kurum temsilcisi, ¼zel sağlık kuruluşlarında ise kuruluşun ¼st y¼neticisi tarafından belirlenen bir temsilci, hasta hakları derneklerinden yoksa t¼keticiler derneklerinden bir temsilci, ildeki insan hakları kurulundan bir temsilci, valilikçe g¼revlendirilen bir vatandaş.

Birden fazla hasta hakları derneğinin veya t¼keticiler derneğinin başvurması durumunda, dernek temsilcisi il sağlık m¼d¼rl¼đ¼nce kura yoluyla belirlenir.

İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼ ihtiyaç halinde birden fazla kurul oluşturabilir.

Bu Y¼netmelik kapsamında yapılacak sertifikalı eğitimler 4/2/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resm¼ Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Y¼netmeliđi h¼k¼mlerine tabidir.

Kurulun G¼revleri, alışma Usul ve Esasları

Madde 42/C – (Ek:RG-8/5/2014-28994)

Kurulun g¼revleri ile çalışma usul ve esasları şunlardır;

a) Kurul, sağlık kurum ve kuruluşu tarafından yerinde ¼z¼lemeyen 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 G¼revleri Hakkında Kanununun 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) **(Mülga Cümle:RG-23/12/2016-29927) (...)** Sekreteryaya hizmetleri il sağlık müdürlüğü hasta hakları koordinatörlüğüne 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) **(Değişik İbare:RG-23/12/2016-29927)** 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.

İl sağlık m¼d¼rl¼đ¼nce bu Y¼netmelik uygulamalarına aykırı davranışı tespit edilen kurul ¼yelerinin ¼yeliđine son verilir ve bunlar beş yıl s¼reyle yeniden ¼ye olarak se¼ilemez.

Hasta hakları kurulu kararlarının ¼zeti, Şikayet edilen kişi isimlerine yer verilmeksizin il sağlık m¼d¼rl¼đ¼n¼n internet sayfasında duyurulur.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Madde 43- Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası a¼ılabılır.

Ancak, aleyhine dava a¼ılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

a) 2577 sayılı İdari Yargılama Usul¼ Kanunu'nun 12 nci maddesine g¼re; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte a¼abilecekleri gibi ilk ¼nce iptal davası a¼arak bu davanın karara bağlanması ¼zerine dava a¼ma s¼resi i¼erisinde tam yargı davası a¼abilirler.

b) Aynı Kanun'un 13 ¼nc¼ maddesi uyarınca, zarar verici eylemin ¼đrenildiđi tarihten itibaren en ge¼ bir yıl i¼inde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı g¼sterilerek idareye m¼racaat edilmesi ve talebin a¼ık¼a veya zımnenn reddi halinde kanuni s¼resi i¼inde idari yargı mercilerinde dava a¼ılması gerekir.

Devlet Memuru veya Diğer Kamu G¼revlisi Personelin Sorumluluğu

Madde 44- Bu Y¼netmelik'te g¼sterilmiř olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka Şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir.

Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna g¼re, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve m¼eyyideler saklıdır.

Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usul¼

Madde 45- Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir.

Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler

Madde 46- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü 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.

Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Madde 47- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikayeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara gore 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 hukmlere gore 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 gore suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hukmlere gore doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikayet yoluyla gerçekleştirilebilir.

DOKUZUNCU BÖLÜM

Son Hukmler

Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Govei

Madde 48- Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gosterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılıp okunabilecek uygun yerlerinde bulundurmak da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

Saklı Olan Hukmler

Madde 49- Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması maksatları ve kanun hukmleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamalar saklıdır.

Geçiş Hükümü

GEÇİCİ MADDE 1 – (Ek:RG-8/5/2014-28994) (Değişik:RG-23/12/2016-29927)

Sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta iletişim birimleri, en geç bir ay içerisinde hasta hakları birimine dönüştürülür.

Yürürlük

Madde 50-Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 51-Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

(1) 23/12/2016 tarihli ve 29927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan değişiklik ile Yönetmeliğin 42/B maddesinin başlığında yer alan “hasta iletişim birimleri” ibaresi “hasta hakları birimleri” olarak değiştirilmiştir.

(2)

Yönetmeliğin Yayımlandığı Resmi Gazete'nin		
Tarih		Sayısı
1/8/1998		23420
Yönetmelikte Değişiklik Yapan Yönetmeliklerin Yayımlandığı Resmi Gazete'nin		
Tarih		Sayısı
1-	8/5/2014	28994
2-	23/12/2016	29927
3-	16/1/2019	30657

ÖZGEÇMİŞ

Adı - Soyadı : Burçin AFŞAR
Doğum Yeri ve Tarihi : İzmir / 1985
E-mail : tassiburcin@gmail.com

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans :İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi – Sosyal Bilimler Enstitüsü–Sosyal Hizmet Programı, 2019, İstanbul.
Lisans :İstanbul Üniversitesi –Edebiyat Fakültesi – Eskiçağ Dilleri ve Kültürleri Bölümü–Hititoloji Anabilim Dalı, 2011, İstanbul.
Önlisans :İstanbul Üniversitesi – Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi–Sosyal Hizmet Programı, (eğitim süreci devam etmektedir), İstanbul.
Lise :İzmir Kız Lisesi, 2002, İzmir.

B. MESLEKİ DENEYİMLER

2007 :Eskişehir – Küllüoba Arkeolojik Kazıları
2008 :Amasya – Oluzhöyük Arkeolojik Kazıları
2007 – 2009 :Türk Eskiçağ Bilimleri Enstitüsü – Enstitü Görevlisi
2007 – 2009 :İstanbul Üniversitesi – Hititoloji Anabilim Dalı – Asistan Öğrenci
2010 : Eskişehir – Küllüoba Arkeolojik Kazıları
2010 :Alo Kartvizit – Grafik Tasarım
2017 - ... :BT Haute Couture Moda – Sosyal Medya Danışmanlığı
2018 - ... :Erthe Bebe Giyim – Grafik Tasarım