

Sağlık Hukuku Açısından Toplumsal Eşitsizlik, Hasta Hakları ve Farklılıklar



Dr. Mevlüt Caymaz



İmeva Kitapları-2024

Sağlık Hukuku

Dr. Mevlüt Caymaz

**SAĞLIK HUKUKU ACISINDAN
TOPLUMSAL EŞİTSİZLİK, HASTA
HAKLARI VE FARKINDALIKLAR**

YAZAR

DR. MEVLÜT CAYMAZ

EDİTÖR

ASSOC. PROF. DR. YILDIRIM B DELDAL



**İMEVA KİTAPLARI
2023**

SAĞLIK HUKUKU ACISINDAN TOPLUMSAL EŞİTSİZLİK, HASTA HAKLARI VE FARKINDALIKLAR

Bu Eser, Kültür Ve Turizm Bakanlığın E-Kitap Yönetmeliğine Göre Tescillenmiş Olup Akademik Amaçlı Bir Kitaptır. Eser Milli Kütüphaneye kayıtlıdır.

Kitabın Yazarı : Dr. Mevlüt CAYMAZ

Kitabın Editörü: Assoc. Prof. Dr. Yıldırım Bayezit DELDAL

E-ISBN: 978-625-98114-3-7

1.E-Baskı, 2024, İstanbul

Yayına Hazırlayan: Assoc.Prof.Dr. Yıldırım Bayezit DELDAL

Kitap Kapak Tasarım: Yıldırım Bayezit DELDAL

© 2023 : İstanbul Medisosyal Eğitim ve Araştırma -İstanbul

Kitap Yayımcısı: Yıldırım Bayezit DELDAL

www.istanbulmedisosyal.com.tr

istanbulmedisosyal@gmail.com

Basım: E-Kitap



İMEVA KİTAPLARI

2023

YAZAR HAKKINDA



1 Mart 1978 tarihinde Şanlıurfa Hilvan'da doğdu. Eğitim hayatına Anadolu Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi'nde Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler alanında başladı. Ardından Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans derecesini tamamladı.

Daha sonra St. Clements Üniversitesi, İngiltere'de Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Sağlık Hukuku alanında doktorasını tamamladı. Mevlüt Caymaz, sağlık hukuku alanında bir dizi seminerlere ve konferanslara katıldı. Sağlık hukukuyla ilgili makale ve kitaplar yazmıştır. İlk kitabı, Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluklarıdır.

En son yayınlanan makaleleri, Tıbbi Veri Gizliliği ve Sağlık Hukuku: Yönetmenlikler, Zorluklar ve İyileştirmeler ve Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırmadır. Yazarın kariyer hedefi, sağlık hukuku alanında uzmanlaşp, sağlık sektöründe etik ve yasal konularda derinlemesine bilgi ve deneyim kazanarak en iyi hukuku çözümlenmeleri sunmaktır.

Dr. Mevlüt CAYMAZ

TEŐEKKÖRLER

Doktora tez aşamasında ve bu kitabımın oluşumu sırasında editörlüğümü üstlenen Sayın Doç. Dr. Yıldırım Beyazıt DELDAL'a içten teşekkür ederim.

Beni büyütüp bu aşamaya gelmemde emeği olan rahmetli annemi ve babamı rahmetle anıyor, onlara sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca kız kardeşlerime ve erkek kardeşlerime de teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi, bu kitabımın oluşmasında her aşamada bana destek olan sevgili eşim Gülenem CAYMAZ'a ve çocuklarım Firuze Azra, Ahmet Kerim ve Murat Taha CAYMAZ'a da sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,

Dr.Mevlüt CAYMAZ

ÖZET

Bu Kitap Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyolojik dinamikleri detaylı bir şekilde ele almıştır. Toplumsal eşitsizlik, hasta hakları ve farkındalık gibi birçok konu sağlık hukuku açısından hayati öneme sahiptir ve sağlık hizmetlerine erişimdeki adaleti ve etkinliği etkileyebilir. Araştırma, bu dinamiklerin Türkiye’deki sağlık sistemine ve yasal düzenlemelere nasıl yansıdığı ve sonuçlarının ne olduğunu anlamayı amaçlamaktadır.

Çalışma, sağlık hizmetlerine erişimdeki toplumsal eşitsizlikleri ve bu eşitsizliklerin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini araştırmaktadır. Sosyal sınıf, cinsiyet etnik köken ve coğrafi konum gibi etkenler sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkileri incelenmiş ve bu faktörlerin sağlık sonuçlarına olan etkileri değerlendirilmiştir.

Ayrıca, hasta hakları ve farkındalık düzeyi üzerine odaklanarak, hastaların sağlık hizmetlerine erişimdeki deneyimleri ve karşılaştıkları zorlukları ele almaktadır. Bu bağlamda, hasta haklarına yönelik mevcut yasal düzenlemelerin etkinliği ve hasta farkındalık düzeyinin artırılması için yapılabilecek çalışmalar üzerinde durulmuştur.

Türkiye’deki sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyolojik faktörlerin derinlemesine anlaşılması ve bu alanda yapılacak politika önerilerine katkıda bulunmayı hedeflenmektedir. Bu vesileyle, sağlık hizmetlerine erişimdeki adalet ve etkinliği artırılabilir, toplumsal eşitsizlikler azaltılabilir ve hasta haklarına daha fazla önem verilebilir.

İÇİNDEKİLER

| | |
|----------------------|-----|
| YAZAR HAKKINDA | İ |
| TEŞEKKÜR | İİ |
| ÖZET | İİİ |
| İÇİNDEKİLER | İV |

BİRİNCİ BÖLÜM

| | |
|----------------------------------|---|
| 1. Giriş | 1 |
| 1.1. Sağlık Hukukunun Önemi..... | 3 |

İKİNCİ BÖLÜM

| | |
|--|----|
| 2. Sağlık Hukukunda Kavramsal Ve Kuramsal Çerçeve | 5 |
| 2.1. Temel Sağlık Hukuku Prensipleri | 5 |
| 2.1.1. Sağlık Hukuku | 6 |
| 2.1.2. Hasta Hakları..... | 6 |
| 2.1.3. Tıbbi Gizlilik..... | 12 |
| 2.1.4. Tıbbi Hata (Malpraktis) | 13 |
| 2.1.5. Tıbbi Etik İlkeleri..... | 18 |
| 2.1.6. Hasta Güvenliği | 20 |
| 2.1.7. Tedavi Hakkı | 21 |
| 2.1.8. Tıbbi Müdahale | 22 |
| 2.1.9. İzin ve Rıza..... | 25 |
| 2.1.10. Eşitlik ve Adalet..... | 27 |
| 2.2. Türkiye'deki Sağlık Hukuku Mevzuatı..... | 28 |
| 2.2.1. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu | 29 |
| 2.2.2. 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu | 32 |
| 2.2.3. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu..... | 33 |
| 2.2.4. 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu..... | 35 |
| 2.2.5. 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu | 37 |
| 2.2.6. 2238 Sayılı Organ ve Doku Nakli Kanun | 38 |
| 2.3. Türkiye'deki Sağlık Hukuku Mevzuatı..... | 40 |
| 2.3.1. Türkiye'de Hasta Hakları | 40 |
| 2.3.1.1. Adaletli ve Hakkaniyetli Olarak Faydalanma Hakkı..... | 42 |

| | |
|---|----|
| 2.3.1.2. Bilgi İsteme Hakkı | 42 |
| 2.3.1.3. Sağlık Kuruluşlarını Seçme ve Değişirme Hakkı | 43 |
| 2.3.1.4. Personel Tanıma Seçme ve Değişirme | 44 |
| 2.3.1.5. Sır Saklanma Yükümlüğü | 44 |
| 2.3.1.6. Tıbben Uygun, Teşhis, Tedavi ve Bakım Hakkı..... | 45 |
| 2.3.1.7. Tıbbi Gereklik Dışında Müdahale Yasağı Hakkı | 45 |
| 2.3.1.8. Tıbbi Özen Gösterilme Hakkı | 45 |
| 2.3.1.9. Hastanın Aydınlatılma ve Onam Hakkı..... | 46 |
| 2.3.1.10. Ötenazi Yasağı..... | 46 |
| 2.3.1.11. Kayıtları İnceleme Hakkı | 47 |
| 2.3.1.12. Mahremiyete Özen Gösterilme Hakkı..... | 48 |
| 2.3.1.13. Bilgilerin Gizli Tutulması | 49 |
| 2.3.1.14. Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası | 50 |
| 2.3.1.15. Güvenliğin Sağlanması | 51 |
| 2.3.1.16. Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma..... | 52 |
| 2.3.1.17. Refakatçi Bulundurma Hakkı..... | 52 |
| 2.3.1.18. Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı | 53 |
| 2.3.2. Türkiye’de Hasta Hakları Kapsamında Çıkarılan Kanunlar..... | 54 |
| 2.3.2.1. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)..... | 54 |
| 2.3.2.2. Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge(2003)..... | 56 |
| 2.3.2.3. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005) | 56 |
| 2.3.2.4.Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmenlik (2011)..... | 57 |
| 2.3.2.5. Hekim Seçme Yönergesi(2007)..... | 58 |
| 2.3.2.6. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi (2004) ... | 59 |
| 2.3.2.7. Hizmet Kusuru Genelgesi (2005) | 59 |
| 2.3.2.8. Hasta Hakları Genelgesi (2014) | 60 |
| 2.3.2.9. Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi (2017) | 61 |
| 2.4. Sağlık Hizmetlerine Erişim Hakkı..... | 61 |
| 2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Erişim | 62 |
| 2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Erişim | 62 |

| | |
|--|----|
| 2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kültürel ve Dil Erişimi | 63 |
| 2.4.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Erşim..... | 64 |
| 2.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kamusal Bilgilendirme Erşim..... | 65 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|---|----|
| 3. Sağlık Hukuku Üzerine Bilimsel Bir Araştırma | 67 |
| 3.1. Araştırma İçin Veri Toplama Araçları | 68 |
| 3.2. Araştırma İçin Kişisel Bilgi Formu | 68 |
| 3.3. Hasta Hakları Farkındalık Düzeyi Ölçeği | 68 |
| 3.4. Araştırma İçin Verilerin Toplanması | 69 |
| 3.5. Araştırma Verilerinin Analizi..... | 69 |

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

| | |
|---|-----|
| 4. Türkiye'deki Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Faydalanırken Farkındalık Düzeyleri ile Sosyolojik Perspektiflerinin İncelenmesi..... | 71 |
| 4.1. Toplumsal Eşitsizlik Kavramı ve Teoriler | 73 |
| 4.1.1. Yaklaşımlara Göre Toplumsal Eşitsizlikler | 75 |
| 4.1.1.1. Yapısalcı (İşlevsel) Yaklaşımına Göre Toplumsal Eşitsizlikler | 75 |
| 4.1.1.2. Çatışmacı Yaklaşımına Göre Toplumsal Eşitsizlikler | 78 |
| 4.1.1.3. Sembolik Etkileşimci Yaklaşımına Göre Toplumsal Eşitsizlik | 81 |
| 4.1.2. Toplumsal Eşitsizlik Teorileri..... | 83 |
| 4.1.2.1. Elit Teorisi | 83 |
| 4.1.2.1.1. Normatif Elit Teorisi | 84 |
| 4.1.2.1.2. Klasik Elit Teorisi | 87 |
| 4.1.2.1.3. Modern (Demokratik) Elit Teorisi | 88 |
| 4.1.2.2. Sosyal Sermaye Teorisi..... | 90 |
| 4.1.2.3. Devri (Cyclical) Dalgalı Model Teorisi | 94 |
| 4.2. Türkiye'de Toplumsal Sınıf, Cinsiyet, Etnik Köken Dinamikleri..... | 97 |
| 4.2.1. Toplumsal Sınıf Kavramı | 97 |
| 4.2.2. Osmanlıda İmparatorluğunda Toplumsal Sınıf Yapısı..... | 105 |
| 4.2.3. Türkiye'de Toplumsal Sınıf Yapısı | 109 |
| 4.2.3.1. 1923-1929 Arası Ekonomik Anlayış ve Sınıflar..... | 111 |
| 4.2.3.2. 1930-1939 Arası Ekonomik Anlayış ve Sınıflar..... | 114 |
| 4.2.3.3. 1940-1945 Arası Ekonomik Etkileri ve İkinci Dünya Savaşı | 117 |

| | |
|---|-----|
| 4.2.3.4. 1946-1974 Arası Savaş Sonrası Dönem, Ekonomi Etkileri ve Sınıflar..... | 119 |
| 4.2.3.5. 1975-1980 Arası Ekonomik Etkileri, Kriz ve Darbe | 122 |
| 4.2.3.6. 1980-1990 Arası 24 Ocak Kararları ve Serbestleşmenin Boyutları..... | 123 |
| 4.2.3.7. 1990-2012 Arası Serbestleşmenin Artışı, Gümrük Birliği'nin Onaylanması, IMF ve Dünya Bankası Kontrolüne Giriş ve Sınıfsal Görünüm..... | 126 |
| 4.2.3.8. Toplumsal Cinsiyet..... | 128 |
| 4.2.3.9. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğini Etkileyen Faktörler | 130 |
| 4.2.3.10. Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet | 133 |
| 4.2.3.11. Türkiye'de Toplumsal Etnik Köken Dinamikleri..... | 136 |
| 4.3. Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Toplumsal Eşitsizliklerin Sosyolojik Analizi. | 139 |
| 4.3.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Toplumsal Eşitsizlikler..... | 139 |

BEŞİNCİ BÖLÜM

| | |
|---|-----|
| 5. Sağlık Hukuku Araştırmasının Bulguları..... | 145 |
| 5.1. Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alırken Karşılaştıkları Zorluklar | 146 |
| 5.2. Hastaların Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alırken Ne Gibi Hakları Bulunmaktadır | 148 |
| 5.3. Hasta Hakları Ne Zaman Türkiye'ye Gelmiştir | 150 |
| 5.3.1. Hasta Haklarının Günümüzdeki Gelişmeleri..... | 152 |
| 5.4. Hastaların Hakları Konusunda Farkındalık Düzeyleri Nelerdir | 153 |
| 5.5. Hasta Hakları Farkındalığı için Yapılan Anket Sonuçları ve Yorumları . | 154 |

ALTINCI BÖLÜM

| | |
|--|-----|
| 6. Sağlık Hukuku Araştırma Sonuçları..... | 202 |
| 6. 1. Literatür Taranması Sonuçları..... | 202 |
| 6. 2. Bulguların Sonuçları..... | 208 |
| 6. 3. Araştırmanın Spss 22 Frekans Oranlarının Yorumlanması..... | 215 |
| KAYNAKÇA | 227 |

BİRİNCİ BÖLÜM

1.Giriş

Sağlık hukuku bağlamında toplumsal eşitsizlikler, insanların sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanmasında ve sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanmasında ortaya çıkan adaletsizlikleri ifade eder. Toplumsal eşitsizlikler, sosyal, ekonomik, kültürel ve politik faktörlerden kaynaklanabilir ve sağlık hukuku bu eşitsizliklerin giderilmesi ve toplumda adaletli bir sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak amacıyla düzenlenmeler yapar.

Örneğin, bazı toplumsal gruplar belirli sağlık hizmetlerine daha az erişim sağlayabilmekte veya sağlık hizmetlerinden daha az faydalanabilmektedir. Bu durum, ekonomik durum, eğitim düzeyi, cinsiyet, etnik köken, yaş, cinsel yönelim gibi faktörlerden kaynaklanabilir. Sağlık hukuku, bu tür eşitsizlikleri gidermek amacıyla sağlık hizmetlerine erişimi sağlamak, ayrımcılığı engellenmek ve toplumum tüm bireylerine eşit sağlık hizmeti sunulmasını sağlamak için düzenlenmeler yapar. Sosyo-ekonomik durum, sağlık hizmetlerine erişimde en önemli faktörlerden biridir.

Düşük gelirli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığı bilinmektedir. Ayrıca, kırsal kesimlerde yaşayan ve

göçmen nüfusunun yoğun olduğu bölgelerde de sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar yaşanabilmektedir.

Cinsiyet de sağlık hizmetlerine erişimde önemli rol oynamaktadır. Özellikle kadınların üreme sağlık hizmetlerine erişiminde bazı sosyal ve kültürel engellerle karşılaşabildiği bilinmektedir. Yaş ve etnik köken de sağlık hizmetlerine erişimde farklılıklara neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde bazı engellerle karşılaşılabilirdiği, ayrıca Türkiye'deki farklı etnik grupların sağlık hizmetlerine ulaşımında bazı sorunlar yaşadığı bilinmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen bir diğer önemli sosyolojik dinamik de göç ve yerinden edilme sorunlarıdır. Özellikle Suriye ve diğer ülkelerden gelen göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde bazı zorluklarla karşılaştığı bilinmektedir.

Bu sosyolojik dinamikler, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin adaletli ve eşit bir şekilde dağıtılması için

dikkate alınması gereken önemli faktörlerdir. Politika yapıcılar ve sağlık hizmetleri sağlayıcıları bu faktörleri göz önünde bulundurarak, sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politikalar geliştirilebilir. Bu nedenle, sağlık politikalarının ve programlarının bu dinamikleri dikkate alarak oluşturulması ve uygulanması önemlidir. Ayrıca, halk sağlığı çalışmaları ve toplumun genel sağlık bilincinin artırılması da bu

dinamiklerin giderilmesine ve sağlık hizmetlerine daha fazla erişim sağlanmasına yardımcı olabilir.

Öte yanda, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinde faydalanma hakkı da, temel insan hakları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu ve alınan hizmetler sırasında hasta haklarının korunması, sağlık sektöründe giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Hasta hakları, hastaların saygı görmesi, mahremiyetini korunması, bilgilendirilmiş onayın sağlanması gibi birçok konuyu içermektedir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi ve etkinliği açısından kritik bir rol oynar

1.1.Sağlık Hukukunun Önemi

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişim, yaslarla güvence altına alınmış temel bir hak olmasına rağmen,

toplumsal eşitsizlikler nedeniyle bu hizmetlere erişimde ciddi farkındalıklar yaşanmaktadır. Gelir dağılımdaki adaletsizlikler, eğitim seviyesindeki farkındalıklar, coğrafi konum, cinsiyet ve etnik köken gibi birçok sosyo-ekonomik ve demografik faktörler, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi doğrudan etkilenmektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişimdeki hakkaniyetin sağlanmasını zorlaştırılmakta ve sağlık sonuçlarında belirgin eşitsizliklere yol açmaktadır.

Türkiye’deki sağlık hizmetlerine erişimdeki toplumsal eşitsizlikleri, hasta hakları ve farkındalık düzeylerini, bu

süreçlerde etkili olan sosyolojik dinamikleri inceleyerek, mevcut durumun daha iyi anlaşılmasını sağlamaktır. Böylece, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve toplumsal eşitsizliklerin azalması için öneriler sunulabilecektir.

Günümüzde sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal refahın temel unsurlarında biri olarak kabul görmüştür. Sağlık hizmetlerinin adil ve eşit bir şekilde dağıtılması, bireylerin sağlık haklarının kullanabilmesi ve bu hakların korunması, modern toplumların öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Fakat Türkiye’de olduğu gibi pek çok ülkede sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal eşitsizlikler, hukuki düzenlenmeler ve farkındalık düzeyleri gibi çeşitli sosyolojik dinamikler tarafında şekillenmiştir.

Bu kitabın önemi, sağlık hukuku perspektifinde toplumsal eşitsizliklerin, hasta haklarının ve farkındalık düzeyinin Türkiye’deki sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerini inceleyerek, mevcut durumun daha iyi anlaşılmasına ve çözüm önerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizlikler sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda toplumsal huzuru ve genel refahı da olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda, araştırmalarda analizler ve bulgular, sağlık politikalarının şekillendirilmesinde, yasal düzenlenmelerin iyileştirilmesinde ve kamu farkındalığının artırılmasında yol gösterici olabilir.

İKİNCİ BÖLÜM

2.Sağlık Hukukunda Kavramsal Ve Kurumsal Çerçeve

Sağlık hukuku çerçevesi, sağlık hizmetlerinin sunumu, tıbbi uygulamaların standartları, hastaların hakları ve sağlıkla ilgili diğer pek çok düzenlenmeleri içerir. Bu çerçeve, hastaların güvenliği, tıbbi gizlilik, tıbbi malpraktis ve sağlık hizmetleri sunucularının sorumlulukları gibi birçok konuyu içerir.

2.1.Temel Sağlık Hukuku Prensipleri

Sağlık, bütün bireylerin yaşam kalitesini artırmak için temel bir ihtiyaçtır. Sağlık hukuku ile ilgili temel prensipler, sağlık sisteminin işleyişini belirler. Bu prensipler, sağlık hizmetlerinin adaletli, güvenli ve bilimsel bir temel sunulmasını sağlar.

Temel sağlık prensipleri anlaşılması, hem sağlık hizmeti sunucularını hem de hastalar için önemlidir. Çünkü bu prensipler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırır, hastaların güvenliğini sağlar ve toplumun genel sağlık durumunu iyileştirir. Bu prensiplerin bazıları aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

2.1.1.Sağlık Hukuku

Sağlık hukuku, sağlık hizmetlerinden faydalananlar ile bu hizmeti verenlerin devlet ile olan ilişkilerini düzenler. Ayrıca, sağlık hukuku, tıp, sağlık hizmetleri ve sağlık kuruluşları ile ilgili olan yasal düzenlenmeleri kapsayan bir alandır.¹

Bu alan, hastaların haklarını korumak için, sağlık personellerin görev ve sorumluluklarını belirlemek, tıbbi müdahaleleri düzenlemek ve sağlık hizmetlerini yönetmek için çeşitli yasal düzenlenmeleri içerir.

2.1.2. Hasta Hakları

Hasta hakları, hastanın kaybettiği sağlığını kısa zamanda en yüksek ve konforlu bir şekilde geri alabilmesidir. Şayet bu mümkün olmaz ise hastalığına karşın yaşam kalitesini koruyabilmesi ve insan onuruna yakışacak şekilde ölebilmesi için her türlü destek ve hizmeti kolay bir şekilde alabilmesidir.²

01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı resmi gazetede yayınlanan hasta hakları yönetmenliğine göre (RG, 1998), hasta hakları tanımı yapmıştır.

HHY. m 4'e göre “ hasta hakları sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunana fertlerin sırf insan olmaları

¹ Özçetin, Balaban, 2015: 14

² Özlü, 2007

sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, Milletlerarası Anlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder". Bu düzenlemelerde anlaşılacağı üzere hasta hakları, insan hakları kavramının sağlık alanında uygulanması olarak görmekteyiz.³

Sağlıklı hakkı, bireyin dünyaya gelmeden önce anne rahminde oluşmaya başladığı andan itibaren kazanılmış olduğu vazgeçilmesi ve devredilmesi mümkün olmayan hakların başında gelmektedir. Birey ister talep etsin ister etmesin sağlığını korunması ve sağlığına kavuşması için gerekli şartlara sahip olma hakkı vardır.⁴

Birey sağlıklı olmaz ise diğer haklarını da kullanılması mümkün değildir. Bu nedenle sağlık yaşam hakkı güvence altına alınması gerekir. Bu düşünceler sonucunda hasta hakları kavramı ve bu alan ile ilgili hukuki düzenlemeler yapılmıştır.

Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalar ABD'lerinde başladığı kabul edilmektedir. Özel muayenehanelerinde hastanelere taşınmasıyla beraber hasta haklarında daha çok bahsedilmeye başlanılmıştır. ABD'de 1970 yıllarının başında mahkeme kararlarında hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisinde öte güven esaslarına dayanılan bir ilişki olduğuna değinilmiştir. Buna göre

³ Erdem, 2001: 40

⁴ Özçetin, Balaban, 2015: 19

hasta devlet tarafında görevlendirilen hekimden tıbbi uygulama için yardım talep eder.⁵

Hekim bu talebi karşılanması sırasında bazı sorumlulukları yerine getirmesi gerekir. Bu sorumlulukların içinde hekim hastaya müdahale öncesi, bunun yararları ve sakıncaları konusunda aydınlatmasında bulunmaktadır. Daha önceleri aydınlatmış onama önem vermeyen hekimler Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkeme kararları sonucunda hasta ile hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir.⁶

Dünyada yaklaşık olarak 600 yıllık bir hüküm süren Osmanlı Devleti'nde hastayı güler yüzle karşılama, saygı ve şefkat göstermek, moral ve motive etmek, sır saklamak, mahremiyetini korumak, geçerli tedavi yöntemleri uygulamak, yüz ekşitmemek, uygulanması olmayan yöntemleri hasta üzerinde denememek, hastalara adil ve eşit davranmak, hastanın ağrısı ve ıstırabını dindirmek, hastaya özen göstermek gibi bir çok hasta haklarını uyguladıklarından bahsedilmektedir.⁷

Hasta haklarına ilişkin ortaya çıkan uluslararası ilk yazılı belge 1981 yılında Dünya hekimleri Birliği tarafında kabul edilen Lizbon Hasta Hakları Bildirgesidir (Demircan, 2006: 15). Bu bildirmede temel hasta hakları sarılanmış, daha sonra 1994

⁵ Erol, 2007: 180

⁶ Sert, 2004: 65-64

⁷ Hakeri, 2016: 34

yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bürosu tarafında yayınlanan Amsterdam da Avrupa da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi kabul edilmiştir. 1995 yılında Endonezya'da Dünya Tabipler Birliği toplantısı sonucunda bu bildirme genişletilerek Bali Bildirgesi adıyla yayınlanmıştır. 2002 'de de Roma'da Hasta Hakları Avrupa Statüsü benimsenmiştir.

Hasta hakları, 2004 yılından sonra kamuoyunda sık sık tartışılan ve gündeme yer edinmiş konular arasında yer almaktadır. Her geçen gün hasta hakları ile ilgili dernek faaliyetleri artmış hem halka hem de sağlık personeline yönelik hasta haklarına ilişkin etkinlikler ve bilimsel araştırma yayınlarında artışlar gözlemlenmiştir. Bu şekilde Türkiye'de hekimlerin hasta haklarının hakkında bilgi seviyeleri ile hastaların haklarını bilme ile talep etme düzeylerini amaçlanmıştır Hasta haklarının amacını şöyle açıklayabiliriz.⁸

1- Hastaların desteklenmesi ve toplumsal açıdan güçlendirilerek hastayı birey olarak geliştirmeli, bedensel ve ruhsal bütünlüğü ile onuru korunmalıdır.

⁸Hakeri, 2007: 74

2- Hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek, özellikle hastaların sağlık hizmetleri alım sürecinde aktif bir şekilde katılımlarını sağlamak.

3- Sağlık personelinin mesleki uygulamalarından doğan hatalarını azaltmak.

4- Hastalara sağlık hizmetlerinde tam olarak yararlanma konusunda yardım etmek ve sistem ile ilgili sorunları en aza indirmek

5- Sağlık kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yönetimleri arasındaki diyalogları için yeni fırsatlar oluşturmak ve var olan fırsatları daha da güçlendirmek.

6- Hasta hakları ile ilgili düzenli başvuru mekanizmasını oluşturarak sağlık ortamında oto kontrol sağlamak.

7- Hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili ulusal ve yerel programlara katılmasını sağlayarak sağlık hizmetleri kalitesini artırmak.

Sonuç olarak, hasta haklarının amacı, hastaların insan haklarına saygı duyulmasını ve sağlık hizmetleri sürecinde tüm hallerde rahatlık ve güven içinde hissetmelerini sağlamaktır. Hasta haklarının tedavilerindeki güvenlerini güçlendirir ve sağlık sistemimizin daha adil ve insancıl bir yapıya sahip olmasına katkıda bulunur.

Hasta hakları, sağlık hizmeti alan kişilerin sahip olduğu temel haklardır. İşte hasta hakları bazı önemli olanları şunlardır;

1- Sağlık Hizmetlerine Ulaşım Hakkı: Her bireyin sağlık hizmetlerine kolayca erişebilme hakkını ifade eder. Bu hak, sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için hastanelere, kliniklere, doktorlara ve sağlık kuruluşlarına ulaşım hakkını içerir.

2- Bilgilendirme Hakkı: Hasta hastalığı ile ilgili tıbbi gerçekler ve sağlık durumu ile ilgili olmak üzere tam olarak bilgilendirme hakkına sahip olup aynı zamanda kendi hakkında tıbbi kaynaklarda ulaşma hakkına sahiptir (Onaran, 2004: 296).

3- Rıza (Onam) Hakkı: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta şayet küçük veya mahcur ise velisinin veya vasisinin izni gerekir. Hastanın velisi veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı durumlarda bu rıza aranmaz.

4- Gizlilik Hakkı: Hastanın sağlık durumunu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kendisine özel bütün bilgileri gizli olarak korunmalıdır. Hastanın açık izni ve mahkeme kararının kesin isteği üzerine ancak bu gizli bilgiler verilebilir. Hastanın açık izni olmadığı durumlarda, gizli bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir (Onaran, 2004: 296) .

5- Mahremiyete Saygı Gösterme Hakkı: Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta açık bir şekilde mahremiyetin korunmasını talep edebilir.

Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.⁹

2.1.3. Tıbbi Gizlilik

Tıbbi gizlilik birden fazla ilkeyi ve temel hakkı kapsar. Özerklik, yararlık, kötü davranmama ve adalet ilkeleri içinde yer alır ve bireyin mülkiyetine, mahremiyetine saygı gösterilmeyi bekleme, sırlarının saklanması dileme gibi hakları içinde barındırır. Tıbbi gizlilik özellikle hekim ile hasta arasındaki güvenin sağlanması ve korunması için vazgeçilmez bir unsurdur. Bundan dolayı, mutlak etik yükümlülüğü oluşturur. Yapılan araştırmalar sonucunda hastanın rızası olmadan kimlik bilgileri açıklanamaz.¹⁰

Hasta haklarına ilişkin Avrupa Statüsü, md. 6:

Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafaza hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir.

⁹ Hakeri, 2007: 81

¹⁰ Gündoğmuş, 2001: 88

Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tıbbi/cerrahi tedaviye ilişkin bir bilgi ve veriler gizli olmalı ve öyle muhafaza(korumalıdır) edilmelidir. Tıbbi/cerrahi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler(hastanın onayı veya özel bir talebi olması durumları hariç) nezdinde yapılmalıdır.

Amsterdam Bildirgesi: *Hastanın sağlık durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır (md. 4.1).*

Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe, hastanın özel ve aile hayatına girilmez (md. 4).

Lizbon Bildirgesi

Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir (md. 4).

Sadece hastanın çocukları ve torunları, sağlıklarını tehdit eden riskleri öğrenmek için bu bilgileri alabilirler (II, md. 8a).

2.1.4. Tıbbi Hata (Malpraktis)

Hizmetleri sonumu sırasında hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya tıbbi müdahale yetkisi bulunan fizyoterapi, psikolog, diyetisyen gibi sağlık personelinin uygulamaları

sonucunda normal seyirinden çıkan hastalığın iyileşmenin geciktirilmesinden kaynaklanan hastanın sakat kalmasına veya ölümü gibi geniş bir alandaki şartların tamamına tıbbi uygulama hatası denir.¹¹

Hekim, hastalarına tıbbi müdahalede bulunurken bunu hassas bir şekilde yapmak zorundadır. Tıbbi müdahaleler hukuka uygunluk çerçevesinde olması önemlidir. Eğer hekim tıbbi müdahaleyi hukuka uygun olmayan bir müdahalede bulunursa hekim yaptığı müdahale bakımından sorumluluktan kurtulamayacaktır. Bu sorumluluk disiplin, özel hukuk ve ceza hukuku alanlarında yaptırımla karşılaşacaktır.¹²

Günümüz itibariyle baktığımızda tıbbi malpraktis kavramı, hekimlerin hatalı tıbbi müdahaleler sonucunda karşılaştıkları cezai ve hukuki

sorumlulukları ile yaptırımları ifade etmek için kullanılmaktadır (Çolak, 2005: 48). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (J.C.A.H.O) yapmış olduğu tanıma göre malpraktis, çoğunlukla halka hizmet veren merkezlerde bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir tıbbi müdahalede

¹¹Çetin, 2006: 31

¹²Çakmut, 2011: 2

bulunması sonucunda, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranmasıdır.¹³

Tıbbi malpraktis kavramların ortak tanımlamalarında, hekim tarafında hastaya yapılan tıbbi müdahale sonucunda hastanın maddi ve manevi zarar görmesidir. İlk olarak M.Ö. 460 yılında tıbbi atası(Uğurlu, 1997: 67) adlandırılan Hipokrat'ın günümüze kadar devam edip ve güncellenen hekimlik mesleği andında, mesleğine yeni başlayan hekimler, hastaların sağlığına ve esenliğine her zaman öncelik vereceklerine ve insan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceklerine dair yemin ederler.

Yine de hekimlerinde başında bulunduğu sağlık ekipleri tarafında sağlık hizmetleri sunulurken meydana gelen tıbbi hatalar her zaman görülmüştür. Yapılan araştırmalar neticesinde, hastaya herhangi bir zarar verilmeden veya yan etki olmaksızın tıbbi müdahale verilemeyeceğine işaret edilmektedir, tıbbi hatanın gerçek oranların bildirilenlerden daha yüksek olduğu ileri sürülmektedir.¹⁴

Tıbbi hata iki şekilde meydana gelmesi mümkündür. Birincisi pasif tıbbi hata olup, yapılması gereken müdahalenin

¹³ Ünal, 2009

¹⁴ Barlıoğlu, 2022: 28-29

yapılmaması, ikicisi aktif hata ise, yapılması gereken tıbbi uygulamanın yanlış ve eksik yapılmasıdır.¹⁵

Tıbbi hataları farklı kategorilere şu şekilde ayırabiliriz.

1- Tanı Koyma Hataları: Bu hatalar genellikle hasta tanısını geciktiren hatalar olup, yapılan testlerdeki eksiklikler yapılan testlerin veya test yöntemlerinin güncel olmamasında kaynaklanan hatalar ile testlerin ve sonuçlarının ilgili sağlık mensubu tarafında izlemesi aşamasındaki hatalar olarak değerlendirilmiştir. Hekimler testleri tıp bilimindeki gereklerine göre doğru yorumlamalıdır.

2- Tedavi Hatası: Hekimin tıp verilerine göre gerekli olan özeni gösterilmediği her türlü tıbbi müdahaledir (Giesen, 1977: 68). Burada hekimin hareketinin icrai mi ihmalmi olduğunun önemi yoktur. Burada hekimin tıbbi müdahale sırasında veya tıbbi müdahale sonrasında hatalı karar vermesi de tedavi kusuru olarak değerlendirilmektedir.¹⁶

Tedavi amaçlı olarak uygulanan operasyon hatalar, verilen ilaç veya diğer tedavi edici tıbbi ürünlerin dozu veya metodu ile ilgili hatalar, hastalara uygunsuz bakım yapılmasına yönelik olarak ortaya çıkan tedavi amaçlı hatalardır. Tedavi hataları, hastaların hastaneye yatış sürelerinde ve hatta ölüm oranında

¹⁵ Şengül, 2020;97

¹⁶ Ulsenheimer, 2003: 38

artışa neden olması nedeniyle oldukça önemlidir ve tıbbi hataların yaklaşık %80 gibi büyük bir kısmını oluşturur.¹⁷

3- Tedavi Sonrası İhlaller: Tedavi sürecinde gösterilen özen yükümlülüğü aynı şekilde tedaviden sonrası içinde geçerlidir.¹⁸

Hekimin hastaya tıbbi müdahalenin bitmesine rağmen, hekimin tedavi sonrası bazı yükümlülükleri söz konusu olabilir. Hastaya uygulanan bir tıbbi cihazın çeşitli risk ve yan etkilerinin olduğunun sonradan anlaşıldığı durumlarda hekimin hastaya ulaşmak için çaba göstererek, onu uyarmasına karar verilmiştir.¹⁹

4- Organizasyon Hatası: İster kamu isterse özel hastaneler olsun yapılan tıbbi müdahalelerde birinci dereceden hastane yönetimi sorumludur (Ayan,1991: 129). Hasta kendisine daha çok özen göstereceğini düşünerek ekonomik şartlarını da zorlayarak özel hastaneleri tercih etmektedir. Özel olması nedeniyle daha çok güvenmektedir.

Hastanenin birinci önceliği ve vazifesi hastanın tedavisidir. Hastane ayrıca hastanın bakımını, hastayı aydınlatma, sadakat ve özen gösterme, kayıt tutma ve sır saklama gibi yükümlülükleri bulunmaktadır(Erol, 2007: 296).

¹⁷ Karabıyık, 2012: 44

¹⁸ Açıoğlu,90

¹⁹ Hakeri, 2007: 589

5- Üstlenme Kusuru: Hekim uzmanlık alanı olmayan bir olay ile karşılaşılabilir yada uzmanlık alanı olmasına rağmen mesleki bilgisi yeterli olmayan bir vaka karşısına çıkabilir(Yavuz, 2006: 118). Bazı istisnalar dışında mevzuatımızda belli başlı bazı hastalıklar hariç uzman hekim tarafında teşhis ve tedavi edilmesi gerektiği ile ilgili bir sınırlama yoktur Bir hekim eğer hekimlik vasfının kazanmışsa o takdirde hastaya tıbbi müdahalede bulunabilir.²⁰

Bir hekim hastaya tıbbi müdahalede bulunmadan önce hastaya tıbbi müdahalede bulunacak yeteri mesleki becerisinin olup olmadığı bu işin üstesinde gelip gelemeyeceği iyice bir muhakeme yapması gerekir (Hakeri, 2018: 847).

Hekim hastayı kendini geliştirmek için bir basamak olarak görmemeli hekim şayet böyle bir yola başvurursa ciddi bir sorumluluk üstlenmiş olur.²¹

2.1.5. Tıbbi Etik İlkeleri

Tıbbi etik sağlık alanında karşılaşılan etik sorunları değerlendirmek ve yönlendirmek amacıyla kullanılan bir çerçevedir. Bu ilkele, hekimlerin sağlık profesyonellerinin etik davranışlarını yönlendiren temel prensiplerdir. Tıbbi etik ilkeleri şu şekildedir.

²⁰Gökcan, 2014: 261

²¹Şengül, 2020: 115

1- Yararlılık İlkesi: Hekimler hastaların iyiliğini gözetmeli ve onların sağlığını korumak için elinde geleni yapıp hastayı sonuna kadar tedavi ederek acısını dindirmeli ve ona fayda sağlanmalıdır.

2- Zarar vermeme İlkesi: Hekimler, hastaların iyiliği için elinde geleni yapmalı ve zarar vermemelidir. Tıbbi müdahale sırasında hastaya en az zarar verecek tedavi yöntemini tercih etmelidir.

3- Özerkliğe Saygı İlkesi: Hastanın sağlığı ile ilgili vermiş olduğu karara saygı gösterilmelidir. Aydınlatılmış onam süreci bu ilkeyi destekler.

4- Adalet İlkesi: Sağlık hizmetleri sonumu adil bir şekilde gerçekleşmelidir. Ayrımcılık göstermeden herkes eşit bir şekilde sağlık hizmeti almalıdır.

5- Kötü Davranmama İlkesi: Hekim hastaya karşı güler yüz ve nazik davranmalıdır. Onu dinlemeli vereceği tavsiyeleri gayet dostane bir şekilde vermelidir. Burada hastada hekime güvenmesi gerekir. Bu ilkeler, tıp etiğinin temelini oluşturur ve hekimler etik kararları verirken bunlar rehberlik eder. Tıp etiği, hastaların haklarını korumak, güvenini sağlamak ve ayrıca toplum sağlık hizmetlerine olan güvenini artırmak için önemlidir.²²

²² Erdemir, 2005: 64-65

2.1.6. Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetleri sunumu sırasındaki hataları önlemeyi ve hataların neden olduğu yaralanma ve ölümleri ortada kaldırmayı amaçlayan bir kavramdır. Bu tıbbi süreçlerdeki olumsuz sonuçları veya yaralanmaları önleme, advers olayları iyileştirme veya hafifletme anlamına gelir.²³

Hasta güvenliği kavramı, tıbbi malpraktisten farklı olarak sağlık çalışanlarının kusurlu olup olmadığına bakmaksızın, teknik cihaz, ilaç gibi bütün nedenlerden kaynaklanan ve hasta için olumsuz bir durum oluşturan olguların hepsini kapsamaktadır. ABD’de yapılan bir araştırma sonucunda olması gereken ideal bir sağlık hizmeti ile mevcut durumdaki sağlık hizmetleri arasındaki uçurumların bulunduğunu ifade edilmektedir. Bu uçurumun temel nedeni, kötü insan gücünden ziyade kötü sistemin olduğunu sonucuna ulaşılmıştır .

Türkiye’de Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi(HGBS), sağlık hizmetlerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirmek için geliştirilmiş bir platformdur. Bu sistem, sağlık kurumlarında hasta güvenliğine yönelik ülkemizde yaygın olarak gerçekleşen ve istenmeyen olayların tespit edilmesini amaçlanmaktadır. HGBS, hataların bildirilmesi için Hata Sınıflandırılma Sistemleri (HSS)

²³ Korkmaz, 2022: 1-19

standardını kullanır ve kişisel bilgileri anonimleştirerek gizliliği korur (HGBS).²⁴

Hasta güvenliği, sağlık hizmetleri sunumunda temel bir prensip olarak kabul edilir ve hastaların sağlık hizmetlerinden kaynaklanan risklerden korunması ve en güvenli bir şekilde hizmetlerden faydalanmasını hedefler. Bu gerekçe ile sağlık personelleri ve sağlık kurumları, hasta güvenliği konusunda devamlı olarak bilinçlenmeli ve önlemleri uygulanmalıdır.

2.1.7.Tedavi Hakkı

Tedavi hakkı, hastalıklardan korunma tedbirleri, hastalıkları belirlemeye yönelik teşhis ve tedavi, hastalığın iyileştirmesi, hafifletmesi veya ortadan kaldırılması ile hastalık sonrası bakımı da kapsayan süreçtir.

Hekim, mesleğini icraa etmekten serbesttir. İsterse tedaviyi reddedebilir. Hiç kimse bir mesleği yapmaya zorlanamaz (Anayasa md. 18,48,49). Böylece hekim, tedaviyi üstlenip üstlenmemeye özgürce karar verebilir. Tıbbı Deontoloji Nizamnamesinin 18. Maddesine göre,

²⁴ Özçetin, Balaban, 2015: 159)

hekim acil haller haricinde, tedaviyi üstlenmeyi reddedebilir. Fakat hekim, hastanın tedavisini üstlendikten sonra, tedavinin gereklerini yerine getirmek zorundadır.²⁵

Hekim hastasına tıbbi müdahaleleri gereğine uygun bir şekilde ve zamanında müdahale etmelidir. Zaman eksikliği veya hafta sonları gibi dinlenme zamanlarında, acilen müdahale gerektirecek durumlarda tıbbi müdahaleyi erteletecek geçerli bir sebep değildir.²⁶

2.1.8. Tıbbi Müdahale

Bireylerin fiziksel, bedensel veya psikolojik bir hastalığının noksanlığını teşhis ve tedavi etmek, eğer bu mümkün değilse en azında hastalığını hafifletmek veya acılarını dindirmek için en basit teşhis ve tedavi yöntemlerinden başlayarak en ağır cerrahi müdahalelere kadar uzanan her türlü etkinlikleridir.²⁷

Tıbbi müdahale kavramı sürekli değişim ve gelişmekte olduğunda, eksiksiz ve tam karşılığı bir tanım

yapabilmemiz mümkün değildir. Fakat tam olarak kapsamlı bir tanım yapmak için tıbbi müdahalenin tanımının da isabetli olacağını belirtmek gerekir. Şöyle ki; hasta hakları yönetmenliği md. 4/g ye göre “*tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından*

²⁵Hakeri, 2007: 453-454

²⁶L/U-Uhlenbruck/Laufs, 2002: 52

²⁷Çakmut, 4

uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinden gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim” tıbbi müdahalelerdir.²⁸

Tıbbi müdahaleler tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafında yapılmalıdır. Ancak hekimin denetim ve gözetiminde ya da yetkili kapsamında diğer sağlık mensupları tarafında tıbbi müdahale bulunabilir.²⁹

Tıbbi müdahaleyi meşru kılan belli başlı noktalar bulunmadığı sürece, vücut bütünlüğüne dokunulması kişilik haklarına aykırı bir mahiyet taşır. Evrensel tıp hukuku bakımından kabul edilen dört temel şartın gerçekleştiği tıbbi müdahaleler ise meşru, yani hukuka uygun kabul edilir.

1- Yetkili Sağlık Personeli; Tıbbi müdahale yetkili sadece sağlık personeline, esas itibariyle hekime verilmiştir. Hekim ve dış hekimleri dışındaki sağlık

meslek mensupları, hekim kararı ve talimatı olmaksızın hastalara doğrudan tıbbi hizmet veremez. İstisna olarak, ilk yardım ve acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda tüm sağlık personeli ilk yardım yükümlülüğünü yerine getirmek zorundadır.

²⁸ Resmi Gazete, 1998, 23420

²⁹ Caymaz, 2023: 39

Hekimlik yapabilmenin ilk şartı tıp fakültesi mezunu olmaktır. Diplomaların sağlık bakanlığı tarafından onaylanmasına da mesleğin icrası için gereklidir.

2- Yasada Görülen Amaçlara Uygun Olması; Tıbbı Deontoloji Tüzüğü (TDT) md. 13/3'sine göre, “ *Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz.*” Hekim, tıbbı müdahale, teşhis, tedavi veya korumak amacıyla yapabileceğini belirtmiştir.³⁰

3- Tıbbı bir Zorunluluktan Kaynaklanmalı (Endikasyon): Her türlü tıbbı müdahale kural olarak endikasyona dayanmalıdır. Başka bir deyişle, belirli bir teşhis veya tedavi sürecinin uygulanabilmesi için, hekimin bu tedbirini haklı kılan bir neden bulunmalıdır. Endikasyon şartı, tıbbı müdahalenin hukuka uygunluğunun sıralama itibariyle bakıldığında ilk şarttır (ARTEMİS).

4- Tıbbi Kural ve Standartlara Uygun Yöntemle Yapılmalıdır: Hastaya yapılan tıbbi müdahale, tıbbı kural ve standartlara uygun bir yöntemle yapılmalıdır.

³⁰ RG, 1960, 10436

2.1.9. İzin ve Rıza

Tıp hukukunda hekimin tıbbi müdahalesinin hukuka uygunluğunu sağlayan asıl unsur rızadır. Aydınlatılmış onam rızanın geçerliğinin ön şartıdır (Hakeri, 2007: 349)

Hekimin hastaya tıbbi müdahalede bulunması yaralanma olarak kabul edilmiştir ve diğer oluşan koşullarla birlikte hastanın rızası tıbbi müdahaleler hukuka uygun sayılması dolayısıyla, sağlık hukuku alanında hastanın rızası büyük önem kazanmıştır.

Nitekim Fransız medeni kanununda 1994 yılında yapılan değişiklikle bu konuya açıklık getirmiştir(Erman, 2003: 60). 16-3/2'nci maddesine göre, “*Hastanın rıza gösterebilecek durumda olmadığı, ancak tıbbi durumunun müdahaleyi gerektirdiği hallerden önce ilgilinin rızası alınmalıdır*”.

Rıza, kişinin vücudunun yaralanmalara karşı korunmasından vazgeçmesini ifade eder(Deutsch, Spickhoff, 202). “ *kişiler kendi vücutları üzerinde ayırık durumlar hariç; ancak kendi tasarrufla bulunabilir ve tehlikelere karşı yine kendisi karar verebilir. Tıbbi müdahalelerde de genel kuraldan ayrılmamak gerekir. Tıbbi müdahaleler ve hekimin girişeceği diğer eylemler kişinin sağlığını, vücut bütünlüğünü ilgilendirdiği, muhtemel tehlikeleri meydana getirici nitelikte olduğu için, bunların*

*gerçekleştirilmesine karar verme yetkisi hekime değil, müdahalelere maruz kalacak kişiye(hastaya) aittir”.*³¹

Hastanın rızasının hukuki olarak geçerli olabilmesi için rızayı bildirebilme ehliyetine sahip olması gerekir. Hasta kendisine yapılacak tıbbi müdahalenin önemi ve sonuçları çok iyi kavranması gerekir (Öz, 1984: 710). Rıza veren hastanın ayırt etme gücüne sahip olması yani iyiyi kötüden ayırt etmesi ve yaş erginliğine 18 yaşının doldurulması gerekir.³²

Rızayı verecek kişi serbest bir iradeyle hiçbir baskı altında kalmadan vermelidir. Yani rızada bulunacak kişinin iradesi bu iradeyi sakatlayan cebir-tehdit hatta hile gibi nedenlerle bozulmamış olmalıdır. Şayet böyle bir durum söz konusu ise alınan rıza geçersiz sayılır.³³

Hastanın tıbbi müdahale için vermiş olduğu rızayı istediği zaman geri alabilir. Bu hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı sonucudur(Çilingirlioğlu, 1993: 53-54) Hasta hakları yönetmenliği 24. Maddesinin 5. Ve 6. Fıkrasına göre:

“ Üçüncü fıkradan belirtilen ve hayatı veya hayatı organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

³¹ 4.YHD, 7.3.1977

³² Erol, 2007: 140

³³ Bayraktar, 1972: 138

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır". Bu düzenleme ile hastanın organlarını tehdit eden acil haller dışında hasta her zaman rızasını geri alabilir. Şayet tıbbi müdahale başlanmış ise hasta rızasını geri alabilmesi için ancak tıbbi yönde bir sakıncasının olmaması gerekir.³⁴

Hasta rızasını geri alınması halinde, geri almaya kadar yapılan tıbbi müdahaleler, hukuka uygun iken, daha sonra yapılacak tıbbi müdahaleler ise, rıza bulunmaması nedeniyle hukuka aykırı olacaktır.³⁵

2.1.10. Eşitlik ve Adalet

Herkesin sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olması ve bu hizmetlerin adil bir şekilde dağıtılması anlamına gelmektedir. Bu ilkeler, sağlık sisteminin işleyişinde ve sağlık hizmetlerinin sunumunda temel prensipler olarak kabul görülmüştür.

Eşitlik, herkesin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimde hiçbir ayrımcılığa maruz kalmadan eşit fırsatlara sahip olması demektir. Adalet ise, kaynakların ve hizmetlerin adil bir şekilde dağıtılması ve herkesin hak ettiği sağlık hizmetlerine erişimde adaletli bir sistem olması gerektiği anlamına gelir. Bu

³⁴ Çakmut, 2003: 210

³⁵ Erol, 2007:150

prensip, sağlık hukukunun temelinde yatar ve sağlık politikalarının oluşturulmasında ve uygulanmasında önemli rol oynar.

Hasta haklarına ilişkin Avrupa Statüsü, md. 2: *“her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık*

hizmetleri herkese eşit olarak verilmeli ve hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veya mali kaynaklar konusunda ayırım yapılmamalıdır”. Şeklinde ifade edilmiştir.³⁶

2.2.Türkiye’deki Sağlık Hukuku Mevzuatı

Türkiye’deki sağlık hukuku mevzuatı, sağlık hizmetleri sunumu, sağlık kuruluşlarının yönetimi, sağlık çalışanlarının hakları ve sorumlulukları gibi birçok konuyu düzenleyen geniş bir yasal düzenlenmeler bütünüdür. Bu mevzuat, Anayasa, sağlık bakanlığı kanunu, tıp hukuku, sağlık kurumları yönetmenliği, sağlık hizmetleri temel kanunu, hasta hakları yönetmenliği gibi yasal belgeleri içermektedir.

Türkiye’de sağlık hukukuyla ilgili temel mevzuatlar şunlardır:

³⁶ Erdemir, 2005: 64-65

2.2.1.1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Osmanlı imparatorluğunda sağlık alanında en kapsamlı yapılan düzenlenmelerin başında gelmektedir. Kanun, genel sağlık koşullarını belirlemek ve kamu sağlığını korumak amacıyla çeşitli önlemleri içermektedir. Bu önlemler arasında şehirde temizlik ve hijyen standartlarının belirlenmesi, su kaynaklarının korunması, hastalıkların kontrol altına alınması için karantina uygulamaları gibi konular içermektedir. Bu kanun, Osmanlı imparatorluğunda modern anlamda sağlık politikalarının ilk adımlarından oluşturdu ve günümüzde halk sağlığı anlamında yapılan ilk düzenlenmelerin temelini oluşturur.

Bu kanunun kabul edilmesiyle beraber, Osmanlı topraklarında hastaneler kurulmaya başlanmış, tıp eğitimi veren okullar açılmış, sağlık personelinin yetkinlikleri belirlemiş ve halk sağlığıyla ilgili düzenlenmeler yapılmıştır. Bu sebeple Osmanlı imparatorluğunda genel sağlık durumu iyileştirmiş ve salgın hastalıkların yayılması önlenmiştir. Bu kanun Osmanlı devletinin sağlık alanında önemli adımlardan biri olarak tarihe geçmiştir.

Bu kanun, halk sağlığını korumak amacıyla birçok düzenlenmeler içerir. İşte bazı temel hükümler:

a- Hastalıkların Bildirimi ve Mücadelesi: Bu bölüm bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi, kontrolü ve mücadelesi ile ilgili

düzenlenmeleri içerir. Ayrıca, işyerlerinde çalışanların sağlık durumlarını işverene bildirilmesi gerekmektedir.

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun md. 65’ de “ *sari bir hastalık zuhur ettiği veya zuhurundan şüphelenildiği veya sari ve salgın bir hastalıktan vefat vuku bulunduğu veyahut vefatın sari ve salgın bir hastalık tesiri ile husule geldiğinden şüphe edildiği ihbar olunur olunmaz hükümet tabipleri veya bulunmadığı mahallerde belediye tabipleri mahallinde lazım gelen tetkikatı icra ve hastalığın muhakkak olup olmadığını ve zuhuru sebeplerin tahkik ile mafevke iş’ar eyler. Sari hastalıklar tetkikatı yapan tabipliklere bütün devlet kuvvetleri müzaherete mecburdurlar*”. Şeklinde açıklanmıştır.

b- Aşılar ve Aşılama: Aşıların uygulaması; aşı takvimi ve aşı zorunlulukları bu kanun kapsamında düzenlenir. 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun md. 89’ de “ *Türkiye hudutları dahilinde doğan her çocuk doğumu takip eden ilk dört ay zarfında aşılanır. Çocuğun peder ve validesi aşı mecburiyetinin ifa edilmesinden aynı suretle mesuldürler. Ebeveyni olmayan çocuklar veya ebeveyni nezdinde bulunmayan çocuklar için çocuğu bakmak üzere kabul eden şahıslar veya müesseseler müdürleri mesuldürler.*” Şeklinde ifade edilmiştir.

c- İşçi Sağlığı: İş sağlığı ve güvenliği, iş yerlerin hijyen koşulları ve işçi sağlığına ilişkin hükümler içerir.

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun md. 179' de “*Aşağıdaki mevaddı ihtiva eylemek üzere işçilerin sıhhatini korumak için İktisat ve Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaletleri tarafından müşteken bir nizamname yapılır.*

1 - İş mahallerinin ve bunlara ait ikametgah ve saire gibi müştemilatın haiz olması lazım gelen sıhhi vasıf ve şartlar.

2 - İş mahallerinde kullanılan alat ve edevat, makineler ve iptidai maddeler yüzünden zuhuru melhuz kaza, sari veya mesleki hastalıkların zuhuruna mani tedabir ve vesait. Kadınlarla 12 den 16 yaşına kadar çocukların istihdamı memnu olan sıhhate mugayir ve muhataralı işlerin neden ibaret olduğu iş kanununda tasrih edilecektir.” Şeklinde ifade edilmektedir.³⁷

d- Gıda Hijyeni ve Denetimi: satış ve denetim ile ilgili düzenlenmeleri içerir.

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun md. 181' de “(...) *umumi sıhhate taalük edip (183) ncü maddede envai zikredilen eşya ve levazım, Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaletinin teftiş ve murakabesine tabidir. Belediye teşekkül etmiş olan mahallerde bu murakabe vekaletinin bu kanun dairesinde ıstar edeceği nizamnamelerle talimatlara tevfikân belediye tarafından ve belediyelerin bulunmadığı yerlerde vekalet sıhhi teşkilatına*

³⁷ Özmen,2014: 93

mensup memurlar tarafından icra edilir.” Şeklinde açıklanmaktadır.

2.2.2. 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu

24 Mayıs 1933 tarihinde kabul edilmiş ve 5 Haziran 1933 tarihli Resmi Ga³⁸zetede yayınlanmıştır. Bu kanun, özel hastanelerin açılma, kullanma ve kapanma şartlarını düzenlenmektedir.

Bu kanunun temel hükümleri şunlardır:

a- Hususi Hastanelerin Tanımı ve Açılma Şartları: Hususi hastaneler, devletin resmi hastaneleri ve belediyelere ait hastanelerin dışında kalan özel sağlık kuruluşlarıdır. Bu hastaneler, hasta tedavi etmek, yeni hastalık geçirmiş kişilerin zayıfları için beslenme ve doğum yardımı gibi amaçlar için açılır. Açılma, kullanma ve kapanma şartları bu kanun hükümlerine tabidir.

2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu md. 1’de “ *Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları "husussi hastaneler" den sayılır. Bunların açılma,*

³⁸ Resmi Gazete, 1933

kullanma, kapanma şartları bu kanunun hükümlerine bağlıdır.”
Şeklinde ifade edilmiştir (HHK).

b- Müsaade ve İstida Süreci: Hususi hastaneler, sıhhat ve içtimai Muavenet vekaleti tarafında verilen müsaade ile açılır. Açılma müsaadesi için hastane yapısının detayları, hastaların kabul edileceği koşullar, yatak sayısı, mesul müdürün bilgileri ve gerekli sermaye belgeleri ile birlikte Valilik’e başvurulur. Tetkikler yapıldıktan sonra uygun görülürse açılma ruhsatı verilir.

c- Hastane Yapısı ve Teknik Detaylar: Açılmak istenen hastanelerin yapısı, iç bölmeleri, tesisat ve diğer teknik detayları haritalar, planlar ve raporlarla belgelenir. Bu belgeler Sıhhat ve İçtimai Muavenet vekaleti tarafından incelenir ve uygun görülürse açılma ruhsatı verilir.

Bu kanun, özel hastanelerin düzenlenmesi ve sağlık hizmetlerinin standartlarını koruma için önemli bir adım oluşturur.

2.2.3. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Bu kanun 7 Mayıs 1987 tarihinde kabul edilmiş ve Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu, yönetimi ve denetimiyle ilgili temel prensipleri ve düzenlenmeleri içeren önemli bir yasadır. Kanun, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin düzenlenmesini ve sağlık sisteminin

işleyişini belirleyen birçok hususu kapsar. Bu kanun, sağlık hizmetlerinin sunumundaki halk sağlığına odaklanmayı, kamu ve özel sektör arasındaki işbirliği, sağlık hizmetlerinin finansmanını, sağlık personelinin eğitimi ve mesleki standartlarını düzenlenmektedir. Ayrıca, hastaların haklarını korumaya yönelik düzenlenmeleri de içermektedir.

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu md. 2’de “Bu kanunun kapsamı, milli savunma bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri kapsar.” Şeklinde kanunun kapsamını belirtilmiştir.

Ayrıca kanunun 3’ncü maddesinde temel esaslar ile ilgili “Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:

a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.

b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık

kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir.” (RG, 1987) Şeklinde açıklanmıştır. Bu kanun sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve yürütülmesi açısından çok önemli temel bir belgedir.

2.2.4. 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu

Bu kanun Türkiye’de eczacılık mesleğini ve eczanelerin işleyişini düzenleyen önemli bir yasadır. Kanun, eczacılık mesleğinin icrası, eczanelerin açılması ve işletilmesi, eczacılık faaliyetlerinin denetlenmesi gibi konuları kapsar. Bu kanunun aynı zamanda, Türkiye’deki eczacılık sektörünün düzenli ve etkin bir şekilde işletilmesini sağlamak amacıyla çeşitli kurallar ve standartlar belirler.

Bu Kanunda Eczacılık mesleğinin tanımını ve icrası hakkında 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanununun md. 1' de şöyle açıklanmaktadır; “ *Eczacılık; eczane, ecza deposu, ecza dolabı, galenik, tıbbi ve ispençiyari mevat ve müstahzarat laboratuvarı veya imalathanesi gibi müesseseler açmak ve işletmek veya tıbbi ve ispençiyari müstahzarat ihzar veya imal etmek veyahut bu kabil resmi veya hususi müesseselerde mesul müdürlük yapmaktır.*”³⁹

Ayrıca kanunun 40'ncı maddesinde, “(Değişik birinci fıkra: 23/1/2008-5728/168 md.) *Bu Kanunda yazılı usullere uygun olarak ruhsatname almaksızın 1 inci maddede sayılı yerleri açanlar üç aydan bir seneye kadar hapis ve yüz günden az olmamak üzere adlî para cezasıyla cezalandırılır.*”(RG, Eczacılar Kanunu, 1953) Şeklinde kanuna uymayanların cezai yaptırımlar ve disiplin prosedürleri de uygulanacağını da ifade edilmiştir.

Bu kanun, eczacılık mesleğinin güvenilirliği, etik etkin bir şekilde icra edilmesinin sağlamak için önemli bir yasal düzenlenmedir.

³⁹RG, Eczacılar Kanunu, 1953

2.2.5. 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, Türkiye hemşirelik mesleğini düzenleyen önemli bir yasal düzenlenmedir. Bu kanun, hemşirelik mesleğinin tanımını yapıp, eğitim süreçlerini düzenler, mesleki standartları belirler ve hemşirelik hak ve sorumluluklarını tanımlar. Ayrıca,

sağlık kuruluşlarında hemşirelerin çalışma koşullarını ve meslek gelişimlerini desteklemek amacıyla çeşitli yasal düzenlemeler içerir. Bu kanun, hemşirelik mesleğinin etik ve profesyonel bir şekilde icra edilmesini sağlamak için referans derecesinde bir kanundur.

6283 Sayılı Hemşirelik Kanununun 4'ncü maddesinde
“ (Değişik: 25/4/2007-5634/3 md.)

Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar.

Hemşirelerin birinci fıkrada sayılan hizmetlerde çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.”(RG, 1954, Sayı :

8647) Şeklinde hemşirelik mesleğinin tanımı ve kapsamını belirtilmiştir. Bu kanun hemşirelik mesleğinin saygınlığını korumak, meslek standartlarını belirlemek ve hemşirelerin haklarını güvence altına almak amacıyla düzenlenmiş kanundur.

2.2.6. 2238 Sayılı Organ ve Doku Nakli Kanun

Organ ve doku nakli ile ilgili, “ *terminal dönemindeki hastalıklarda tedavi amacıyla uygulanan organ ve doku uygulamasıdır.*” (Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmenliği, md. 4/1-ğ)

2238 Sayılı Organ ve Doku Nakli Kanununun 1’inci maddesinde, “ *Tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli bu kanun hükümlerine tabidir.*” (RG, 1979, Sayı: 16655)Şeklinde kanunun amacını belirtmiştir.

Ayrıca, ODNK md. 2’de kanun kapsamını düzenlenmiştir. buna göre, “*bu kanunda sözü edilen organ ve doku deyiminden, insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır. Oto-greftler, saç ve deri alınması,*

aşılması ve nakli ile kan transfüzyonu bu kanun hükümlerine tabi olmayıp, yürürlükte bulunan sağlık yasaları, tüzükleri, yönetmelikleri ve tıbbi deontoloji kuralları çerçevesinde gerçekleştirilir”.(ODNK md. 2)

Organ ve doku nakli bir tıbbi müdahaledir. Bundan dolayı burada tıbbi müdahale kuralları geçerlidir. Fakat burada bir hasta bulunurken, nakil işlemleri için ise, bir hastanın yanı sıra birde sağlıklı bir birey bulunması zorunludur. Bu durum, organ ve doku nakli için özel düzenlemeler gerekir.⁴⁰

Bir kişi kendisi için yararlı olmadığı bir organını veya dokusunu kendi rızasıyla da olsa başka birine vermesi normal kişilik haklarına aykırıdır.

Organı bağışlayan bir kişi açısından endikasyon bulunmadığında sadece rıza eylemi tek başına yeterli olmaz. Bundan dolayı bu konuya ilişkin özel düzenlemeler ile tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirilmesi gerekir (Hakeri, 2007: 171).

⁴⁰ Schreiber, 64

2.3.Türkiye’de Hasta Hakları ve Bu Kapsamında Alınan Kararlar

Türkiye’de hasta hakları ve kapsamına yönelik alınan kararlar genel itibariyle sağı hizmeti alan bireylerin

haklarını korumaya ve sağı hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedeflenmiştir. Hasta hakları kapsamında birçok yönetmenlik ve yasal düzenlemeler çıkartılmış. Bu haklar arasında, sağı hizmetlerine erişim hakkı, rızaya yönelik tedavi ve şikayet hakları gibi haklar bulunmaktadır.

2.3.1.Türkiye’de Hasta Hakları

İnsanoğlunun ana rahmine düştüğü andan itibaren kazanılmış bir haktır. Birey ister talep etsin isterse etmesin, sağığının korunması ve sağığına kavuşması adına gerekli şartları taşıması ve sağığının devamlılığı ve geliştirilmesi için toplum ve yetkililerin sağladığı imkânlardan faydalanmasıdır.

İnsanoğlu sağılıklı olmak, sağığını geliştirmesi ve sağığına yönelik olumsuz gelişmelerden kurtulması onun en temel hakkıdır. Fakat bilerek veya bilmeyerek yapmış olduğu davranışlar sonucunda sağığını yitirebileceği gibi hastalanabileceğini de kabul etmek gerekir. Bu nedenle sağılıklı yaşam hakkını etkileyen sağılık hizmetleri sunumunu sırasında insanın faydalanacağı haklara hasta hakları denir.

Tıp hukukunun önemli bir bölümü hasta haklarına ayrılmaktadır. Hasta hakları aynı zamanda sağlık çalışanlarının hak ve görevlerini de oluşturmaktadır.

Hasta hakları kavramını ortaya koyup geliştirmeye katkı sağlayan doktorlardır. Hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalar Amerika birleşik devletlerinde yapılmaya başlanmıştır. Hasta hakları hakkında ilk çalışmalar doktorlar tarafında yapılmıştır.

Amerikan hastaneler birliği bu konu hakkında ilk çalışmalar yapmıştır. Bu birlik 1972 yılında hasta hakları beyannamesini yayınlamıştır. Ayrıca bu belge hasta hakları ile ilgili yayınlanan ilk belge özelliği taşımaktadır. Avrupa'da ise 1975 yılında Avrupa konseyi parlamenterler Asamblesi hasta hakları ile ilgili bir taslak hazırlanmıştır (Hakeri 2007: 73).

Yeryüzünde 600 yıla yakın hükümdarlık süren Osmanlı devletinde, hastalara karşı güler yüzlü olmak, hastaya sevgi ve şefkat göstermek, teselli etmek ve moral vermek, sır tutmak, hasta mahremiyetini muhafaza etmek, geçerli tedavi yöntemleri kullanmak, yüz ekşitmemek, hastalara adil davranmak, doktorların hastalara eşit davranması, acısını dindirmesi gibi bir çok hasta haklarını uygulama yoluna gitmişlerdir.

Hasta hakları ile ilgili ilk yazılı belge 1981 yılında dünya hekimler birliğince kabul edilen Lizbon hasta hakları bildirgesidir. Hasta hakları ve bu haklara yer veren mevzuat ve hükümler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.

2.3.1.1. Adaletli ve Hakkaniyetli Olarak Faydalanma Hakkı

Sağlık kurumları, hiç kimseye ayrımcılık yapmadan herkese eşit mesafede hizmet vermek zorundadır.

İnsanlar arasında kabul edilebilir bir gerekçe olmaksızın ayırım yapılması adalet ilkesine aykırıdır. Hekim içinde bu ayrıcalık söz konusudur. Hekimler asırlardır sağlık hizmetleri sundukları kişiler arasında din, ırk, cinsiyet, ekonomik durum gözetmeksizin herkese eşit davranmışlardır. Ayrıca hekimler sağlık kuruluşlarında eşitlik ilkesine bağlı kalmış ve savunmuşlardır (Aslan,2010: 61).

1960 yılında çıkarılan Tıbbi Deontoloji tüzüğüne göre, ırk, cinsiyet, milliyet, dini, mezhebi, düşüncesi ne olursa olsun herkes muayene ve tedavi hizmetlerinde eşit bir şekilde faydalanmakla mükelleftir.⁴¹

2.3.1.2. Bilgi İsteme Hakkı

Hasta, sağlık kurumlarında nasıl ne şekilde yararlanacağı bilgi isteme hakkına sahiptir. Hasta hangi sağlık kuruluşlarında hangi şartlarda tedavi

olacağını sağlık hizmetleri tarafında verilen her türlü hizmet ve imkânları ne olduğunu ve faydalanma usullerini öğrenme hakkını da kapsar.

⁴¹ Yıldırım, 2007: 117

Sağlık kuruluşları hastayı bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı birimini oluşturmak ayrıca bu birimde vazife yapacak yeterli donanıma sahip sağlık

personelini yerleştirmek, kurumun uygun yerlerine hastayı bilgilendirecek tabela, broşür ve işaretler bulundurmak zorundadır.⁴²

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, md. 3/3:

Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilerin kolay ulaşılır olması gerekir. Bürokratik engellerin kaldırılıp, sağlık elemanlarının eğitilmesi ve bilgi materyallerinin hazırlanıp dağıtılması sağlanmalıdır.

2.3.1.3. Sağlık Kuruluşlarını Seçme ve Değiştirme Hakkı

Hasta tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlar uyulmak kaydıyla sağlık kurum kuruluşları seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

Sağlık kurum ve kuruluşların sayısındaki artış ve azalışına göre hastanın seçme ve değiştirme hakkı da değişmektedir. Sağlık Kurumların çok olması seçme ve değiştirme hakkını artırırken az olması ise tercih hakkını azaltıyor. Ayrıca ekonomik nedenlerden dolayı da bu hak değişmektedir.

Hastanın bir sağlık kuruluşunda başka bir sağlık kuruluşuna sevki gerektirecek durumlarda hastaya gerekli açıklama yapılır. Sevk öncesi gereken bilgiler sevk eden kurum ve kuruluş

⁴² Hakeri, 2007: 75

yetkilerince verilir. Bu durumda hizmetler aksamadan kesintisiz bir şekilde verilir (md.8).

2.3.1.4. Personel Tanıma Seçme ve Değiştirme

Hastanın talebi üzerine kendisine sağlık hizmeti veren sağlık personeli ve hekim hakkında bilgi verilir. Mevzuatı uyulmak şartıyla hastanın, kendisine hizmet verecek olan personeli ve hekimi ve aynı zamanda hangi teşhis ve tedavi yöntemi kullanacağına seçme ve değiştirme hakkı vardır. Hasta haklarına ilişkin Avrupa Statüsü, md. 5: *Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi yöntemleri ve tedavi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir.*

2.3.1.5. Sır Saklanma Yükümlüğü

Genel olarak sır, bir kimsenin, görmek, işitmek veya hissetmek suretiyle öğrendiği, saklı ve gizli tutulması gereken durumlardır. Bu nedenle doktor gizli kalması şartıyla kendisine verilen bilgiler ile doktorun mesleğini icra etmesi münasebetiyle öğrendiği şeyler sır kapsamındadır.⁴³

Hastanın sağlığına kavuşması için hastanın kendisi ile ilgili en gizli mahrem bilgiler dahi onu tedavi eden kurum ve kişilere vermek zorunda kalabilir. Yada hasta tedavi sürecinde ilaç temini için başvurduğu eczaneye bazı bilgilerini vermek zorunda kalabilir. Bunun yanında tedavi sürecine dahil olan kuruluşların

⁴³ Büyükay, 2004: 386

bazı bilgileri öğrenebilir. Hasta bu durumları istemese de kendisi için sır teşkil eden bu bilgiler ikinci hatta üçüncü kişilerle paylaşmak zorunda kalabilir.

2.3.1.6. Tıbben Uygun, Teşhis, Tedavi ve Bakım Hakkı

Hasta gelişen teknolojinin ihtiyaçlarına göre teşhis konulması, tedavi ve bakımının yapılması ister ve bu hakka sahiptir.

Hasta bu haklarını garantilemesi için, hastane ve sağlık kurumları risk teşkil eden faktörler sürekli kontrol altında tutulması tıbbi cihazları uygun bir şekilde koruyup ve operatörlerin iyi bir şekilde eğitim almış olması gerekir.

Diğer sağlık uzmanları, hastanın tedavisinin bütün aşamalarının ve unsurlarının güvenliğinde sorumludurlar. Tıp hekimleri, devamlı bir şekilde eğitim alarak ve örneklerini inceleyerek hata risklerini en aza indirerek koruma sağlanmalıdır.

2.3.1.7. Tıbbi Gereklilik Dışında Müdahale Yasağı Hakkı

Teşhis, tedavi ve koruma amacı dışında hastanın, ölümüne veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü bozacak veya ruhi ve bedeni direnci azaltacak hiçbir şey yapılamaz ve talep dahi edilemez (md.12).

2.3.1.8. Tıbbi Özen Gösterilme Hakkı

Sağlık personeli hastaya gerekli özeni gösterme hakkı vardır. Hastanın hayatını kurtarma ve sağlığını kuruma mümkün olmasa dahi acısını azaltma ve dindirmeye çalışmak zorundadır.

Hasta haklarına ilişkin Avrupa Statüsü, md. 11:

Her birey, hastalığının her evresinde(aşamasında), mümkün olduğu ölçüde acı ve sıkıntıdan korunma hakkına sahiptir.Sağlık hizmetleri, bu bağlamda (bu amaçla) hastanın tedavisinin kolay ve rahat geçmesi gerekli tedbirleri almalıdır.

2.3.1.9. Hastanın Aydınlatılma ve Onam Hakkı

Hastanın aydınlatılması hasta hakları ile ilgili uluslararası bildirgelerde özellikle açıklanmıştır. Bu hak sağlık hizmetleri veren kurum ve kuruluşlar ile kişiler

hakkında bilgilendirilmesi kişilerin bu kurum ve kuruluşlar ile kişiler hakkında nasıl faydalanacağı konusunda bilgilendirilmesi ve ayrıca hastanın hastalığı ve kendisine ne tür tedaviler uygulanacağı hakkında bilgi verilmesidir.⁴⁴

2.3.1.10. Ötenazi Yasağı

Her ne surette olursa olsun hayat hakkında vazgeçilmez. Kendisine veya başkasının talebinde olsa dahi, hiç kimsenin hayatına son verilmez (md. 13).

Ötenazi, kurtulması ve iyileşmesi imkansız bir hastalığa yakalanan bir hastanın acısını hafifletme hastaya ölümüne yol açacak bir hareketle yardım edilmesidir. Tıptaki bu gelişmeler yaşamın makinelere bağlı devam etmesi olarak sağlamasıdır. Bu gelişmeler sonucunda ölüm süreci uzatılmaktadır.

⁴⁴ Sert, 2004: 206

Ötenazi dünyanın birçok ülkesinde yasaklanmıştır. Özellikle hastaların bedenen öleceği düzeyde dozda ilaç madde verilmesi hastanın ölümüne neden olan

ötenazi (aktif ötenazi) izin verilmemektedir. Özellikle ABD de hasta tedavisi kesilmesi yâda yaşam desteğinin çekilmesi sonucunda yaşamının sona erdirilmesi (pasif ötenazi) mahkemeler kararıyla izin verilmiştir. Burada önemli olan hastanın pasif ötenaziye talepte bulunmasıdır. ABD de gösterilen pasif ötenazi yargı kararlarıyla tanınmıştır. Hollanda da hem pasif hem de aktif ötenazi yasalarda düzenlenmiştir. Ülkemizde ise ötenazi yasaktır.

2.3.1.11. Kayıtları İnceleme Hakkı

Sağlık kurum ve kuruluşlar hasta hakları ile ilgili bilgilerin tutulduğu evrakları eksiksiz ve usulüne uygun bir şekilde tutmak zorundadır. Hastaya verilen sağlık hizmetleri sırasında sağlık personeli hastanın sağlık durumu ile ilgili tıbbi verilerin kayıtların düzenli bir şekilde tutmak ve “hasta dosyası” adı verilen bir dosyada saklaması ve koruması gerekir.

Hekimler ve hekimlik mesleğini icrası ve etik kuralları hem yasa hem de kanunlarda işlenmesi bir zorunluluk teşkil eder. Öbür yandan bu bilgilerin toplanması ve korunması hem hekimin hem de sağlık hizmeti gören hastanın güvencesidir.

Çünkü sağlık hizmetleri devamlılık arz eden bir durumdur. İnsan yaşadığı müddetçe bu hizmet

gereklidir. İnsan hayatın değişik dönemlerinde farklı olaylar yaşayabilir ve bu olaylar bir biriyle alakalı olabilir. Bundan dolayı kayıtları düzgün bir şekilde tutulması gerekir. Bu saklama süreleri her ülke için farklılık arz eder. Bazı ülkelerin ise ömür boyu saklanmaktadır.⁴⁵

Hastanın faydalandığı sağlık hizmetleri sürecinde ve sonunda oluşan tıbbi kayıtlara ve sağlık kurumuna ilişkin her türlü bilgiyi istediği zaman ulaşma ve istediği takdirde bu bilgilerin birer örneğini alma hakkına sahiptir. Buna bağlı eksik veya yanlış bilgilerin düzeltilmesini isteyebilir.⁴⁶

2.3.1.12. Mahremiyete Özen Gösterilme Hakkı

Hekim ile hasta arasındaki bağın temelinde güven esasına dayanır. Bu güven ancak zarar değil yarar

sağlanması ve hastanın özel hayatına saygı göstermesi ve sırlarını saklamasıyla mümkün olur. Hasta ile hekim arasında özel kişisel ilişkiler vardır. Bu ilişkiler genel ahlaki kurallar, tıp mesleğinin kuralları ve mahremiyet konuları üzerinde durulmasıyla mümkündür.⁴⁷

Sonuç ölüm dahi olsa mahremiyetten ödün verilmez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarda, hastanın tedavisi ile

⁴⁵ Aslan, 2010: 89

⁴⁶ Özlü, 2007: 144-145

⁴⁷ Karlıkaya, 2007: 10

doğrudan alakalı olmayanların tıbbi müdahale de bulunacaksa hastanın rızasını almak zorundadır.⁴⁸

Mahremiyete saygı gösterilme hakkı:

- Hastanın durumunu ilgilendirilen tıbbi değerlendirilmeler gizlilik içerisinde yürütülmelidir.
- Hastaya doğrudan temas gerektiren, teşhis ve tedavi durumlarda gizlilik ortamında gerçekleştirilmelidir.
- Tıbben sakınca olmayan durumlarda hastanın bir yakını yanında bulunmasına izin verilebilir.
- Tedavi ile alakası olmayan kişilerin tıbbi müdahale ortamında bulunmaması,
- Hastadan lüzum olmadıkça şahsi ve ailevi bilgiler istememek
- Sağlık harcamalarının kaynağını gizli tutulması

2.3.1.13. Bilgilerin Gizli Tutulması

Sağlık hizmetleri verilirken elde edilen bilgiler, kanunda izin verilen haller dışında kesinlikle hiçbir şekilde açıklanamaz.

Araştırma ve eğitim aracı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz (md.23).

⁴⁸Yıldırım, 2007: 120

Hasta hakları ile ilgili Avrupa Statüsü, md. 6:

“Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir.

Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tıbbi/cerrahi tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve öyle muhafaza(korunmalıdır) edilmelidir. Tıbbi/cerrahi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler (hastanın onayı veya özel bir talebi olması durumları hariç) nezdinde yapılmalıdır.”⁴⁹

2.3.1.14. Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası

Tıbbi müdahalede bulunurken mutlaka hastanın rızası alınmalıdır. Şayet hasta reşit değilse veya mahcur ise velisinin veya vasisinin iznine başvurulur. Bunun dışındaki hallerde yani, hastanın velisi ve vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın kendisini ifade edecek takatının olmadığı durumlarda, bu şart aranmaz.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamı taşımaktadır.

⁴⁹ Hakeri, 2007: 82

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakıncası bulunmaması şartına bağlıdır (md.24). Aksi halde, Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, md. 4/6: hastanın tedavi veya tıbbi müdahaleye itiraz etme hakkı veya tedavi sürecinde kararını değiştirip devam edilmesine karşı itiraz etme hakkı vardır.

Tıbbi müdahale için rıza alınırken hastaya veya kanuni temsilcisine müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında geniş bilgi verip ve aydınlatılması gerekmektedir.

*Lizbon Bildirgesi md. 3:

“Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir.”

2.3.1.15. Güvenliğin Sağlanması

Herkes sağlık hizmetlerinde güvenli bir şekilde faydalanma ve ayrıca bunu talep etme hakkına sahiptir.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları başta hasta olmak üzere ziyaretçi ve refakatçılar gibi yakınlarının can ve

mal güvenliğini sağlamak ve tedbirleri almak zorundadır.

2.3.1.16. Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerde Faydalanma

Sağlık hizmetleri imkanlarından faydalanırken imkanlar ölçüsünde hastaların dini vecibelerini yerine getirmek için gereken tedbirler alınır.

Kurumların hizmetleri aksatmamak, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce uyguladığı tıbbi müdahaleyi engellemek şartıyla hastalara dini telkinden bulunmak ve onları manevi olarak desteklemek üzere talep edildiği takdirde dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, *“kurumlarda rastgele yerlerde ibadet edilmez. Kurum olanakları müsait olduğu takdirde hastalardan ibadetlerini yerine getirmek isteyenlere yer ayrılabilir. Agoni halindeki hastalara hangi din ve mezhepten olursa olsun istenildiği takdirde dini telkin ve dualar yapmak üzere bir din adamı davet edilebilir.”*(md. 193)

2.3.1.17. Refakatçi Bulundurma Hakkı

Hasta tedavi sürecinde hastaya yardımcı olması için, mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumu müsait olması üzerine aynı zamanda tedaviden sorumlu hekiminde uygun görmesi halinde, refakatçi bulundurulması talep edilebilir.

Bu hakkın nasıl ve ne şekilde kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir (md. 40).

2.3.1.18. Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı

Hasta, hakları ihlal edildiği takdirde, mevzuatlara bağlı kalmak şartıyla her türlü başvuru, şikayet haklarını arama ve ayrıca dava açma hakkına sahiptir.

Hasta hakları, hastanın daha iyi sağlıklı bir ortamda tedavi görmesi için hem hasta hem de sağlık çalışanlarının birlikte sahip çıkması gereken haklardır.

Ülkemizde birçok temel haklar gibi hasta hakları da maalesef gerek sağlık kurumları gerekse sağlık çalışanları ve hasta tarafında ihlal edildiği bilinmektedir. Hasta hakları, genellikle hekim ve hemşire gibi sağlık çalışanların hataları nedeni ile gündeme gelmektedir. Bu nedenle bu haklar gerçek manada değerlendirilmemektedir. Ülkemizde sağlık alanındaki bu gelişmeler göz önüne alındığında hasta haklarının belirli bir aşamaya gelmesi için geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.⁵⁰

Amsterdam Bildirgesi md. 6.5:

“Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma,

⁵⁰Tanrıverdi, (2012: 108

hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar bulunmalıdır. Bu mekanizmalar şikâyet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanlarını sağlamalıdır. Bu mekanizmalar bunların ötesinde hasta adına savunma ve yardım imkanlarını gerekirse sağlamalıdır. Hastaların şikayetlerinin değerlendirilmesine etkili ve tam olarak ilgilenilmesine ve sonuç hakkında bilgilendirmeye hakkı vardır.”

2.3.2. Türkiye’de Hasta Hakları Kapsamında Çıkarılan Kanunlar

Türkiye’de hasta hakları, sağlık hizmetlerinin verdiği alanlarda hastaların temel haklarını korumak amacıyla düzenlenmiş yasal düzenlenmelerle koruma altına alınmıştır. İşte Türkiye hasta haklarına yönelik önemli olan kanun ve haklar şunlardır:

2.3.2.1. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)

Hasta hakları yönetmeliği, 1 Ağustos 1998 tarihinde 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönetmenlik, temel insan haklarının sağlık hizmetleri alanında yansımaları olan ve başta Türkiye cumhuriyeti anayasasında, diğer mevzuata ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen ”hasta hakları” somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti

verilen bütün kurum ve kuruluşlarda, ayrıca sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen durumlarda, insan haysiyetine ve onuruna yakışır bir şekilde herkesin “hasta hakları” ndan yararlanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiği durumlarda hukuki koruma yollarını fiilen kullanılabilmemesine dair usul ve esasları düzenlenmek için hazırlanmıştır.⁵¹

Bu yönetmenlik, sağlık hizmeti verilen resmi ve özel olmak üzere bütün kurum ve kuruluşları ayrıca bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmet veren her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmete faydalanma hakkına sahip olan bütün bireyleri kapsar. Aynı zamanda, hasta haklarını korumak, hak ihlallerden korunmayı sağlamak ve gerektiğinde hukuki yolları başvurmak amacıyla hazırlanmıştır.

Bu yönetmenlik, hasta haklarını sağlık hizmetlerinden en iyi bir şekilde faydalanmayı hedefler. İnsan onuruna saygı çerçevesinde düzenlenen bu haklar, hastaların sağlık hizmetlerinden adil ve eşit bir şekilde yararlanmayı da amaçlanmıştır.

⁵¹RG, 1998

2.3.2.2.Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge (2003)

Bu yönerge, 2003 tarihinden yürürlüğe girmiş, hasta haklarını korumak ve sağlık hizmetlerinin insan onuruna uygun şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı olan kurum ve kuruluşları kapsamaktadır.

Bu yönerge, sağlık hizmetlerinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirtmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin bir şekilde sunumunu sağlamayı amaçlanmıştır.

Yönerge, sağlık tesislerinde yaşanan hasta hakları ihlallerini önlemek ve hasta haklarını korumak için büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin insanca ve adil bir şekilde sunulmasını sağlamak amacıyla bu yönergeye uyulması gerekmektedir.

2.3.2.3. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005)

Türkiye’de 2005 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönergesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta haklarının korunmasını ve bu haklardan herkesin eşit şekilde faydalanabilmesini amaçlanmıştır. Bu yönerge, sağlık hizmetlerinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve

usulleri içermektedir (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005).

Bu yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamakta ve 3359 sayılı sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ve 01.08.1998 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmenliğine dayanarak hazırlanmıştır (Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 2005).

2.3.2.4.Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmenlik (2011)

Bu yönetmenlik, sağlık bakanlığı tarafında hazırlanmış ve 6 Nisan 2011 tarihinde Resmi Gazetede yayınlamıştır. Bu yönetmenliğin amacı, tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumlarında hasta ve çalışanlar için olası risklerin belirlenmesi, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin geliştirilmesi ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamı oluşturmasını sağlamaya yönelik usul ve esasları içermektedir (RG, 2011).

Bu yönetmenlik, kamu, üniversite ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Sağlık

kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine dair tedbirler alırken ve düzenlenmeleri yaparken, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve resmi internet sayfasında yayınlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

Hasta ve çalışan güvenliği, sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zara görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetleri içerir. Bu yönetmenlik, sağlık kurumlarının bu alandaki düzenlenmelerini yapmalarını ve güvenli bir sağlık hizmeti sunumunu sağlanmasını amaçlar (RG, 2011).

2.3.2.5. Hekim Seçme Yönergesi(2007)

Türkiye 2007 yılında yürürlüğe girmiş Hekim Seçme Yönergesi, hastaların sağlık hizmetleri alacakları veya almakta oldukları hekimleri serbestçe değiştirmelerine ve sağlık hizmetlerindeki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmetleri vermelerine yönelik tedbirlerin alınması içerir.

Hekim Seçme Yönergesi, hastanelerdeki poliklinik oda sayılarının artırılması amacıyla başlatılan “ Hekim Seçme Uygulaması” çalışmalarının bir parçası olarak 17 Ekim 2007 tarihinde 9379 Sayılı Makam Oluru ile yayınlamıştır (Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü).

Bu yönerge, Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve ağız dış sağlığı merkezlerini kapsamaktadır. Ayrıca, hastaların hekim seçme hakkını kolaylaştırmak için fiziksel ve personel altyapısının iyileştirilmesi gibi konularda değinilmektedir.⁵²

2.3.2.6. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi (2004)

Türkiye’de 8 Eylül 2004 tarihinde 117 sayılı Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi yayımlanmıştır. Bu genelge, hastaların hekim seçme hakkını güçlendirmek amacıyla çıkarılmıştır.

Genelge ile hastanelerdeki poliklinik oda sayılarının artırılması ve böyle hastaların hekimlerinin serbestçe seçebilmeleri için gerekli düzenlenmeler yapılmıştır. Ayrıca bu genelge kapsamında, hastaneler “Hekim Seçme Logosunu” kullanmaya başlamışlardır.⁵³

2.3.2.7. Hizmet Kusuru Genelgesi (2005)

Hizmet Kusuru genelgesi Sağlık Bakanlığı tarafında 18.01.2005 tarih ve B100THG0100013 sayı ile yürürlüğe girmiştir. Türk

⁵² Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü

⁵³ Sağlık Bakanlığı, 2004

hukukunda hizmet kusuru, kamu hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kamu görevlilerinin veya idarenin hatalı davranışları sonucunda zarar gören kişilerin uğradığı zararların giderilmesini ifade eder. Bu genelge, kamu hizmetlerinin yürütülmesinde meydana gelen aksaklıklar ve bu durumların hukuki sonuçları ile ilgili düzenlemeleri içerir.⁵⁴

Özellikle sağlık hizmetleri yönünde, hizmet kusuru tanımı, türleri ve hizmet kusurundan kaynaklanan zararların tanzimi gibi konular ile ilgili genelgede ve diğer hukuki metinlerde detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Ayrıca, hizmet kusuru, idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlü olduğu Anayasa'nın 125. maddesi ile düzenlenmiştir.

2.3.2.8. Hasta Hakları Genelgesi (2014)

Hasta Hakları Genelgesi Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 tarih ve 64047795 sayı ile yürürlüğe girmiş olup, Türkiye'de sağlık hizmeti alanında hasta haklarını düzenleyen önemli bir belge niteliğini taşımaktadır. Bu genelge, hastaların sağlık hizmetlerinde adil ve etkin

bir şekilde yararlanmalarını sağlamak amacıyla çeşitli hak ve sorumlulukları içermektedir. Bu haklar arasında, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmeti sunumu sırasında saygınlık

⁵⁴Sağlık Bakanlığı, 2005

ve mahremiyetin korunması, bilgi edinme ve onay verme, şikayet ve itiraz hakkı gibi temel hakları kapsamaktadır. Bu genelgede sağlık hizmetini sunan kurum ve sağlık çalışanları için rehber niteliğindedir ve hastaların haklarını koruması için önemli bir genelgedir niteliğindedir. Ayrıca, hastaların bilinçlenmesini ve kendi haklarını savunmalarını teşkil etmek amacıyla sağlık hizmetleri tarafından geniş çapta yaygınlaştırılmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2014).

2.3.2.9. Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi (2017)

Türkiye’de Poliklinik hizmetlerinde öncelik sırsını belirleyen 2016/22 sayılı genelge yayınlamıştır. Bu genelge 2017/10 sayılı genelge ile değişiklik yapıldığı için 2017/10 poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi denilmiştir. Bu genelgede, acil vakalar, engelli hastalar, hamile kadınlar, 65 yaş üstü yaşlılar, 7 yaşından küçük olan çocuklar gibi gruplara poliklinik muayenelerinde öncelik tanınmasını içermektedir.

Ayrıca askeri personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere de öncelik verilmesi hükmü altına alınmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017).

2.4. Sağlık Hizmetlerine Erişim Hakkı

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı, kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerine ulaşma

yeteneğini ifade eder. Bu, hastalıkların önlenmesi, tedavi ve rehabilite edilmesi gibi birçok sağlık hizmetlerini kapsar. Daha geniş bir açıda baktığımızda sağlık hizmetlerine erişim hakkı şu şekilde sıralayabiliriz.

2.4.1.Sağlık Hizmetlerinde Fiziksel Erişim

Fiziksel erişim, bireylerin sağlık hizmetlerine erişmek için coğrafi altyapısal veya fiziksel engellerle karşılaşmamasını ifade eder. Bu sağlık hizmetlerinin, hastanelerin ve diğer sağlık hizmeti sunan kurumların uygun konumlandırılması ve ulaşılabilir olması gerekir.

Özellikle kırsal kesimlerde yaşayanlar veya engelli bireyler için bu erişim kolaylığının sağlanması çok önemlidir. Fiziksel erişim hastanelere ve kliniklere ulaşım için uygun yollar, ulaşım araçları ve engelli dostu tesislerin sağlanması gerekir. Bu vesileyle herkes, ihtiyaç duyuyu sağlık hizmetlerine sorunsuz bir şekilde ulaşılabilir.

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Erişim

Ekonomik erişim, sağlık hizmetlerine ulaşımın maliyetiyle ilgilidir. Bu, kişilerin sağlık hizmetleri almak için gereken maliyeti karşılayabilme yeteneğidir. Sağlık hizmetlerine ekonomik erişim hakkının sağlanması için, sağlık hizmetlerinin maliyetinin makul bir seviyede olması, bireylerin sağlık

hizmetlerini karşılayabilmesi için finansal destek veya sigorta imkanlarında faydalanmasıyla mümkün olur.

Özellikle düşük gelirlili ailelerin ve fakir kesim için bu önem arz etmektedir. Çünkü yüksek maliyetler sağlık hizmetlerine erişimlerini kısıtlayabilir veya engelleyebilir. Bu nedenle, sağlık sisteminin kapsayıcılığını ve eşitliğini sağlamak önemlidir.

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Kültürel ve Dil Erişimi

Kültür ve dil erişimi, sağlık hizmetlerine ulaşım sürecinde bireylerin dil ve kültürel farklılıklarının dikkate alınması ve bu farklılıklara uygun hizmetlerin sunulmasıdır. Bu, sağlık hizmeti sunan kuruluşların sağlık hizmetlerini sunarken, farklı dilleri konuşan veya farklı kültürlere mensup bireyler için tercümanlık hizmetleri veya kültürel olarak duyarlı bir yaklaşım benimsenmesi gerektiği anlamına gelir.

Kültürel ve dil erişimi, bireylerin sağlık hizmetlerinde tam olarak yararlanabilmeleri için önemlidir. Örneğin, bir sağlık sorunu anlamak doğru teşhis ve tedaviyi almak için dil bariyerlerinin aşılması önemlidir. Ayrıca, kültürel inançlar ve uygulamaların sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, sağlık sonuçlarının iyileştirebilir ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırılabilir. Bu nedenle, kültürel ve dil erişimi sağlık hizmetlerine adil ve eşit bir şekilde erişim sağlanmasının önemli bir parçasıdır.

2.4.4.Sağlık Hizmetlerinde Kalite Erişimi

Kaliteli sağlık hizmetleri, bireylerin ihtiyaçlarına uygun, etkili, güvenli, insan onuruna saygılı ve bilimsel olarak kanıta dayalı bir şekilde sunulan hizmetlerdir. Kalite hizmetleri sağlık sisteminin temel taşlardan biridir ve şu unsurları içerir:

1- Etkililik: Sağlık hizmetlerinin, amaçlarına ulaşmak için en uygun ve en etkili şekilde sunulması gereklidir. Bu, doğru teşhislerin yapılması, uygun tedavilerin uygulanması ve olumlu sağlık sonuçlarının elde edilmesini içerir.

2- Güvenlik: Sağlık hizmetlerinin güvenliği, bireylerin zarar görmemesi veya risk altında olmaması gerektiği anlamına gelir. Bu hata ve enfeksiyonların önlenmesi, ilaçların güvenli bir şekilde kullanılması ve hasta güvenliği önlemlerinin uygulanmasıyla sağlanır.

3- İnsan Onuruna Saygı: Bireylerin sağlık hizmetleri sürecinde insan onuruna saygı gösterilmesi önemlidir. Bu hasta mahremiyetinin korunması, hastalara saygılı ve empatik bir şekilde davranılması ve hasta tercihlerinin dikkate alınmasıyla sağlanır.

4- Uygunluk: Sağlık hizmetleri, bireylerin kültürel, sosyal ve ekonomik durumlarına uygun olmalıdır. Bu

sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve uygun maliyetli olmasını, aynı zamanda bireylerin ihtiyaçlarına ve tercihlerine uygun olmasını içerir.

5- Süreklilik: Sağlık hizmetlerinin sürekli ve koordineli bir şekilde sunulması önemlidir. Bu bakımın farklı

sağlık profesyonelleri arasında koordinasyonunu ve sağlık sistemi içindeki devamlılığını içerir.

Kaliteli sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığını iyileştirmeye ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik etkili bir şekilde katkıda bulunur. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin kalitesinin sürekli olarak izlenmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi önemlidir.

2.4.5. Sağlık Hizmetlerinde Kamusal Bilgilendirme Erişimi

Kamusal bilgilendirme, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim hakkını kullanmalarını sağlamak için bilinçlendirme ve eğitim faaliyetlerini içerir. Bu bireylere sağlık hizmetlerine erişim hakları hakkında bilgi vermek, sağlık risklerini anlatma, koruyucu sağlık önlemleri hakkında eğitim verme ve sağlık hizmetlerinde nasıl yararlanacaklarını anlatma gibi aktiviteleri kapsar.

Kamusal bilgilendirme faaliyetleri, sağlık hizmetlerine erişim hakkının güçlendirilmesine ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Bu tür bilgilendirme ve

eğitim faaliyetleri, toplumun sağlıkla ilgili konulardan bilinçlenmesini sağlar, sağlık

hizmetlerine yönelik algıları ve tutumları şekillendirir ve önleyici sağlık önlemlerinin benimsenmesi teşvik eder.

Özellikle sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve dezavantajlı gruplara daha fazla erişim sağlamak için kamusal bilgilendirme faaliyetlerine önem verilmelidir. Bu sağlık hizmetlerine erişim hakkının herkes için eşit şekilde güvence altına alınmasına ve toplumun genel sağlık seviyesinin artırılmasına ve toplumun genel sağlık seviyesinin artırılmasına katkıda bulunabilir.

Kamusal bilgilendirme, sağlık politikalarının oluşturulması ve uygulanmasında da önemli bir rol oynar ve toplumun sağlıkla ilgili konularda daha bilinçli ve katılımcı olması sağlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. Sağlık Hukuku Üzerine Bilimsel Bir Araştırma

Bu araştırmada kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır. Çalışma Nisan 2024-Mayıs 2024 Türkiye'nin farklı illerinde (Şanlıurfa, Ankara, Adıyaman, Kahramanmaraş, Gaziantep, Malatya, Mardin, Diyarbakır, İstanbul ve kayseri) farklı sosyo-ekonomik ve demografik özelliklere sahip bireyler bu evreni oluşturmaktadır. Evren, sağlık hizmetlerine erişim, hasta hakları ve farkındalık düzeyleri açısından çeşitlilik göstermiştir.

Araştırmanın örnekleme, evreni temsil edecek şekilde belirli bir grup sağlık hizmeti kullanıcılarından oluşacaktır. Örneklem seçimi, farklı sosyo-ekonomik ve demografik özelliklere sahip bireylerin dahil edilmesi sağlayacak şekilde tasarlanmıştır. Örneklem seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılacaktır. Bu yöntem, farklı tabakalarda (bölge, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, cinsiyet, yaş) bireylerin dengeli bir şekilde örnekleme dahil edilmesini sağlamaktadır.

Seçilen örnekleme de uygulanacak anketler, katılımcıların sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerini, hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerini ve sosyo-ekonomik durumlarını değerlendirecek şekilde tasarlanmıştır.

3.1. Araştırma için Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, Türkiye'deki sağlık hizmetlerine erişimdeki toplumsal eşitsizlikleri, hasta hakları ve farkındalık düzeylerini incelemek veri toplama aracı olarak online anketler kullanılmıştır. Bu anketler araştırmanın birçok boyutunu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır.

Anketler, araştırmanın nicel ve nitel verilerini toplamak için kullanılacak ana araçlardır. Anket formu, demografik bilgiler, sağlık hizmetlerine erişim, hasta hakları bilinci ve farkındalık ve bilgi düzeyi gibi ilgili sorular içerecektir.

3.2. Araştırma için Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, katılımcıların, hasta hakları ve farkındalık düzeyleri, demografik özellikleri, sağlık hizmetlerine erişim durumları ve sağlık hukuku konusundaki farkındalık düzeyleri hakkında bilgi toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

3.3. Hasta Hakları Farkındalık Düzeyi Ölçeği

Hasta hakları farkındalık ölçeği, 20 soru ve 21 tablodan oluşan İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi Pro. Dr. Haluk Tanrıverdi tarafında hazırlanmış olup, 1,2,3,4,5,6,8,10 ve 20. Sorular Aydınlatma ve personel ile ilgili bilgiler içermektedir.

7,9,11,12,13,14,15,16,17,18 ve 19. Sorular ise sağlık hizmetleri ve hasta güvenliği ile ilgili bilgiler içermektedir. Ölçek,

“Tamamen Katılıyorum” (1), “Katılıyorum” (2), “Kısmen Katılıyorum” (3), “Katılmıyorum” (4), “Hiç Katılmıyorum” (5) şeklinde puanlanmaktadır.

3.4. Araştırma İçin Verilerin Toplanması

Bu araştırmada, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimdeki toplumsal eşitsizlikleri, hasta hakları ve farkındalık düzeylerini analiz etmek amacıyla online anket yöntemi kullanılarak araştırmanın verilerinin toplamak için 120 kişi üstünde düzenlenmiş olup kapsamlı bir anket çalışması gerçekleştirilmiştir. Türkiye’nin Şanlıurfa, Ankara, Adıyaman, Kahramanmaraş, Gaziantep, Malatya, Mardin, Diyarbakır, İstanbul ve Kayseri olmak üzere 11 ilinde farklı sosyo-ekonomik grupların katılımcılarına uygulanmıştır.

3.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Çalışmada araştırma sonucunda elde edilen bulguların değerlendirilmesi istatistiksel programlardan olan JAMOVİ programı kullanılmıştır. Veri analizinde, Jamovİ Analiz (Demografik Yapı Analiz ve Karşılaştırılması),

Jamovİ 2.3.21 Versiyonu Betimsel Analiz Demografik İstatistik, Oney Way Anova Testi, Shapriro-Wilk Testi ve Homogeneity if Variances Testleri yapılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. çalışmada kullanılan hipotez testleri bağımsız örnek t testi ve anova ve korelasyon analizidir. İki den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında tek yönlü (one way) anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde post hoc tukey testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.Türkiye’deki Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Faydalanırken Farkındalık Düzeyleri ile Sosyolojik Perspektiflerinin İncelenmesi

Türkiye’deki sağlık kuruluşlarında tedavi gören hastaların farkındalık düzeyleri, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve hasta memnuniyeti açısından büyük önem taşımaktadır.

Farkındalık, hastaların kendi sağlık durumları, mevcut tedavi yöntemleri, sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanma konusunda bilgi sahibi olmalarını ifade eder. Bu bilgi düzeyi, hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımı ve tedaviye uyumunu artırarak, tedavi sonuçlarını iyileştirir.

Ülkemizde sağlık alanında yapılan çeşitli reformlar ve eğitim programları, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmış ve farkındalık düzeylerini artırmıştır. Örneğin, aile hekimliği sistemi, hastaların ilk basamak sağlık hizmetlerine erişimini sağlayarak, sağlık bilincinin katkıda bulunmuştur.

Ayrıca, elektronik sağlık kayıtları ve online randevu sistemleri gibi teknolojik gelişmeler, hastaların kendi sağlık hizmetleriyle ilgili bilgi edinmelerini kolaylaştırmıştır.

Bununla birlikte, Türkiye'deki bazı bölgelerde ve bazı hasta gruplarında farkındalık düzeyleri hala düşük olabilmektedir. Bu durum, sosyo-ekonomik faktörler, eğitim seviyesi, dil bariyerleri ve kültürel inançlar gibi birçok nedenle açıklanabilir. Sağlık kuruluşları ve hükümet, bu tür engelleri aşmak ve tüm hastaların yüksek düzeyde farkındalığa sahip olmalarını sağlamak için çaba göstermektedir.

Ayrıca, kırsal bölgelerde yaşayan hastaların şehir merkezindeki sağlık hizmetlerine erişimdeki yaşadıkları zorluklar da farkındalık düzeylerini etkilemektedir. Sağlık sisteminin yapısal özellikleri de önemlidir; randevu alma süreçleri, hastane ve kliniklerin fiziksel erişebilirliği gibi faktörler hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecini etkilemektedir.

Son olarak, hasta eğitimi ve bilgilendirme faaliyetlerinin etkinliği hastaların sağlık hizmetleri hakkında bilinçlenmelerine ve tedavi süreçlerine aktif katılımlarına yardımcı olmaktadır. Türkiye'deki sağlık kuruluşları sunucularının bu faktörleri dikkate alarak hasta eğitimine ve iletişimine özel önem vermeleri, hastaların sağlık hizmetlerinde daha etkin bir şekilde faydalanmalar olabilir.

Sonuç olarak, Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında tedavi gören hastaların farkındalık düzeylerinin artırılması, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artıracak, hasta memnuniyetini yükseltecek ve ulusal sağlık sistemine olumlu

katkılarda bulunacaktır. Bu nedenle, hastaların farkındalık düzeylerini artırmaya yönelik eğitim ve bilgilendirme programlarının sürdürülmesi ve geliştirmesi büyük önem taşımaktadır.

4.1. Toplumsal Eşitsizlik Kavramı ve Teoriler

Toplumsal eşitsizlikler, insanlık tarihi kadar eskiye dayanan bir konudur. Bundan dolayı eşitsizlik ile ilgili konularda tartışılması eskiye dayanmaktadır, bu konu toplum felsefecileri tarafında doğal ve kaçınılmaz olup olmadığı tarih boyunca tartışılma gelmiştir. Fakat, toplum felsefecileri ile sosyologlar eşitliği ve eşitsizliği kendilerine özgü bir dille, farklı bir bakış açısıyla ele almışlardır.⁵⁵

Ortaya çıkan bütün toplumsal sorunlar gibi toplumsal eşitsizliklerde genellikle yanlış politikalar sonucunda ortaya çıkmış ve yine sorunların çözümü bu politikalarca çözülmesi beklenmiştir (Yıldırım, 2019: 49). Marshall' a göre eşitsizlik kavramı, toplumlarda bir grup ya da grupların, üyelerine eşitsiz fırsatlar tanınması olarak ifade edilmiştir.⁵⁶

Modern ve eşitlik toplumlar için vazgeçilmez bir değer olup modern toplumlarda kaçınılmaz deneyimlerin biri olarak eşitsizlik her alanda karşımıza çıkmaktadır. Turner'e göre,

⁵⁵Önür, 2013: 6

⁵⁶ Marshall, 2009: 210

eşitsizlik kapitalist toplumlarda görüldüğü gibi, diğer sosyal gruplarda da görülebilir. Tabiri diğerle ister devlet isterse devlet dışı yapılarca toplumda gelir ve servet dağılımı paylaşılırken eşitsizlik her zaman kaçınılmaz olmuştur.⁵⁷

Bunun dışında Micheil Albert capitalism vs capitalim (kapitalizm kapitalizme karşı-1993) kitabında, iki girişim ve ekonomik örgütlenme modelini karşılaştırmıştır. Birinci modelde, Amerikan modeli dediği ve aynı zamanda İngiltere için de geçerli olan bir modeldir. Bu modelde, piyasalarda büyük ölçüde mücadelenin kaldırıldığı düşük sosyal güvenlik harcamalarına dayanır ve zengin ile fakir arasındaki gelir düzeyinde eşitsizlikleri artar ve açılan makas kontrol edilemez.

İkinci model ise, Rennes modeli adını verilmiştir. Bu model, Japonya ve diğer ekonomide başarılı olan Asya ülkelerinin ortak özelliklerini taşımış olsa da, Avrupa'da Ren nehrine yakın olan, Almaya, Hollanda ve İsviçre de bulunan ekonomi modeline dayanmaktadır. Rennes modelinde toplu çıkarları bireysel çıkarlardan önce gelir. Aynı zamanda bu toplumlar saldırgan bireyci toplumlar değildirler. Bu modeldeki ülkelerin eşitlikçi toplumlar olması önem arz etmiştir. Zengin ile fakir arasında farklılıklar, İngiltere ve ABD'de olduğu kadar fazla değildir. Fakat, kısa vadede büyüme deflerine ulaşamaz ve gelir dağılımı

⁵⁷ Turner, 2007: 26

kontrolde çıkar. Bu ülkelerin başarısı Amerikan modelinden daha etkilidir.⁵⁸

Albert'ın bu iki modeli eşitsizlik bakımında karşılaştığında şöyle bir sonuca ulaşmıştır. Toplum bilimciler eşitliğin gerçek manada sağlanılamıyacağı ve bu gerekçe ile eşitsizliği en aza indirme yolları araştırmalıdır. Bu aynı zamanda eşitsizliği bütün toplumlarda görüleceği gerçeğini de yansıtmaktadır. Aynı zamanda bu eşitsizliği öngörülebilir düzeye indirilebileceği anlamı da taşımaktadır.⁵⁹

4.1.1.Yaklaşımlara Göre Toplumsal Eşitsizlikler

Toplumsal eşitsizlik kavramı insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. Bu konuya sosyal bilimciler farklı bir bakış açısıyla yaklaşmışlardır. Bu yaklaşımları şu şekilde sınıflandırabiliriz.

4.1.1.1.Yapısalcı (İşlevsel) Yaklaşımına Göre Toplumsal Eşitsizlikler

Toplumları makro yönden inceleyen, dayanışmayı ve istikrarı da göz önünde bulundurarak toplumu bir bütün olarak ele alan bir sistemdir. Bu teori sosyolojide ve antropolojide çeşitli yapıları çözümlenmeye ve bu yapıların işlemlerini analiz etmeye çalışır.

⁵⁸ (Giddens, 2008: 435-438).

⁵⁹ Önür, 2013: 7

Bir toplumun canlılığını sürdürebilme sorusuna yanıt olarak en kapsamlı cevap yapısal-işlevselcilik ekolünden gelmektedir.⁶⁰

Yapısalcı-işlevselci yaklaşım, 19. Yüzyılda Herbert Spencer tarafından geliştirmeye başlamış ve 20.

Yüzyılda Talcott Parsons'un yapmış olduğu çalışmalarla nihai halini almıştır. Bu yaklaşımın Sosyolojide en çok bilinen düşünürü Emile Durkheim'dir.⁶¹

Yapısal- işlevselciliğin en önemli öncüleri, Spencer, Comte ve Emile Durkheim'dir. Modern işlevselciliğin en önemli öncüleri Comte, Spencer, Pareto ve Durkheim'dir. Bu yaklaşım, Durkheim tarafında sistemleştirmiş geliştirmesi de Parsons ve Merton tarafında yapılmıştır. Durkheim toplumun bütünleşmesi ve dayanışması üzerinde durmuş, Spencer, Comte ve Pareto ise toplumda farkı kesimlerinin birbirleriyle karşılıklı etkileşimleri kavramı üzerine durmuşlardır.⁶²

Bu yaklaşımın önderi kabul edilen Spencer, toplumu insanın vücudundaki organlara benzetmiştir. Nasıl ki insanın vücudundaki organlar düzenli bir şekilde çalışır ve birbirleriyle muhalefet etmez aynı şekilde toplumda sosyal yapılar çerçevesinde düzenli bir şekilde çalışır. Evrimci bir yaklaşımı olan Spencer'ın daha sonraları

⁶⁰ Aydın, 2014: 214

⁶¹ Alkan, 2019

⁶² Wallace, Wolf, 2012: 44

Durkheim *toplumda işbirliğini* ifadesindeki genel duruma benzetilmiştir.⁶³

Adam Smith iş bölümünde iğne üretimini örnek vermiştir. Bir işçi 18 operasyon sonucunda günlük en fazla 20 iğne bile üretemezken, 10 kişinin çalıştığı bir iğne atölyesinde bir iş birliği sonucunda günde toplam 48000 iğne buda kişi başı 4800 tane toplu iğne düşmektedir (Smith, 2005: 11). Bu üretim artışı sonucunda hem üretilen mal başına bir işçinin harcadığı emeği azaltacak hem de üretim kapasitesini ciddi bir şekilde artıracaktır.

Yapılan gözlemler sonucunda böyle olduğu ortaya çıkmıştır. Bu iş bölümü sayesinde üretim süreci kısımlara ayrılmıştır. Ürünün bütün üretim aşamalarına hakim olan çalışanlar her kısım için ayrı ayrı uzmanlaşmış çalışanı tercih etmiştir.

Bu vesileyle emeğin değeri olan ücretlerde düşüş gözlemlenmiş, üretim artmış ve aynı zamanda artış fiyatlarada yansımıştır. Bu çalışma sonucunda birçok kişi iş sahibi olmuştur. Öbür tarafta emeği veren insan

neslini tehdit edecek durumlarda gerileme görülmüş, üretilen mal satın alamaz hale gelmiş, mal üretenlerde aynı zamanda

⁶³ Aydın, 2014: 215

malı alamaz duruma düşmüşler ve farklı aşamalarda yabancılaşıma gözlemlenmişti.⁶⁴

Çağdaş işlevselciliğin önderlerinde olan Durkheim iş bölümü adlı eserinde sorulan sorular neticesinde toplumların değişimi birey ile toplum arasındaki ilişkiler ve toplumdaki fikir birliği iş bölümü üzerindeki temel olguyu açıklamıştır. Toplumun düzeni dayanışma sonucunda devamlılığı söz konusudur. Modern toplumlarda düzenin ve dayanışmanın sağlanması iş bölümüyle mümkündür.⁶⁵

4.1.1.2.Çatışmacı Yaklaşım Göre Toplumsal Eşitsizlikler

Çatışmacı yaklaşım, farklı grupların arasındaki eşitsizlikleri inceler. Bu yaklaşıma göre toplum uzlaşmada ziyade sürekli bir çatışma içerisindedir. Buda değişimi gerektirir.

Çatışmacılar, en çok eşitsizlik ve değişim üzerinde dururlar. Kökleri yüzyıllar öncesine dayanan bu yaklaşım toplumsal çatışmacı kuram çok geniş bir perspektifte ele alınıp, sınıf, etnisite ve cinsiyet gibi belirleyicilerin toplumda para, güç ve prestijin adaletli dağılımı üzerinde durur. Çatışmacı yaklaşım makro düzeydeki toplumlarda görülen, devrim, savaş ve toplumsal hareketlerle ilgilenen ve aynı zamanda toplumlarda

⁶⁴ Yıldırım, 2019: 52

⁶⁵ Durkheim, 2006

açık bir şekilde görünmeyen egemen ve tabi gruplarla ilgilenmektedir.⁶⁶

Çatışmacı yaklaşımın temellini 19.yüzyılda Karl Marx tarafında oluşturmuştur. Diğer temsilcileri ise Gergo Simmel, Wright Mills, Lewis Coser ve Ralf Dahrendof'dır. Bu yaklaşıma göre, kapitalist toplumlarda iki sınıf vardır. Birinci sınıf, sermaye sahipleridir. Hem Üretim araçlarına hem de sermayeye sahip olanlardır. Emegi sömürerek sermaye biriktirirler. İkinci sınıf ise, işçilerdir. Bunlar üretim araçlarına sahip değildirler. Hayata tutunmak için emek gücünü kullanırlar.⁶⁷

Yaklaşımın öncülerinde olan Karl Marx'a göre, toplumsal üretimden kaynaklanan eşitsizlik ve sınıf çatışması sonucunda siyasal iktidarla mücadeleye yol açar. Buna ek olarak Marx, sınıfı birbirinden farklı ilişkiler içerisinde olan ekonomik, toplumsal ve siyasal olmak üzere üç kavramla açıklamıştır. Ekonomik sınıf, ortak bir amaç ve hedeften uzak olup, gelir elde etmek endekslidir. Toplumsal sınıf, ortak bir amaç ve gaye vardır. Siyasal sınıf ise, kendi çıkarlarını gözetken ve sınıf çıkarları peşinde olup ortak bir siyasal etkinliğe girmeleri anlamına gelir. Çıkar çatışmasına giren siyasal sınıflar çatışma ortamı oluşur ve bunun sonucunda varlığını sürdüremezler.

⁶⁶Bingöl, 2022: 114

⁶⁷Berberoglu, 2012, 16

Marx göre, çatışmaya giren sınıflar arasında işçi sınıfı galip gelir.⁶⁸

Marx'ın bu öngörüsü dünyada çok az yerde gerçekleşmiş ve sadece birkaç örnekle mümkündür. İşçi sınıfının siyasileşmesi bu gerekçe gösterilmiştir. Bugün itibariyle işçi sınıfında bahsetmek sadece ekonomik düzeyde mümkündür.

İşçi sınıfları kendi aralarında yaka renklerine göre farklılık gösterilmekte ve Tabakalaşma kendi içinde sürdürülmektedir. Marx'sın öngörüsünün gerçekleşmesi için ortak bir bilinç geliştirmeli ve sınıfın çıkarlarını kendi çıkarlardan üstün görmekle mümkün olur.

Çatışmacı yaklaşım, toplumsal eşitsizliklerin köklerini güç dengesizliklerden alır ve toplumun dönüşümünü çatışma ve mücadeleler üzerinde anlar. Bu yaklaşıma göre, toplumsal değişim genellikle çatışma ve mücadelelerle beraber gelir ve güç dengelerinin yeniden düzenlenmesiyle gerçekleşebilir. Bundan dolayı, çatışmacı yaklaşım, toplumsal değişimi teşvik etmek için güç mücadelesinin önemini vurgular.

⁶⁸ Yıldırım, 2019: 54

4.1.1.3.Sembolik Etkileşimci Yaklaşımına Göre Toplumsal Eşitsizlik

Sembolik etkileşimciliğin eleştirme tarihi 1920’lerde Blumer ve Stouffer arasında geçen insan davranışlarını araştırmaya yönelik tartışmalara kadar gider. Bu yaklaşım ortaya çıktığından beri eleştirilere maruz kalmıştır. Bazen etkileşimci olan sosyologlar tarafında eleştiriler yapılmış bazen de etkileşimci olmayan sosyologlar tarafında eksikleri eleştirilmiştir.⁶⁹

Sembolik etkileşimci yaklaşımı Amerika kökenli olup, George H. Mead’ın yazılarıyla ortaya çıkmıştır ve Herbert Blumer tarafında sistemleştirildiği kabul edilir. Bu yaklaşımın eylemi, toplumsal bir uyarıcıya tepki gösterme, sosyoloji aktörün nesnel olan uyarılarını özel olarak somutlaştırmasını ele almıştır. Bundan dolayı bireyin toplum tarafından yönlendirildiği tezinde kopuş olduğu gözlemlenmiştir.⁷⁰

Sembolik etkileşimcilik yaklaşımı diğer yaklaşımlara göre daha modern dönem yaklaşımlarını temsil eder. Bu yaklaşıma göre, semboller, toplumsal yaşamın temel taşı olarak kabul edilir. Sembollerden kasıt, kelimeler, jestler, mimikler yanı insanlar arasında iletişimi sağlayan her şeydir. Onlara göre bu anlamlar,

⁶⁹ Yikebali,2018: 168

⁷⁰Bayraktar, 2020: 54

kişilerin kendi aralarındaki etkileşim sonucu ortaya çıkar ve toplum bu etkileşimlerin sonucundaki üründür.⁷¹

Bu yaklaşım açısında semboller sözcükler kadar, yüz ve el ayak hareketleri de sembolik etkileşim için önemlidir. Sembolik etkileşimce yaklaşım günlük hayatta yüz yüze etkileşime odaklanan mikro düzeydeki görüşte etkilemiştir. Günlük hayatımızda toplumsal cinsiyet görünümü kadınlar ve erkeklerin etkileşimini incelediğimizde kadınların erkeklerden daha fazla göz teması, sohbetin sürdürmeye teşvik edici olduğunu görürüz. Bu kalıp kadınların ve erkeklerin nasıl davranılması gerektiğini belirleyen toplumsal cinsiyet rollerinin bir örneğidir.

Sembolik etkileşim yaklaşımı üç önerme üzerine kurulmuştur. Birincisi, birey toplumun eylemlerine göre tavır alır. İkincisi, bireyler arasındaki anlamlı etkileşim söz konusudur. Üçüncüsü ise, anlamlar süreçle değişim göstermiştir (Blumer, 1969: 2). Yani bir nesne bireye bir anlam yükleyemez. “ *Bir yılanı ele alalım. Bazıları için yılan iğrenç bir sürüngen, doğa bilimcileri içinse doğanın hassas dengesindeki halkadan biridir.*” Bu yaklaşım sadece George H. Mead ve Herbers Blume tarafında ele alınmamıştır. Aynı zamanda, Erwing Goffman, Arlie Rusell

⁷¹Bozkurt, 2008: 41

Hochschild ve Patricia Hill Collins sembolik etkileşimciliğe katkıda bulunan diğer sosyologlardır.⁷²

4.1.2. Toplumsal Eşitsizlik Teorileri

Toplumsal eşitsizlik teorileri, Sosyolojide toplum içindeki farklı gruplar arasındaki eşitsizlikleri anlamaya ve açıklamaya yönelik kuramsal çerçeveyi ifade eder. Bu teoriler, toplumsal tabakalaşma, sınıf farklılıkları, statü, güç ilişkileri ve diğer faktörleri ele alır. İşte bazı önemli toplumsal eşitsizlik teorileri şunlardır:

4.1.2.1. Elit Teorisi

Elit kelimesi Latin dilinde elemek, seçmek anlamına gelen *eligere* kelimesinde türetilmiştir. Heywood' a

göre, bu kavram, şuan hâlihazırda en mükemmel olan en üstün ve en iyi şekilde kullanılan bir ifade şeklindedir. Aynı zamanda bu kavram, nötr veya ampririk kullanımıyla ister halk olsun isterse de gücü elinde tutan iktidardaki bir azınlığı ifade etmiştir.

Bu kavram 17. Yüzyıldan itibaren bütün üstün kaliteli malları nitelemek için kullanılmaya başlamıştır. Daha sonra bu kelimenin kullanım alanı daha da genişlenmiş aynı zamanda en üst sınıf askeri birlikleri ve soyluların en üst kademeleri gibi

⁷² Polma, 2007: 231

toplumsal gruplarda kullanılmaya başlanılmıştır. İngilizcede ise 1880 yıllarının başlarında toplumsal grupları da kapsayacak şekilde kullanılmaya başlanılmıştır.

Elit kavramı Fransa'da ise, sanayi ve ticaret burjuvazisi tarafında aristokrasi ve ruhban sınıfına karşı "Elitleri isteriz" sloganını kullanılarak Fransa'yı aristokratlar ya da ruhban sınıfı değil, toplumun içinde çıkan kendini yetiştirmiş yetenekli elit kişilerin yönetmesini talep etmişlerdir.

Elit kavramı, siyasi ve toplumsal kullanımı 19. Yüzyılın sonlarına doğru Avrupa'da, İngiltere'de kullanılmaya Amerika'da ise, 1930 yıllarında, itibaren bilimsel anlamada toplumun ekonomik, din, politika, sanat ve askerlik gibi alanlarda denetimi elinde olan azınlık bir grup olarak tanımlanmış ve Vilfredo ve Pareto'nun yazmış olduğu yazıları vesilesiyle yayılmaya başlanmıştır.⁷³

Her ne kadar kavramı 19. Yüzyılın sonlarında ile 20. Yüzyılın başlarında itibaren siyaset literatüründe kullanılmaya başlanılmış ise de toplumun seçkin ve azınlık bir grup tarafında yönetilmesi çok eski tarihe dayanmaktadır. Platona göre, toplumların başarılı bir şekilde yönetilmesi, bilgili ve eğitim düzeyi yüksel olan Filozoflar tarafından ancak mümkün olur.

⁷³ Coşkun, 2021: 5

Çünkü bu eğitimli kişiler kendi menfaatleri yerine toplumun menfaatini gözetirler ve herkesin menfaati olan politikaları geliştirirler. Platonun ideal devletten kasıt yönetimi oluşturan “korucular” sınıfı ile “bilgiler” sınıfını erken bir elit teorisi olarak değerlendirmesi mümkün olmasında kaynaklanır. Siyasi olarak yöneten azınlıklar ile yönetilen çoğunluklar eşitsizlik ile ilgili tartışmalar Elitizmin alt başlıkları olduğundan buna elit teorisi denilmiştir.⁷⁴

Heywood, Elit teorisini, normatif elitizm, klasik elitizm ve modern (Demokratik) elitizm olmak üzere üç gruba ayırır. Normatif elitizm, iktidarda olan güce bilgili ve aydın olan bir azınlığı teslim edilmesi üzerine duran bir siyasal teoridir. Klasik Elitizm toplumun elit kişiler tarafında yönetilmesi kaçınılmaz olduğu iddia eden bir teoridir. Bunu sonucunda demokrasi, sosyalizm gibi fikirlerin uygulaması mümkün değil. Modern elit teorisi ise, yönetici konumundaki elitleri demokrasi ile birleştirir.⁷⁵

4.1.2.1.1. Normatif Elit Teorisi

İktidarı sırasından insanlara vermek yerine halktan daha üstün bilgili olan bir azınlığa verilmesini gerektiğini kanaatine varılmıştır. Yunan düşünürü Platonun söylediği gibi kralın Filozof, Filozofunda kral olması gerektiği üzerine durur. Bunun

⁷⁴ Öztekin, 2003. 15-19

⁷⁵ Walker, 1966, 284-288

ayanı sıra Platon sonrası Normatif Elit teorisine katkıda bulunan filozoflarda olmuştur. Özellikle Arap düşünür İbn-Haldun yöneticilerin erdemli olması gerektiğini belirtir. Farabi'nin elitizm ile ilgili düşünceleri kayda değerdir. Kronolojik olarak Normatif elitizme katkıda bulunanlar, Platon Farabi, İbn-Haldun, Nietzsche, Ortega Y Gasset gibi düşünürlerdir.

Normatif elit teorileri her ne kadar eleştirilere maruz kalmış olsa da, bazı bilim insanları tarafında bu teorilerin toplumsal yapıyı anlamada önemli roller oynandığını savunmuşlardır. Bu teori, toplumda gerçekleşen karar alma süreçlerinin ve güç ilişkilerinin analizinde kullanılabilecek bir çerçeve sunar. Fakat başka bir açıda baktığımızda, elit teorisinin toplumdaki diğer güç odaklarını ve toplumsal değişimin ve direnişin önemini göz ardı ettiği eleştirileri de bulunmaktadır.

Sonuç olarak Normatif elit teorisi, siyaset teorisinde, yönetimin en akıllı ve en iyilerin tekelinde olması gerektiğini savunan bir yaklaşımdır. Normatif elit teorisine göre, toplumun genel çıkarına hizmet eder.

Bu görüşün tipik düşünürü olan Platon ve diğer filozofları kralların iktidarda olmasını gerektiğini savunmuşlardır. Bu yaklaşıma göre, toplumu bir azınlığın ve eğitilmiş seçkin bir grup tarafında yönetilmesini savunmuştur.⁷⁶

⁷⁶ Bağirov, 2017: 74

4.1.2.1.2. Klasik Elit Teorisi

Klasik elit teorisinin, temel görüşü, toplumda azınlık durumunda olanlar daha üstün nitelikli bir grup tarafında yönetildiği görüşüne sahiptir. Bu teori her ne kadar Platondan itibaren birçok düşünür tarafında ileri sürülmüş olsa da siyasi olarak gerçeği yansıtacak şekilde dizayn eden ilk düşünürler 20. Yüzyılın başlarında Geotono Mosca ve Vilfredo Pareto gibi düşünürler tarafından geliştirilmiştir. Ayrıca siyasi partiler üzerinde çalışmalar yaparak ünlenen Robert Michls'ın de bu gruba dahil edilebilir.⁷⁷

Klasik elit teorisine göre, toplumun çeşitli alanlarında örneğin, politika, ekonomi ve medya gibi etkili olan belirli azınlığın varlığını vurgular. Yani, toplum azlar ile çoklar olmak üzere iki gruba ayrılır. İktidardan olan azlar her zaman çok olan grubu yönetmişleridir. Burada yönetenlerden kasıt azlar kesim olan elit kısmını temsil ediyor.

Çok olan kısım ise, toplumda halkı temsil ediyor. Başka bir ifade ile elitist doktrine göre, toplumdaki azınlık grup toplumun nazarında en etkili kapsayıcı kararları alan kesim olarak bilinmektedir Bu teori, toplumsal yapıyı

anlamak ve siyasi süreçleri açıklamak için kullanışlı bir araç olmuştur. Ancak, klasik elit teorisi eleştirilere de maruz

⁷⁷ Parry, 1998: 15

kalmıştır. Bazı eleştirmenler, toplum daha karmaşık olduğunu ve güç dinamiklerinin tek bir elit grubun kontrolü altında olmadığını savunur. Ayrıca, demokratik süreçler ve sosyal hareketler gibi faktörlerin de güç dengelerini etkilediğini belirtmektedir.⁷⁸

4.1.2.1.3. Modern (Demokratik) Elit Teorisi

Modern (Demokratik) elit teorisi 20. Yüzyılın başlarında gelişmiş bilimsel ve ideolojik açıdan yöneltilecek eleştiriler ne olursa olsun “siyasi elit” kavramını dikkat çekmek suretiyle yeni araştırmalara yol açtıkları ve çağdaş politika biliminin gelişmesine öncülük etmiştir (Kapani, 2012: 131). Bu teorinin öncüleri, Gaetano Mosca, Max Weber, Joseph Schumpeter ve Raymond Aron gibi sosyologlardır.

Modern elit teorisi yaklaşımının elitleri hükümetten ve diğer elit gruplardan farklı olarak bağımsız kavramı üzerinde dururlar. Bu bağımsızlık kavramı katı kesin olmaktan ziyade değişken arz eden bir bileşkendir. Elit bağımsızlığı, ifade, örgütlenme özgürlüğü, özgür seçimler gibi demokratik prensipler ile ilgilidir. Seçimler özgür ortamda yapılması, örgütlenme ve ifade

⁷⁸ Özyürek, 2018: 14

özgürlüğü demokrasinin vazgeçilmez unsurları değil aynı zamanda hayatı önem arz eden temel unsurlardır.⁷⁹

Modern elit teorisi, klasik elit teorisine yöneltilen eleştiriler sonucunda ortaya çıkmıştır. Klasik elit teorisinin savunucuların tersine demokrasinin bir yaşam biçimi değil seçkin yöneticilerin belirli aralıklarla seçilmesini sağlayan bir yönetim şeklinin olduğunu ifade edilmiştir.

Elit kavramı ile demokrasiyi birbirleriyle bağdaştırmaya çalışan ve bölümün temelini Liberal düşünceden alan modern elitizm, iktidarda bulunanların gücünü grupları arasında paylaşımını yapıldığını iddia ederler ve aynı zamanda karar veren hükümet ve sendika elitleri gibi diğer elitler tarafında sınıflandırıldığını düşünürler.⁸⁰

Bu yaklaşımın savunucularına göre, bir toplumun elitlerinin varoluşu ve bunların yapmış oldukları politikaları, etkin bir şekilde sürdürülebilmeleri o toplumda gerçek manada antidemokratik bir yönetim şeklinin var olduğu sonucu doğurmaz. Klasik demokrasi tanımında ifade edildiği gibi “Halkın halk için, halk tarafında yönetimi” olduğu gibi günümüzdeki realiteye uygun düşmez.

⁷⁹ Arslan, 2003: 120

⁸⁰ Coşkun, 2021: 27

Gerçek moda demokrasi halkın veya çoğunluğun elinde değildir. Bunun gerçekleşmesi pratik olarak imkanı yoktur. Siyasi kararların halk tarafında alındığı ileri sürülmez. Demokrat rejimlerde halkın rolü kendisini yönetmeye talip olan liderleri seçmek, siyasi kararları alacak ve uygulayacak azınlığın oylarıyla seçmektir.

4.1.2.2. Sosyal Sermaye Teorisi

Her toplumun kendine göre yaşam şekli ve ilkeleri vardır. Toplum karşılıklı ilişkiler ve değerler alanıdır. Bu ilişkilerin gerçekleşmesi ancak uygun bir zeminin oluşmasıyla olur. Toplumun, normlar, kurumlar gelenek-görenek ve davranışları gibi kendine has özellikleri vardır. Bundan dolayı, sosyal sermaye sosyal ilişkilerden yerleşmiş kalıpların toplumsal hayatı yeniden dizayn eden işbirliği ve dayanışma gibi güven temeli üzerine kurulmuştur. Sosyal sermaye teorisinin ana kaynağı, sosyal iletişim bağlarının oluşmasında kaynaklanır. Çünkü iletişim ağları sosyal bağlılığı artırarak kişilerin ortak çalışmasını sağlamıştır. Sosyal sermaye, toplumdaki kişilerin toplumun diğer bireyleriyle ilişki ağlarını kurup bu ilişki sonucunda ortaya çıkan bir sermaye şeklidir.

Sosyal sermaye kullanıldıkça toplumda değer artar. Bundan dolayı kolektif şuuru içerisinde çalıştıkça sermaye hem girdi hem de sonuç olarak karşımıza çıkar. Bu teorinin korucusu ve

öncüleri sayılan Pierre Bourdieu, James Coleman, Robert Putman ve Francis Fukuyama gibi düşünürler başta gelmektedir.⁸¹

Sosyal sermaye teorisi ilk olarak 1916 yılında Hanifan okulları ile ilgili çıkan bir tartışma sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu teorinin ilk kurumsal sosyolojik analizi yapan Bourdieu yapmıştır. Bourdieu Fransa'da sosyal farklılaşmaların ana sebebi sosyal gruplardaki üyelikler ile ilgili olduğunu ortaya koymuştur. Bu teori gerçek anlamda 1980'lerin ortasında Bourdieu ve Coleman 'da yaklaşık 10 yıl sonrada Putnam sosyal sermaye kavramını farklı mecralarda kullanılmaya başlamıştır.

Eğer bugün akademi camiada bu kavram kullanılmaya devam ediyorsa bunun öncü isimleri, Pierre Bourdieu, James Coleman ve Robert Putnam'dır (Özdemir, 2007: 12-13). Bu üç isimin sosyal sermaye teorisi

hakkındaki görüşleri ve düşüncelerini açıklamaları bu teoriye katkı sağlanmıştır.

Bourdieu göre, sermaye kültürel ve sosyal sermayenin birikmiş emek üretimi temsil ettiğini belirtmektedir. Toplumun üyeleri, sahip oldukları kolektif sermaye sayesinde kendini koruma altına almıştır. Burada bireyin sahip olduğu sosyal sermaye ağı

⁸¹ Teke, 2024: 176-177

büyük önem arz etmektedir. Sosyal sermaye sosyal ilişkiler ağı ile değer bulmaktadır.

Sosyal ilişkide bulunmak toplum içindeki gruplara katılmak ile mümkündür ve bu şekilde sosyal sermaye etkinliğini artırır. Ayrıca sosyal sınıflarda bu şekilde ortaya çıkar. Bourdieu aynı zamanda sosyal sermayedeki rekabeti de ilk ortaya çıkartan isimlerdendir. Kısacası Bourdieu sosyal sermayenin kolektif ve egemen grubu pozisyon pekiştirici bir işlem olarak görmektedir

Coleman'a göre, sosyal sermayeyi gerek aile gerekse topluluk içerisinde yaşayan kişilerin arasındaki ilişki düzeylerini betimlemek üzerine kurulmuş ve aynı zamanda eğitimdeki başarı seviyesini de önemli ölçüde etkileyen bir kavram olarak açıklanmıştır (Marshall, 1999: 675). Coleman, Bourdieu 'ye göre, sosyal sermaye alanında daha da çok yankı yapmıştır. Coleman Bourdieu 'den farklı olarak sosyal sermaye alanında tam tersini düşünmüştür.

Aynı zamanda Coleman sosyal sermaye teorisini iki temel bina üzerine kurmuştur. Bunun birincisi, aileyi merkeze koymuştur. İkincisinde sosyal ilişkiler merkezli olarak açıklamıştır (Baş, 2017: 37-38). Bourdieu sosyal sermaye temelinde egemen sınıfını vurgu yaparken Coleman ise sosyal sermayenin herkesi içine alan toplumsal ilişkilere değinmiştir.

Putnam'a göre ise sosyal sermaye teorisi, Bourdieu ve Colman'a göre daha farklılık göstermektedir. Bourdieu aile nüfus ve sosyal çevre içerisindeki toplumsallığa değinirken Putnam buna ilave olarak göstergeler ve sonuçlar üzerinde sosyal sermayeyi makro ölçeklerle toplumun tamamını kapsayacak şekilde görür (Aydemir, 2011: 63).

Putnam, Bourdieu ve Coleman'dan farklı düşünerek tam tersine kavramı farklı bir mecraya taşımıştır. Yani, sosyolojik, psikolojik ve siyasi etkenleri de katarak hepsini bir arada toplamıştır. Sosyal sermaye sadece sınıflara bağlı değildir. Aynı zamanda topluluk tarafında sahip olunan ve olunmayan her şey olarak açıklanmıştır.⁸²

Putnam sosyal sermaye teorisini üç temel üzerine kurmuştur. Bunlar, Bağlayıcı Sosyal Sermaye, Köprü Korucu Sosyal Sermaye ve Birleştirici Sosyal Sermaye olmak üzere üçe ayrılmıştır. Bağlayıcı sosyal sermaye, birinci derece de yakın olan aile bireyleri yakın arkadaşlardan olduğu gibi homojen gruplardan oluşan güçlü ilişkilerdir.

Köprü koruyucu sosyal sermaye, mesafe gerektiren arkadaş grupları, iş arkadaşları gibi sosyal sermayeye göre zayıf ilişkiler halkasını oluşturan gruplardır. Birleştirici sosyal sermaye ise, farklı sosyal sınıflar ve gruplar arasındaki ilişkiler halkasıdır.

⁸² Baş, 2017: 39

Sonuç olarak sosyal sermaye teorisi, toplumun dayanışma, işbirliği ve iletişimini güçlendirir. Bu kavram aynı zamanda disiplinlerden ve anlayışlardan beslenmiş ve geniş bir kapsama sahiptir. Sevgi, saygı ve ahlaki değerler gibi temel unsurlar, sosyal sermayenin temelini oluşturmaktadır. Sosyal sermaye toplum için ortak normların oluşturmasına ve savunmasına da katkıda bulunur.

4.1.2.3. Devri (Cyclical) Dalgalı Model Teorisi

Sosyal değişmeyi açıklayan evrimci modelden başka bir modelde Devri Dalgalı modeldir. Devri dalgalı modele göre, toplumdaki sürekli değişimler ve gelişmeler bir süreç içinde gerçekleşmektedir. Paroton'un görüşü olan "elitlerin dolaşımı ve devri" bu modele örnektir. Toplumdaki sosyal düzenin devamı için iktidarda olan güç ile salahiyeti elinde tutan her sınıfın yerine zamanla başka bir elit grup almıştır. Böylece dönüşüm görünen değişmeler, toplumdaki sosyal düzeninde oluşmasını sağlamıştır.⁸³

Bu yaklaşımın düşünürleri Sorakin, Pareton, Toynbee ve A.K. Bilgiseven'dir. Vilfredo Pareto'ya göre, Roma İmparatorluğunun tarihi olaylarından esinerek "elitlerin dolaşımı" elitlerin teorisi geliştirmiştir. Platon elitler ve seçkinler bir azınlık grubudur.

⁸³ Erkal, 306

Her grup bir süre sonra görevini tamamlayıp tarih sahnesinde çekilerek ve yerini bir başka gruba bırakmıştır.

Bir organizmada bir hücre kendini yenileyerek yerine yeni bir hücre bıraktığı gibi aynı şekilde alt tabakadan bir grupta zaman içerisinde üst tabakaya doğru ilerlenmesi sayesinde sürekli bir hareket ve yenileşme

olacaktır. Yani bir elit grubun çökmesi sonucunda yeni bir elit grubun ortaya çıkmasına vesile olur (Kaya, 1985: 18).

Bu yaklaşımın en önemli düşünürü aynı zamanda döngüsel bir sürecin çeşidi sarkaçlı toplumsal değişim teorisi olarak da bilinen Amerikan sosyolog olan PA Sorakin “ hudutlu değişme kuramı” önemlidir. Sorakin, hem devri hem de ritmik bir değişim tasvir etmiştir. Ritimler değişim süreci içinde değişimin yönünü teyit ederler. Ritimler hareket hızları bir birinden farklı olabilirler ve birbirlerinin zincirin halkaları gibi takip ederler.

Değişim, maddeci ve maneviyatçı kültür sınıfları arasında gidip- gelme ilişkisiyle ortaya çıkarlar. Maddeci, maneviyat ve ideal kültürün üst kısmını ifade eder. Sorakin, maneviyat veya maddeci kültür sınırına varıp olgunlaştıktan sonra toplumsal kültürün yıkılıp

dağılmasına yol açar. Çünkü her bir kültür sisteminin gelişmesinin bir sınırı vardır. O sınıra ulaştığında ideal kültür

yönünde bir değişim ve dönüşüm sağlanması gerekir. (Kaya, 2022: 23).

Sorakin aynı zamanda medeniyetleri duygusal ve düşünsel olmak üzere iki özelliğinde bahseder. Bu özellikler zamanla biri diğerine göre daha ağır basar. Hangi özellik ağır basarsa diğer özellik yönünde bir hareketlenme başlar. Bazen de “idealistik” karışımların olduğu dönemlerle de karşılaşmak mümkündür. Bu durum saatin kadranlarının, iki uç arasında gidip gelirken ortak bir alanda geçmelerine benzer. Sorakin, Rönesans’ın böyle bir dönemin sonucunda ortaya çıktığını belirtir (Yıldız, 1999: 56).

Bu yaklaşımın başka bir düşünürü olan İngiliz tarihçi ve sosyolog Arnold Toynbee göre ise, zamanla medeniyetler büyüyüp-güçlenip geliştiğini savunur. Medeniyetler toplumların bir araya gelmesiyle oluşurlar. Topluma dıştan gelen etkileri ve toplumu yöneten ile yönetilenler arasındaki ilişkilere dikkat çekmiştir. Toynbee göre, toplumun olgunlaşma sürecinde örgütsel olarak katılaştığını, belirtir.

Böyle bir süreçte topluma karşı bir meydan okuma gerçekleşirse ve toplumda buna boyun eğerse, toplum yok olma ile karşı karşıya kalabilir. Bunun tersine eğer karşı gelip cevap verme yoluna gidilirse toplum bir hareketlilik kazanır ve bir medeniyetin oluşumuna zemin hazırlayabilir. Bu meydan okumalar toplumlar ile elitler arasında gerçekleşir. Bundan

dolayıdır ki, elitler, kitlelerin desteğini kaybettiği anda toplum yok olur.

4.2. Türkiye’de Toplumsal Sınıf, Cinsiyet ve Etnik Köken Dinamikleri

Türkiye’de Toplumsal Sınıf, Cinsiyet, Etnik Köken Dinamikler oldukça karmaşık bir yapıya sahip olup ve birçok faktörlerden etkilenmektedir. Toplumsal sınıf açısından ülke genellikle büyük kentlerdeki ekonomideki gelişmişlikle küçük kasaba ve kırsal kesimlerde geri kalanı arasında çok büyük uçurumlar bulunmaktadır. Cinsiyet eşitsizliği konusunda ise, Türkiye son yıllarda bazı ilerlemeler kaydetmiş olsa da hala bazı alanlarda zorluklarla karşılaşmaktadır. Etnik köken dinamikleri ise, Türkiye’nin karmaşık tarihinde ve coğrafik konumunda kaynaklanır.

4.2.1. Toplumsal Sınıf Kavramı

Sosyolojik bir analiz birimi olarak kullanılan “sınıf” kavramı, toplumun araştırmacıları üzerinde fikir birliği varmış olduğu bir konu değildir. Bunun gerekçesi, Aron’un sormuş olduğu şu sorularda saklıdır. “Sosyal sınıflar modern sanayi cemiyetlerine has gruplar mıdır yoksa bilim bütün cemiyetlerde de mevcut olmuş mudur ?” Bu sorunun yanından şöyle bir soru daha ekleyebiliriz: topluluğun sınıf olabilmesi için insanların

bir araya gelmesine ihtiyaç var mıdır veya toplumsal konuları insanları sınıf olarak ifade etmek yeterli midir?

Sınıf kavramı, yukarıdaki sorulara cevaplar ölçüsünde anlaşmazlığı artar. Bu kavramın kökenini Edgell, şöyle açıklamıştır. Sınıf terimi Roma halkının mali, askeri amaçlarla, mülk temeline dayalı olarak bölünmesi anlamında sınıf kavramının kullanımı ise, endüstriyel kapitalizm gelişmesiyle yaygın hale gelmiştir.

İlk önce İngiltere’de daha sonra Fransa, Almanya ve Amerika’da toplumsal bir kavram olarak kullanılmaya başlanılmıştır. Osmanlı İmparatorluğunda toplumsal sınıf kavramı son dönemlerine özellikle Tanzimat dönemine kadar uzanır. Ülkemizde ise Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte sınıf kavramı kullanılmaya başlanılmıştır. Bu ülkelerin toplumsal araştırmacıları sınıf kavramını, çözülmesi gereken sorunları çözmüş ve toplumsal yapıyı açıklamak için bir araç olarak kullanılmıştır (Edgell, 1998: 11-12).

Yukarıdaki sorulara baktığımızda toplumsal sınıfların endüstri toplumlara has olmadığı aynı zamanda tarihin her dönemlerinde eşitsizlik kavramı ile karşılaştığı ve aynı zamanda sınıfta da bunun olduğunu söylemek mümkündür. Bu şekilde düşünen toplumsal sınıf araştırmacılarına göre, mülkiyetin var olduğu ve her toplumda sömüren ve sömürülen sınıfların varlığında bahsetmek mümkündür (Demir, 2017: 13).

Gerçek manada sınıflarda bahsedebilmek için ve aynı zamanda geçmişten günümüze kadar gelen süreçte toplumsal sınıfın oluşabilmesi için farklı sosyolog ve araştırmacıların sınıf kavramı hakkında görüşlerinin alınması kayda değerdir.

Giddens'e göre sınıf kavramı, "farklı insan grupları arasındaki yapılmış eşitsizlikler olarak" tanımlanmıştır. Bu bağlamda modern toplumlarda sınıf, ekonomik faktörlerin yanı sıra kültür ve sosyal faktörler tarafında da belirlenir. Giddens, bireylerin sosyal sınıflandırmadaki yerlerinin sabit olmadığı ve zaman içerisinde değişebileceğini savunur. Bu nedenle sınıf kavramı artık sadece gelir seviyesine dayanmaz, aynı zamanda eğitim, meslek ve yaşam tarzı gibi faktörleri de içerir.

Max Weber' e göre sınıf kavramı, sınıflar sosyal topluluklar değildir. Yalnızca toplumsal eylemleri temsil ederler. Weber göre, sınıfın konumu bireylerin mal, yaşam koşulları ve şahsi yaşantıları için sahip oldukları imkanları anlamını ifade eder. Bu imkanlar verilir bir

ekonomi düzen içerisinde gelir elde etmek için mal veya beceri harcama gücünün derecesi yada bir gücün yokluğu tarafında belirleniyor olmalıdır. Sınıf, aynı sınıf konumunda olan insanlar topluluğunda oluşur (Weber, 2005: 270).

Weber, sınıfı ortaya çıkartan temel olgu doğrudan doğruya ekonomik çıkar veya piyasa ile bağlantısı olan çıkarlar olduğunu

belirtmiştir. Bundan dolayı sınıf çıkarı kavramı belirsizlik taşır. Weber, toplumda aynı sınıfta olan insanların belirli bir çıkar doğrultusunda bir araya gelindiğinde “sınıf çıkarı” kavramı ampirik bir hal olarak belirsizleştiğini dikkat çeker. Weber’e göre, toplumda ortak sınıf durumunda olan bir eylemin oluşması hiç de bir evrensel durum değildir (İnce, 2017: 310).

Weber’e göre, sınıflar sosyal bir grup olmamakla birlikte sınıf olmaları için ancak toplumsallaşma temelinde ortaya çıkarlar. Sınıf olmalarına yol açan toplu eylem ise aynı sınıfın üyeleri arasında ortaya çıkan eylem değil farklı sınıfların arasında ortaya çıkan bir eylemdir. İşçi ve girişimcinin sınıf konumunu belirleyen toplu eylemler, iş gücü piyasası, metal piyasası ve kapitalist işletmedir. Bunun karşılığında bir kapitalist işletmenin varlığı de çok belirli bir toplu eylemin varlığına ve bunun somut olarak malların mülkiyetinin korunmasına yönelik bir biçimde yapılmasına bağlıdır (Weber, 2005. 274).

Karl Marx’a göre, ekonomi yönetiminden bahsederken, bir ülkenin nüfusu incelenirken bu nüfusun sınıflarına bölünmesinin, kentlerde, kırsal kesimde ve deniz kıyısındaki dağılımının dikkate alınması gerektiğini vurgular. Marx’a göre, asil ve soyut olan politik ekonomiden toplumsal bir eylem sonucunda ortaya çıkan üretimin temeli ve öznesi nüfusla işe başlamak en doğrusu olur.

Fakat Marx nüfus üzerine yoğunlaşmak bir yanılgıya sebep olacağını işaret etmektedir. Nüfusu ele alınırken onu oluşturan sınıfları göz ardı edilirse Marx, bunun soyutlanma haline geleceği dikkat çekmiştir. Nüfusun ücretli çalışanları ve kapitalistler gibi sınıfları üzerine kuruldukları öğeler iyi bilinmiyorsa bu sınıflarda boş sözcüklerden ibaret olacağını ifade etmektedir (Başaran, 2017: 227).

Marx 'in ilkel sürecinin anlatıldığı Kapitalin birinci cildinde kapitalist üretim temel koşullarını, para ile metanın sermayeye düşmesi sınıflar bağlamında şu şekilde ifade etmektedir.

“birbirlerinden tamamen farklı iki meta sahibi karşı karşıya gelmeli ve bunlar arasında ilişki kurulmalıdır;

bir yanda, sahip buldukları değerler toplamını başkalarının emek güçlerini, satın alarak araştırmaya can atan para, üretim ve geçim aracı sahipleri, öte yanda, kendi emek güçlerini satan ve dolayısıyla emek satıcısı olan özgür işçiler yer almalıdır. İşçiler iki anlamda özgür olmalıdır; köleler, serfler vb. gibi doğrudan doğruya üretim araçları arasında yer almamalı ama bağımsız çalışan çiftçiler vb. gibi de üretim araçları kendilerine ait olmamalıdır. Bu gibi şeylerden yoksun, serbest ve boş kimseler olmamalıdır; meta piyasasındaki bu kutuplaşma ile birlikte kapitalist üretimin temel koşulları yerine gelmiş olur.”

Sonuç olarak sınıf ayırımı mücadeleleri, Marx'ın toplumsal teorisinin merkezinde yer almaktadır. Toplumsal sınıflar ve mücadeleleri üretim ilişkileri güçlerinin kendi gelişimlerinin çelişkilerinin dönüşümlerinin taşıyıcısıdır. Öyle ki sınıf teorisi bağlamında eşitsizlik veya üstünlük gibi hiyerarşik kavramsallaştırma Karl Marx kapitalist toplum tahlili anlaşılmaz. Marx'ın sınıf yaklaşımındaki asıl önemli olan nokta, toplumsal ilişkiler kendisi içindir (Başaran, 2017: 231).

Sosyolog düşünürler toplumsal sınıf kavramını, bir toplumda yaşayan aynı zenginlik, statü ve gücü paylaşan bir grup veya sınıfı olarak tanımlanmıştır. Bu sınıflar yukarıdan aşağıya doğru belirli bir sıraya göre dizayn edilerek toplumsal Tabakalaşma sistemini oluşturmuştur. Bu sistemde bireyin yeri önem arz eder. Çünkü toplumdaki yaşama düzeni insanların nasıl bir hayat yaşadıklarını ve değerleri tarafında nasıl davrandığı ve algılandığı belirler. Toplumsal sınıflar her toplumda farklılık göstermiş olsa da temelinde ortak yapısal özelliklerinde bahsetmek mümkündür. Bu özellikler dikkate alınarak temel sınıf yapısı oluşturabilir ve toplumda üç tane sınıftan söz edilebilir.

1- Üst Sınıf; Modern toplumlarda en yüksek sosyal statüye sahip olan ve genellikle zengin kesimde oluşan bir sosyal sınıftır. Bir sınıf aynı zamanda en büyük siyasi gücü elinde

tutma eğilimdedir. Üst sınıf terimi genellikle diğer sınıflar olan orta ve alt sınıf kesimi ile birlikte kullanılır.

Üst sınıfın özellikleri arasında, geniş mülkiyet ve finansal kaynaklara sahip olmak, yüksek gelir düzeyleri, etkili sosyal ağlar ve eğitim fırsatları yer almaktadır.

Genellikle bu sınıfa bağlı olan kişiler çoğunlukla lüks tüketim mallarına, özel eğitime ve sağlık hizmetlerine erişim gibi ayrıcalıklara sahiptirler.

2- Orta Sınıf: Sosyal hiyerarşide orta kademede bulunan ve genellikle aristokrasi ile işçi sınıfı ve alt sınıf arasındaki grubu tanımlayan bir kavramdır. Genellikle ülkeden ülkeye farklılık gösterir ve özellikle üniversite mezunu, görevce yüksek ücret alan ve lüks tüketimde bulunanları temsil ettiği bir sınıftır.

Karl Marx ve Friedrich Engels tarafında yazılan komünist manifestosunda burjuvazi kavramını “ kapitalist orta sınıf” kesimi için kullanmıştır. Orta sınıf tanımı ve kapsamı farklı kültürlerde ve sosyolojik çevrelerde farklılık gösterebilir.

Türkiye’de orta sınıfların durumu, özellikle Fordist ileri sanayi toplumlarına göre şekillenmiş olarak geleneksel modelin, üretim ve tüketimin farklılaştığı günümüz toplumları için geçerliliğini tartışma konusu olduğunu bilinmektedir. Günümüzde sınıfların parçalandığı ve alt sınıflara ayrıldığını bu parçalanmadan en çok nasibini alanda orta sınıf olduğu görülmektedir (Sunar, 2021).

Orta sınıfın yükselen kesimleri, yeni iş ve sermaye ilişkilerinde faydalı konumda olan küresel elit ve yeni

orta sınıflardır. Bu gruplarda yer alanlar, yaşam tarzları ve iktisadi ilişkiler bakımında orta sınıfın geri kalan kesimlerinden kopmaktadırlar. Ayrıca orta sınıfta konum kaybını yaşayan katmanlar ise, prekarya olarak adlandırılan alt-orta sınıfı oluşturmaktadır. Bu kısım orta sınıfın büyük bir kısmını teşkil etmektedir.

Sosyolojik analiz için orta sınıfın tanımlanması ve anlamlandırılması önem arz eder. Geleneksel olarak orta sınıfa, toplumsal dengeyi sağlama ve düzeni oluşturma görevi yüklenmiştir. Geniş bir orta sınıf olması, toplumda dengelerin sağlanması için önemlidir.

3- Alt Sınıf: Toplumun sosyal hiyerarşisinde en alta yer alan ve genellikle ekonomik olarak en az kaynağa sahip olan kamu ve özel sektörde vasıfsız ve düşük ücretli işlerde işçi statüsünde çalışan işçi grubunu ifade etmektedir. Bu sınıf genellikle düşük ücretle çalışan, güvencesiz iş koşullarına ve sosyal haklarında yeterince faydalanmayan bireyleri kapsar.

Bu sınıfın özellikleri, düşük gelir düzeyi, sınırlı eğitim ve iş fırsatları, sosyal ve ekonomik adaletsizliklere maruz kalma, yaşam standartlarının düşüklüğü ve genellikle daha az politik etki ve güce sahip olma yer alır.

Alt sınıfın sosyal ekonomik yapısı diğer sınıflarda olduğu gibi bu sınıfta da bir ülkenin politik, sosyal ve ekonomik sistemine ve diğer faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Türkiye'deki alt sınıfın durumu, ekonomik ve sosyal politikaların yanı sıra küresel ekonomik koşulların etkisine göre şekillenmektedir.

4.2.2. Osmanlıda İmparatorluğunda Toplumsal Sınıf Yapısı

Yaklaşık olarak altı asır dünyada hüküm süren Osmanlı imparatorluğu toplumsal yapısı farklılık arz etmiştir. Devletin adında da anlaşılacağı üzere Osman Bey öncülüğünde kurulmuştur. Fatih sultan Mehmet döneminde İslam dünyasında merkezi egemenliği hükmetmiş XVII yüzyılda modelleşme çabasını göstermiştir. XIX yüzyılları arasında ise, devamlılığını sürdürme ve farklılaşmalara neden olmuştur.

Osmanlı imparatorluğunda sınıfların oluşumu, orta Asya, Kafkaslar, İran, Arap coğrafyası, Anadolu ve Rumeli de yaşayan toplulukların kendi içindeki farklı kültürlerden inceliklerin katkısı olmuştur. Toplum içerisinde İslam düşünce gelişmesi önemli derecede yönlendirici olmuştur.

Osmanlı toplumu, birçok farklı bölgede din, dil, etnik köken, kültür, gelenek-görenek, yaşayış biçimi gibi değerleri bünyesinde barındırılmıştır. Bu toplum tarih boyunca birikmiş olduğu insani değerler sayesinde şekillenmiştir. Her ne kadar

toplumun bazı problemleri farklılıkta kaynaklansa da İslami düşüncesi ve topluma hakim yöneticiler sayesinde imparatorluk asırlarca ayakta kalabilmiştir.

Ayrıca Osmanlı toplumunu, Hristiyan toplumda görülebilen ve batılar tarafında “Osmanlı barışı” dedikleri birlikte yaşama, dayanışma ve hukuki kaidelerden alan hoşgörü tecrübesi olgunlaştırmıştır. Bu vesile ile halk, devletin başındaki padişahı Allah’ın bir lütfu ve emaneti olarak görmüştür.

Osmanlı imparatorluğunun sınıf yapısının, çözümlenmesi ancak ekonomik atığın paylaşımı ile olur. Keyder’e göre, toprağın artık ürününü tımarlı sipahiler aracılığıyla el koyan saray yöneticileri kırsal kesimin sermayenin kendinden başka ellerde toplanmasına izin vermemiştir. Etkin bir vergileme sistemi sayesinde köylü kesimi kontrol altına alınarak Müslüman ve Gayrı- Müslim olan halkıda zengin olmalarının önüne geçilmiştir. Genel anlamda Osmanlı kuramsal yapısı az ve çok olmak üzere birbirine yakın

büyükte toprakları elinde tutan ve merkezden atanmış memurlara oransal vergiler ödeyen bağımsız bir köylü kitlesinin varlığına dayanıyordu (Keyder, 2003: 32). Osmanlıda vergileri ödeyen köylü kesimi büyük bir sınıf oluşturmuştur.

Geçim kaynağını köylünün ürettiği artığa el koyarak geçimini sağlayan Osmanlı’nın idari, askeri, idari ve dini bakan bütün

memurlar sınıfı olarak nitelendirilmektedir. Bunlar kendi sınıfı içerisinde alt bölümleri ayrılmıştır. Bu sınıfın içerisinde, ilmiye, seyfiye ve kalemiye gibi merkez teşkilata bağlı birimler ile vergiden muaf tutulan sınıfların yanı sıra taşrada görevlendirilmiş asker ve idari görevlileri kapsamaktadır. Bu sınıfa Osmanlıda askeri bürokrat yönetici sınıfı denilmektedir (Demir, 2017: 16).

Kırsal bölgelerde köylüler dışında olup ama sınıf bakımında köylülerle aynı olan bir şehirli esnaf-zanaatkâr ve tüccar sınıfı da bulunmaktadır. Göcek e göre, yöneten ile yönetilen arasındaki ilişkiyi temel alındığında köylüler, esnaf, tüccarlar ve göçebe topluluklar bir sınıfın parçalarıdır (Göcek, 1999: 55). Keyder ise ayrımı kent-kır farklılığından kaynaklanmaktadır. İleriki süreçte belli bir ayrıcalığı elde eden Gayri-Müslim tüccarlar ekonomi artığı belli bir bölüme el koyarak Osmanlının yıkılma sürecinde rol oynamışlardır. Osmanlının nüfusunun % 90'nı kırsal kesimde yaşayan köylüleri oluştururdu. Toplam nüfusun yaklaşık % 10' da tarım dışı faaliyetlerde uğraşan esnaf ve zanaatlardan oluşuyordu.

Osmanlıda sınıf yapısı genellikle 19. Yüzyıla kadar değişim göstermiştir. Değişiklik gösteren iki olgu vardır. Birincisi, ayanların güçlenmesi ve taşra teşkilatında söz sahibi olmalarına başlanmasıdır. İltizam usulüne geçerek bürokrat sınıf, vergi gelirlerini nakdi anlamda artırmaya çalıştı. Bir bölgenin

vergilerini toplanması için mültezimlere bir miktar para verilerek toplatıldı ve bu şekilde tımarlı sipahilerin görevine de son verilmiş oldu. Her ne kadar bu şekilde bir nakit akışı olsa da bir süre sonra taşrada vergi toplayan mültezimler kentlerde çıkıp sermaye birikme durumuna geçmişlerdir.

Alemdar Mustafa paşa isyanının bastırılması ve taşra ile merkez arasında irtibatı sağlamak için sened-i ittifak merkezin güçlenmesini sağlamış aynı zamanda ayarların bütün güçlerinin de kaybetmesine neden olmuştur. Sened-i ittifak sonrası iltizam sistemi yeniden devletin kontrolüne geçmiştir. Ayanlar toprak sistemi parametrelerine bağlı bir güç olarak kalmışlardır. Alternatif bir emek kullanımını yaratmamışlardır. Ayanlar fiziksel olarak her ne kadar ortadan kalksalar da etkileri milletçilik akımlarıyla devam etmiştir (Keyder, 2003: 31).

Osmanlı toplumsal yapısının dönüşümünde ayanlar çok etkili olamamışlar fakat, ikinci etken grup olan Gayri-Müslimler yıkıcı bir etkiye sahip olmuşlardır. Gayri-Müslimlerin merkeze karşı bir güç olarak mülkiyetinin artması ve iktidarın zayıflanması ise imparatorluğun kapitalizmle bütünleşme sürecinde yaşandı. Bu bütünleşme ayanların oluşturduğu tahribatı kat be kat artırmıştır. Yıkımın hızını etkileyen unsurlar askeri yenilikler ve savaşlar için gerekli olan mali kaynakların borç alınmasıdır (Karpas, 1967: 75).

Osmanlı imparatorluğu savaşa sevk eden ve Türkiye cumhuriyetinin kurulmasına vesile olan bu kargaşa ortamında yeni bir sınıfın ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu sınıf devlet eliyle gerçekleştirecek olan milli burjuvadır.

Bu sınıf Osmanlı elitlerinden ayrılmış cumhuriyeti kuran ekibin içine dahil olan sınıf, milli mücadele sonrası ülkenin kalkınmasına öncülük edecektir. Cumhuriyet yönetimi liberal yönetim anlayışı yerine Alman ulusal ekonomi modelini benimsenmiştir. Bu ekonomi sisteminde Türkiye cumhuriyeti kurucusu olan Mustafa Kemal Atatürk 'e nasip olmuştur (Demir, 2017: 19).

4.2.3. Türkiye’de Toplumsal Sınıf Yapısı

19. yüzyılları sonlarına doğru geldiğimizde 1908 yılında ortaya çıkan Osmanlı padişahını meşrutiyeti ilan etmeye zorlayan ve ittihat ve terakkilerin öncüleri bürokrat, eğitilmiş ve aydın bir kadroya sahip olmalarına rağmen birden ele geçirdikleri iktidarı yönetmeye hazır değillerdi. Uygulayacak bir planları olmadığı için olaylar karşısında hızlı bir değişim ve evrim göstermişlerdir. Başlatılmış oldukları devleti kurtarma hedefleri cumhuriyet kurucularına nasip olmuştur (Keyner, 2014: 79).

“Komprador sınıfın doktrini olarak gördükleri liberalizme hücum ediyorlardı. Bu görüşe göre milli bilincin kazanılmasına ve iktisadi amaçların gerçekleşmesine yukarıdan katkıda

bulunmak gerekiyordu; bireylerin girişim özgürlükleri sonradan gelecekti Osmanlı İmparatorluğu'nun burjuvazisi, tıpkı Polonya burjuvazisi gibi, milli değildi, dolayısıyla güvenilmezdi. Bu yüzden, o zamana kadar memurluk ve toprağı ekip biçme işlerinin dışına çıkmamış Müslüman nüfus içinden yeni bir müteşebbisler sınıfı oluşturulması zorunluydu” Bu oluşan yeni milli müteşebbis grup ittihat ve Terakki mensupları içinde çıkmıştır. Bu görev büyük ölçüde devlet tarafında üstlenmiştir. Savaş sürecinde Müslüman iş adamları, sanayiye dayalı bir üretim olmadığından genellikle ticarete yönelmişlerdir. Ticaret için şirketleri kurmuşlardır. 1908-1914 yılları arasında Müslüman tüccarlar desteklenmiştir. Kurulan bu şirketlerin ortakları ile mahalli İttihat ve Terakki teşkilatı üyeleri aynı kişilerdir (Keyder, 2003: 89-91).

Birinci dünya savaşının son bulmasıyla Türkiye'deki gayrimüslim sayısında azalma yaşanmıştır. Bu azalma sonucunda Türkiye'de ticaret ile uğraşan sınıfın büyük bir kısmını kaybetmiştir. Taşrada yaşayan burjuvazinin büyük çoğunluğu ülkeden zorla çıkartılması sonucunda bunların vermiş oldukları destek ve kazanımları da silip süpürmüştür.

Doğmakta olan toplumsal sınıf devletin katı politikaları yüzünden meyve vermeden boğulmuştur. Diğer tarafta yerli burjuva 5 yıl boyunca desteklenip zenginleşmelerinin önü açılmıştır. Büyümekte olan ticaret burjuvazisi ise, 1920

yıllarında devlet memurları hiçbir siyasi ve kültürel çatışmaya girmeden sadece minnetini göstermekle yetinmiştir. Burjuva kültürel gelenekleri sürdürmede sivil toplum kurma yerine para kazanma yoluna tercih etti (Geyveli).

Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte hakim konumda olan ve bütün gelişmeleri tek başına sırtlayan bürokrat sınıf, konjonktüre ve çıkarlarına göre ekonomi politikalarını geliştirmiş ve bunun sonucunda milli bir burjuva sınıfı oluşturmaya çalışmıştır. Oluşturmak istedikleri yeni burjuvalı girişimci sınıf, Buğra'nın ifadesiyle devletin küçülmesini savunmak yerine siyasetin içine girerek liberal düşüncenin gelişmesinin yollarını aramışlardır.

Diğer tarafta baktığımızda cumhuriyetin ilanında günümüze kadar geçen zaman zarfında Türkiye'deki sınıfsal yapının biçimi, ekonomide yaşanan gelişmelere ve ekonomik politikalara paralel dönemler içerisinde ele alınmıştır (Buğra, 2003: 27) .

4.2.3.1.1923-1929 Arası Ekonomik Anlayış ve Sınıflar

1923-1929 yılların arasında gelişen en önemli iktisadi olay 1923 yılında İzmir'de toplanıp ekonomi politikaların belirlenmesi ve ekonomi kalkınmanın tüm toplumun katılımıyla başlanması için Türkiye iktisadi kongresi tertip edilmiştir. Bu kongreye tüccarlar, sanayiciler, çiftçiler, işçiler ve bankacı gibi birçok meslek grubuna mensup toplam 1135 delege katılmıştır. Bu

kongre milli mücadele döneminde doğu cephesi komutanlığı ve aynı zamanda hem Mustafa Kemal Atatürk'ün silah arkadaşı ve Manisa ili delegesi olan kazım Karabekir paşa başkanlık yapmıştır(Durmuş, Aydemir, 2016: 157).

Bu kongrede Mustafa Kemal Atatürk açılış konuşmasında şunları söylemiştir.” *Siyasi ve askeri zaferler ne kadar büyük olurlarsa olsunlar, iktisadi zaferlerle taçlandırılmazlarsa meydana gelen zaferler kalıcı olmaz, az zamanda süner. Bu nedenle en kuvvetli, en parlak zaferlerimizin daha temin edilebileceği faydalı sonuçları temin etmek için iktisadiyatımızın, iktisadi egemenliğimizin sağlanması, kuvvetlendirilmesi zorunludur.*

Yeni Türkiye'mizi layık olduğu mertebeye çıkarmak için vakit geçirmeden iktisadiyatımıza önem vermek zorundayız. Zamanımız tamamen iktisat devridir.” Bu konuşma ile Mustafa Kemal Atatürk'ün askeri ve siyasi dehası yanında birde iktisadi dehasına da şahit olmuş oluyoruz.

İzmir iktisadi kongresi iki amaç için toplanıldığı söylenilebilir. Birincisi, tüccarların, çiftçilerin, sanayicilerin ve işçilerin istek ve sorunlarının neler olduğu belirlemek, ikincisi de, yabancı sermaye çevrelerine ekonominin gelecekteki durumu hakkında bilgi vermek. Kısacası hem iç hem de dış ekonomi çevrelerine güvence vermek isteği sonucuna varılabilir (Kepenek, 1990: 33).

Burada sadece tüccar ve sanayi grupları yanı sıra işverenler, işçilerin ücretleri ve çalışma şartlarının iyileştirilmesine yönelik önerilere muhalefet edilmiştir. Kongrenin sonucunda Türkiye’de ekonominin gelişmesi için, üreticilerin korunması gerektiği, ihracatın özendirilmesi ithalatın azaltılması, milli endüstrisinin oluşturulması ve demiryolu inşası geliştirmesi prensip olarak kabul edilmiştir.

1923-1929 dönemi, tarımsal üretimde ciddi artışlar gözlemlenmiştir. Ülkenin ihracatının %80’i tarım ürünleri oluşturuyordu. Tarımsal ürünün büyük bir kısmı toprağı çok olanlara kalıyordu. Toprağı az olan köylüler ise, büyük toprak sahibi olan ağaların yanında, yarıcı, ortakçısı veya marabası konumunda bulunuyorlardı. Toprağın % 93’üne sahip olanlar genellikle aşiret reisi, ağaların ve siyasi kadrolar oluşturuyordu. Geriye kalan % 7’si ise köylülere sahipti (Atılgan, 2012: 331-332).

Bu dönemde ekonomiyi ayakta tutan sektör tarımdı. Sanayi ise yeni yeni gelişmekteydi. Sınıfsal açıda baktığımızda köylüler ve işçiler sınıfı yanında daha çok ticaretle uğraşan ve büyük toprak sahipleri ağlardan bahsetmek mümkündür.

4.2.3.2. 1930-1939 Arası Ekonomik Anlayış ve Sınıflar

Türkiye’de Ekonominin düzene girmesi için ciddi adımların atıldığı bir dönemde dünya genelinde ekonomiyi etkilen 1929 ekonomik kriz patlak verdi. Birinci dünya savaşına katılan veya katılmayan bütün ülkeler bu krizden etkilenmişleridir. Savaş sonrası fiyatlarda düşüş gözlemlenmiştir. Fakat buna rağmen 1922-1927 yılları arasında genel anlamda ekonomide bir toparlanma süreci yaşanmıştır.

ABD Avrupa ülkelerine yapmış olduğu kısmi yardımlarla bir nebze rahatlatma yaşatmıştır. 1927 ile 1929 yılları arasında ABD sanayisi ve inşaat sektöründe % 25’e varan bir büyüme sağlanmıştır. Bu büyüme çok uzun soluklu olmamıştır. Bir süre sonra sanayideki üretim düşüşü ve işsizlik oranlarında ciddi artışa neden olmuştur. Yaşanan bu olumsuzluklar sonucunda New York borsasını etkilemiş ve Wall Street Borsası 1929 yılında çökmüştür (Ezer, 2010: 429-430).

1929 dünya ekonomi krizi en başta ABD ve İngiltere olmak üzere bütün dünya etkilenmiştir. Bu etkilemede Türkiye’de payına düşeni almıştır. Türkiye ekonomik olarak ayakta kalabilmesi için devletçilik himaye ekonomisi süreci başlatılmıştır. Devletçilik fikri ilk defa 1930 yılında gündeme alınmış fakat, uygulaması ise 1932 yılında başlatılmıştır.

Devletçilikten kasıt devlet gözetiminde sanayi adaklı ekonomi gelişme olarak değerlendirmek mümkündür. Ülkenin içinde bulunduğu zor şartlardan kurtulması için Türkiye'ye has bir sistem olarak geliştirilmiştir. Bu sistem her ne kadar ekonomiye bir müdahale olarak görülse de, özel müteşebbisler hiçbir zaman ihmal edilmemiş aksine kredilerle destelenmiştir (Akkor, 2018: 135).

Bu dönemde sanayideki gelişmeler daha sonraki hiçbir dönemde yaşanmamıştı. Un,şeker, ve ipek sektöründe, demir çelik, kimya alanında ve inşaat malzemelerinde kendi kendine yetecek bir ülke durumuna gelinmişti. İlk beş yıllık kalkınma planı bu dönemde uygulamaya başlanılmıştır. Kamu iktisadi teşebbüsler oluşturulmuştur. Bu kalkınma planı çerçevesinde Sümerbank, Etibank, Maden Tetkik Arama Enstitüsü, Elektrik İşleri Etüd idaresi, Toprak Mahsulleri Ofisi gibi kurumlar bu dönem denk gelmiştir. Atılmanın belirtmiş olduğu gibi yatırım malları ve ara mallar üretmek işletmelerin ilk örnekleridir. 1930-1939 yılları arasında devlet bütün inisiyatifi eline almıştır. *“Türkiye'nin bütün altyapısı kamu kurumları örgütlenerek gerçekleştirildi:*

Elektrik enerjisi üretiminden sulamaya, ulaştırmadan (deniz, hava, demiryolları, limanlar, hava meydanları) Tekel ürünlerine, haberleşmeden tarımda zamanla yükselen sayıda ürünün pazarlanmasına, bazılarının işlenerek tüketiciye sunulmasına, yer altı kaynaklarının ve ormanların

işlenmesinden bankacılığa vb...uzanan bir alanda geliştirilen kamu kurumları ekonominin genelde gelişmesini, kendi içinde bütünleşmesini ve üretimin artmasını sağladılar.”(Kazgan, 2006: 72)

Sanayide böyle gelişmeler gözlenirken tarımda ise sanayiye nazaran sıkıntılar görülmüştür. Dünyadaki krizin etkisiyle ürün fiyatlarının düşüşü ve diğer sıkıntılar sonucunda 1930 yıllarda köylünün durumu daha da kötüleşti. Devlet bu sıkıntıları gidermek ziraat bankası aracılığıyla buğday fiyatlarına destek vermiştir. Bu 1935 yılları sonrasına kadar devam eden ticaretteki iyileştirmelere kadar sürmüştür (Makal, 2007).

Devlet kontrolünde gelişen sanayileşme adımları işçi sınıfında artışlara neden olmuştur. Bu işçi sınıfının daha da geniş kitlelere ulaşma ve talepleri daha gür bir sesle dile getirmelerine vesile olmuştur. İş kanunu ilk defa 1936 yılında mecliste görüşülüp kabul edilmiştir. Bu kanun yaklaşık yarım milyon kişiyi kapsıyordu. Fakat, bu kanunda ancak 180 bin işçi faydalanabilmiştir.

Bu kanun da grev ve lokavt yasaklanmıştır. Yasağa rağmen greve katılan işçi olursa şayet hapis cezası verilmesine hükmedilmiştir. İlerleyen yıllarda 1938 de çıkartılan cemiyet kanunu ile her türlü sınıfsal örgüt ve grubu sendika kurulması yasaklandı (Atılğan, 2012: 334). Bu yıllar çalışanlar için çok sıkıntılı geçmiştir.

1930 yıllarındaki sanayileşme yükü ilk olarak buğday üreten köylüler ve işçiler tarafında pay edilmiştir. Buradaki ekonomik artığı paylaşımı devletin bürokratik sınıfları ile onunla anlaşmalı müteahhitler ve ticaret burjuvazisi ile küçük sanayiciler paylaşmıştır.

1938 yılına kadar yürürlükte kalan birinci beş yıllık kalkınma planı yapılan yeni düzenlenmeler ile ikinci defa yeni bir beş yıl uygulanmak istenilmiştir. Bu yeni planda, madencilik, Maden Ocakları kömürü, elektrikli santralleri, ev ocakları sanayisi, kimya sanayisi, makine sanayisi ve deniz ulaşımı olmak üzere birçok alanda yatırımlar planlanmıştır. Bu ikinci kalkınma planı birincisine göre daha kapsayıcıydı. Fakat, II. Dünya savaşının patlak vermesiyle bu planın uygulanmasına geçilmemiştir (Demir, 2017: 23) .

4.2.3.3. 1940-1945 Arası Ekonomik Etkileri ve İkinci Dünya Savaşı

1939 yılının Eylül ayında Almanya Polonya'ya saldırmasıyla yaklaşık olarak 6 yıl süren ve milyonlarca insanın ölümüne neden olacak II. Dünya savaşı başlamış oldu. Savaş nedeniyle sıkıntılı dönem başlamıştı. Bu dönem ekonomide daralmalar gözlemlendi. Sanayi ve tarım ürünlerinde hep düşüş yaşandı.

Üretimin azalması mal fiyatlarının yükselmesine ve paranın değerinin düşmesine neden oldu. Bu sıkıntıları azaltmak için

birçok tedbir alınmaya başlanmıştır. Fiyat denetimleri, tarım ürünlerine değerinde az değer

biçilerek el koyma, çalışma sürelerini keyfi olarak uzatma bunun yanı sıra özel işletmelere geçici el koyma gibi önlemler alınmış. Bu uygulanan savaş ekonomisi enflasyonla halkın geniş bir kısmı fakirleşirken, ticaretle uğraşan gayrimüslim kısmı da aşırı zenginleşmiştir.

Bunun önüne geçmek için şükrü Saraçoğlu hükümeti tarafında varlık vergisi ile telafi yoluna gidilmiştir. Irk ve din ayırımına dayalı bir vergi olarak tarihe geçmiştir. Daha sonra varlık vergisinin bir uzantısı olan 1943 yılında çıkarılan toprak mahsulleri vergisi ile tarım kesiminde de uygulayarak bu tepkileri bir nebze hafifletmiştir (Boratav, 2006: 81-84 ve Topçu,2002: 44).

Türkiye II. Dünya savaşına hiçbir zaman fiilen katılmamış ve uzun bir süre tarafsızlığını korumuş olsa da ekonomik olarak her türlü sıkıntı ve şiddete maruz kalmıştır. Bunun nedeni Türkiye'nin zayıf bir ekonomiye sahip olmasıdır.

Bu dönemin yükünü en çok sırtlayan sınıflar işçiler ve köylüler olmuştur. Bu iki grubun emekleri ucuz olduğu için kadın ve çocuk işgücünde faydalanma artmıştır. Aynı zamanda bu dönemde işte çıkarmaların sayısı artmış ve çalışma sürelerini de keyfi olarak artırılmıştır.

Büyük çiftçi ve tüccarlar enflasyonun etkisiyle büyük karlar elde etmişler. Küçük köylüler ise ayakta kalabilmek için topraklarını satmışlardır (Demir, 2017: 23).

4.2.3.4. 1946-1974 Arası Savaş Sonrası Dönem, Ekonomi Etkileri ve Sınıflar

II. Dünya savaşından hemen sonra soğuk savaş ilanını için bütün şartlar oluşmuşken, Sovyet Rusya'sı Türki'de toprak talep etmesi üzerine ABD hükümeti Türkiye'ye iktisadi ve askeri yardım yapmaya karar verdi.

Tam o sırada Türkiye'nin Almanya yanlısı tavır takınması sonucunda Amerika varlık vergisi ve tek partili rejim konularında endişelerini dile getirmiştir. Hükümet mecliste bir muhalefet partiye ihtiyaç duyulduğunu ve 1946 yılında seçim yapılacağını ilan etti. 1946 seçimleri bürokrasinin beklemediği sonuçlarla karşı karşıya kaldı. Muhalefet partisi kısa bir

süre içinde şaşırtıcı bir güce sahip oldu. Bu şekliyle muhalefet partisi azda olsa mecliste bir azınlık elde etmiş oldu.1946-1950 yılları arasında hükümet tavizli bir politika sergiledi. Savaş sonrası iktisadi politikaları Amerika uzmanları tarafında hazırlandı (Keyder, 2012: 146)

1950 seçimleri Türkiye için bir dönüm noktası olmuştur. Seçim sonucunda Demokrat Parti iktidara geldi. Liberal düşüncenin temsilcisi oldu. Yabancı sermaye teşvik edildi, serbest ticaret ve

açık ekonomi anlayışıyla Türkiye serbest piyasaya girmeye başladı. Dünya konjonktürüne göre Türkiye'ye tarım destekleme yardımları yapıldı. 1950'de Türkiye nüfusu 20 milyonu. %80'ı köylüydü ve bunların çoğunluğu küçük üreticiydi.

Bu nedenle tarım sektöründe teknoloji kullanımını artmıştır. ABD fonları sayesinde birçok gelişmenin artmasına şahit olundu. En önemli artış da tarım makinalarında görüldü. Tarım makinalarının ithalat payı % 1'den % 8'e yükseldi. Bu vesileyle traktör sayesinde daha da çok toprak tarıma açılmış oldu. Tarımda gelecek gelir ile sanayinin gelişmesi planlamaktaydı.

Demokrat Parti konjonktür gereği karma ekonomik modelini benimsemek zorunda kalmıştır. 27 Mayıs 1960 darbesine kadar liberal ve dışa açık bir ticaret düzeni sürmüştü ayrıca tarımda makineleşme ve tarımsal hammadde ihracatı devam etmiştir.

Darbeye kadar olan süreçte sınıfların durumuna bakacak olursak çok partili hayata geçişin Demokrat Parti ile birlikte Liberal Burjuva sınıfın temsilcileri ile Türkiye Sosyalist Partisi ve Türkiye Sosyalist Emekçi ve Köylü Partisi ile işçi sınıfların siyaset sahnesindeki durumlarında haber verilmektedir. Hem CHP hem de DP iktidarları dönemlerinde işçi ve köylü sınıfına gerek ekonomi gerekse sosyal yardımlar anlamında istenileni yapamamışlardır. Bu dönemin çalışanlar açısından en önemli kayda değer olayı TÜRK- İŞ 'in kurulması olmuştur.

1960 darbesi kısa ömürlü olmuştur. Askerler bir buçuk yıl içinde yeni bir Anayasa referandumda kabul ettirip seçimlere gidilerek iktidarı sivillere teslim etmişlerdir. 1960 darbesinin ardında yeni gelişmeler ortaya çıkmıştır. Üretim işi rayına oturtuldu. İç pazara dönük üretim amaçlayan İthal İkameci Sanayileşme (İİS) modeli ile hareket eden bir ekonomi modeli benimsendi (Demir, 2017: 24).

Bu dönemin gelir paylaşımı politikası en adil politika şeklidir. Sosyal devlet anlayışı gelişmiştir. Sosyal Güvenlik Sistemi devreye sokulmuştur. Toplumun sözleşme Grev hakkı kanunu kabul edilmiş işçi-memur maaşları yüksek tutulmuştur. Bunun amacı iç pazarın

canlılığını sağlamaktır. Tarımla uğraşan köylü kesiminin hayat şartları iyice iyileşme gösterilmiştir. Hazine topraklarının dağıtılmasına karşın devlet desteklenme alımları yapmış bu gerekçe ile fiyat yükseltilmiş ve köylü karlı duruma geçmiştir (Kazgan,2006: 97).

1960'dan 1980 yılına kadarki dönemde köylüler açısından diğer dönemlere göre daha farklıdır. Bu dönemde köylülerin popülitesi daha da artmıştır. Yoksul ve topraksız olan köylüler ile küçük üreticiler karşısında adil davranma hakkını talep etmişlerdir. Genel olarak işçi sınıfında görülen sınıf bilincinin

köylü kesiminde de bu dönemde pekiştiğini görmekteyiz (Demir, 2017: 25)

4.2.3.5. 1975-1980 Arası Ekonomik Etkileri, Kriz ve Darbe

1973 Ekiminde Arap-İsrail savaşının başlanmasıyla Arap ülkeleri ABD'ye ve Hollanda'ya petrol ticaretini durdurdu. Kısa bir süre sonra petrol ihracat eden ülkelerin kurduğu bir organizasyon olan OPEC petrol fiyatlarında ciddi artış yaptı. Petrol ithalatçısı olan Türkiye'nin başına gelebilecek en kötü senaryolardan olan petrol fiyatlarının yükselmesidir.

Petrol fiyatlarındaki yükselmenin yanında birde 1974 yılında Kıbrıs barış hareketi başlanması krizin daha da derinlemesine neden oldu. Krizler bununla yetmedi diğer tarafta ABD silah ambargosu uygulaması, Avrupa ülkelerinin ekonomik ambargosu, doğuda ermeni sorunu ve ülkenin içindeki üniversitelerde çatışmaların başlanması ülkeyi dört tarafta nefes alamayacak duruma getirmiştir (Yavilioğlu, 1995).

Petrol krizinin yaşadığı dönemde dünya ülkeleri ve Türkiye tasarruf tedbirleri uyguluyordu. Petrol alımları sübvans ediyorlardı. Dünyada merkez konumda olan ülkeler ihracata yönelik kar hadlerini yükseltip aynı zamanda çevre ülkeleri de ithalata zorlayıp müşteri durumuna düşürüyorlardı. Dolayısıyla 1960 yılından beri uygulanan korumacı ve dışa kapalı ekonomik

modelin yerine yavaş yavaş serbest ekonomi sistemine bırakıyordu (Kazgan, 2006: 105).

Türkiye bu krizden kurtulmak için hükümet 24 Ocak 1960 yılında bir ekonomi paket hazırlandı. Her ne kadar bu paket onaylasa da uygulaması 12 Eylül sonrasına kalmıştır. Bu pakette öncelik olarak krizden kurtulmak için IMF ve bankalarda kredi alınması gerektiği öngörülüyordu. Kısacası, bu paketin amacı Türkiye ekonomisinin tamamen serbestleşmesini isteniyordu.

Paket hem merkez konumunda olan ülkeler hem de Türkiye'deki girişimciler için problem teşkil ediyordu. Net olmamakla beraber bu durumda hoşnut olmayanların ayak diremesi sonucunda 12 Eylül 1980 darbesine zemin harlamış olabilir. Darbe sonrası ise ekonomiyi 24 Ocak kararlarının da yer aldığı hükümler belirleyecektir (Demir, 217: 26).

4.2.3.6. 1980-1990 Arası 24 Ocak Kararları ve Serbestleşmenin Boyutları

24 Ocak kararları politikalarının ana düşüncesini oluşturmuş, devletin ekonomiye müdahalesini minimize etmiş ve piyasa ekonomisine hizmet etmiştir. Bu kararlar Türkiye'yi küreselleşen dünya ekonomisine dahil ettirmek amaçlanmıştır.

Özel sektörün yerini almak ve ekonomideki makro ve mikro dengeleri sağlamak için fiyat politikasını idari politikalar yerine alınması hedeflenmiştir, belirlenmiş olan bu hedefleri

gerçekleştirmek için mallara yapılan müdahaleler ve piyasada faktör olan fiyatlarının kaldırılması gerekiyordu. 24 Ocak 1980 kararları ve sonrası uygulanan tedbirler bu yönden yol alıyordu.

Ekonomideki mekanizma devlet müdahalesi değil güçte olan etkili olmuştur. Yabancı sermayenin ithalatı ve teşvik edilmesi serbest olacak ve fiyat rekabeti kurulacaktı. Türkiye serbest piyasa modeline geçmesi 24 Ocak 1980 yılının altıncı ayında IMF ile bir üç yıllık stand-by düzenlenmesi ile olmuştur. Bu yıl içinde darbeden sonra kurulan askeri yönetim istikrar için uygun adımlar atmışlardır (İntaş, 2019: 23).

24 Ocak 1980 kanununun uygulaması sonucu gerileme durduğu iddia edilmiştir. Bu kanunun hedeflerini şu şekilde sıralayabiliriz (Önder, 2005: 146-145).

-Ekonomideki tüketim harcamalarını kısıtlayarak birikimleri artırmak -Enflasyonun sıkı para politikasıyla ve kredi politikasıyla sınırlamak ve zaman içinde kamu finansman açığının gidermek, Hazinesinin MB'den borçlanmasını kısıtlamak

-Birikimlerin artırılması için bankaların uygun bir faiz politikasını izlemek

-Bankacılık sisteminde birikimlerin yükselmesini elde etmek için gerçekçi bir faiz politikasını sürdürmek.

-Yatırımların istihdamını artırmak ve finansal açığını azaltmak için özel ve yabancı kapitalin teşviki

- İhracatların artırılması için gerekçeli ve reel bir döviz kuru uygulamasına geçmek

-Fonların teşvik edilen oranlara inmesini sağlamak

24 Ocak kararları Türkiye'nin küreselleşen dünya ekonomisine dahil etmektir. Türkiye'nin borçlarını ödemesi için gerekli olan döviz talebinin karşılanması için ithalat ve ihracatın serbest bırakılması bunun yanında ciddi oranda döviz borçlanması ve tamamen liberal bir ekonomi şekline geçmesini simgeleniyordu. Türk parası döviz karşısında ciddi bir şekilde değer kaybı yaşıyordu.

Kayıbı gidermek için ihracatın artırılmasını çalışılmış ek olarak da pahalı döviz, ucuz kredi imkanları gibi etkenler desteklenmiştir. İç talepler kısılmış ve üretilen mallar ihracata yönlendirilmiştir (Kazgan, 2006: 129). İhracatın geliştirilmesindeki amaç dış çevrelerinin güvenini sağlamak ve uluslararası finansal çevrelerden borç alabilmektir. Bunun sonucunda ithalat serbest olmuştur.

12 Eylülde darbe yapan rejim darbe yanlısı olan TÜRK-İŞ'i destekleyip DİSK'i ise tavsiye etti. Kıdem tazminatı sınırlandırıldı, izin ve tatil günleri uzatıldı, sendika faaliyetleri engellendi kısacası, işçi örgütleri ve haklarına yönelik olumsuz

politikalar izlendi (Atılğan, 2012: 354). Şehirlerde yaşayan fakir kesimler sınıf bilincinin önüne geçmek için dönemim hükümeti tarafında bunlara tapu belgeleri verilip imar izinleri çıkartıldı. kentleşme adı altında rant odakları oluşturuldu buda fakirlerde yüksek beklentilerin oluşmasına neden oldu.

1980'lerde sınıf, çıkar, lobi gibi işçileri doğrudan ilgilendiren kavramların kullanılmasında kaçınıldı. Dönemin iktisadi ruhuna uygun olarak büyük iş adamları çevresinin politik sürece giderek dahil olduğu dış ekonomik ilişkiler alanında yarı resmi bir işlev yerine getirmeye başlatıldığı görüyoruz (Buğra. 2003: 59-60).

4.2.3.7. 1990-2012 Arası Serbestleşmenin Artışı, Gümrük Birliği'nin Onaylanması, IMF ve Dünya Bankası Kontrolüne Giriş ve Sınıfsal Görünüm

1990 yılında SSCB yıkılması sonrası ve ABD ön plana çıkmasının farklı eğilimlere yönelik olmuştur. Küreselleşme son hızıyla başladı. Tüm ulusal politikalar kontrol altına Türkiye ilk önce Avrupa Birliği

Ülkeleriyle Gümrük Antlaşması yaparak serbest ticaret yolu açmış oldu ve daha sonra ekonomisi tamamen IMF ve dünya bankasının emrine verdi. Bu dönemde gelir dağılımında bozulmalar yaşandı ve çalışanlar serbest piyasa ekonomisinin insiyatifina bağımlı hale getirdi (Demir, 2017: 27).

1990 yıllarında uygulanan Özal modülü yeterince güven vermedi. Bu da güvensizliğin Başlangıcı oldu. Bu güvensizlik işçi ve köylü kesimi seçimlerde ve değişik platformlarda tepkilerini gösterdiler. Boratav şöyle ifade etmiştir: ücret artışları telafi etmek için keyfi işten çıkarmaların istenildi, sendikasızlaşma süreçleri yaygınlaştı, KİT'ler deki üretim hacmi yükselen ücret-maaş maliyetlerinin karşılanamaz duruma geldi. Bilerek zarar ettirilirken KİT'ler hazine de desteğini çekince kriz oluşmaya başlandı. Bu da KİT'lerin özelleştirilmesine kadar götürdü. Bu özelleştirmenin en önemli amaçlarında birisi siyasi iktidara yakın çevrelerin rant sağlamıştır (Baratav, 2006: 178).

2000'li yıllardan sonra özelleştirme artmıştır. Bunun sonucunda kamu işletmeleri özel sektör tarafında işletilmesi burjuvanın gelişmesini doğurdu. 10 yıl içinde birçok yeni burjuva grupları ortaya çıktı.

Türkiye iktisadi politikaları cumhuriyetin kuruluşunda günümüze kadar yansımalarını incelediğimizde cumhuriyet döneminde kişi başına düşen gelirin 45 dolar olduğunu 2019 yılında ise orta sınıfın geliri de kabul edilen 9000 dolar civarında seyrettiğini görülmektedir.

Cumhuriyet dönemi sektörlerin dağılımına baktığımızda tarım alanında % 43,1 iken sanayide bu oran % 10,6 olduğu görülmektedir. 2019 yılının verilerine baktığımızda tarımsal alanda üretim % 14 civarında sanayi alanında üretim ise % 34

civarında izlenmiştir.100. Yılıni geçtiğimiz cumhuriyetin kuruluşunda günümüze kadar kişi başına düşen milli gelirden büyüme, sanayileşme oranlarından, kalkınma oranlarımıza kadar birçok göstergede hızlı yükseliş görülmüştür. Verileri de göz ününe alındığımızda Cumhuriyet döneminde günümüze kadar gözle görülür iyileşmeler tespit edilirken gelişmiş ülkelerin seviyesine çıkmak için dünya ile entegrasyonu güçlendirecek birikime ve hızlı büyümeye dönük adımların atılması gerekmektedir (Bağcı, Tekin, 2020: 186).

4.2.3.8. Toplumsal Cinsiyet

Cinsiyet, kişilerin fizyolojik özelliklerine göre ifade edilen demografik bir özelliktir. Toplumsal cinsiyet ise, bir toplumdaki bireylerin sosyal, kültürel, psikolojik, ekonomik, siyasal ve dini beklentilerini kapsayan geniş bir kavramla ifade edilmektedir. Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet kavramları bakımında farklı olmakla beraber bu iki kavram arasındaki farkı anlayabilmek için ve cinsiyetler arasındaki eşitsizliği ortaya koyabilmek için bu iki kavramı birlikte ele almak gerekir. Kadın ve erkeğin sosyal olarak kendilerine biçilen rolü ve sorumlulukları toplumsal cinsiyet olarak tanımlanmakta ve cinsiyet olgu toplumda zamanla farklılık göstermektedir. İster ulusal isterse uluslararası düzeyde politikalar bireyler arası eşitsizliğe yol açan ve eşitsizlik alanında kadınların daha eşitsiz konumda bulunmaktadır.(Bardakçı, Oğlak, 2022: 72).

Bütün toplumlar bireyin cinsiyetini öne alarak ondan belirli rol ve davranışlar sergilenmesini ister. Bu roller genellikle kültür, gelenek, görenek ve inançlara göre farklılık arz eder. Bu farklılıklar zaman içinde kadın ve erkek arasında sosyal sorunlar yaşatmakta ve bu da eşitsizliği beraberinde getirir. Kadın ve erkek olmanın giyim, davranış, sosyal roller, iş bölümü, çalışma koşulları toplum içindeki konularına göre şekillenmektedir (Turgut, 2019 ve Çötök, 2015: 779). Toplumsal cinsiyet hangi topluma aitse o topluma göre şekillenmekte ve aynı zamanda gelecekte o kültür içinde yaşayan insanları etkileyebilmektedir.

Toplumsal cinsiyet kavramı ilk kez 1968 yılında Robert Stoller tarafında kullanmaya başlamıştır. Bununla beraber Annie Oakley de bu kavramı kullanmaya başlamıştır (Polat, 2018: 255). Stoller toplumsal cinsiyeti biyolojik özelliklerden ziyade kültürel ve psikolojik bir terim olarak kullanmıştır. Aynı zamanda toplumsal cinsiyet kadın ve erkek özelliklerinin tamamı kapsayan bir terim olup ve bu özelliklerin hepsi toplum tarafında belirlenmektedir (Stoller, 1968: 9).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, toplumda kadın ve erkeğin sosyal olarak verilen rolleri farklılık arz etmesi hak ve fırsatlar kullanılması yönünde cinsiyetler arasında ayrımcılık yapıldığı belirtilmektedir. Bu tür ayrımcılık ve hak mahremiyetleri kadın politik, sosyal kültürel anlamdaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasına ve bundan yararlanmasını

engellenmekte veya ortadan kaldırılmaktadır. Bu ayrımcılıklardan dolayı kadınlar eğitim, sağlık, gelir, toplumsal statü ve istihdam gibi alanlarda olumsuzluklara maruz kalmaktadırlar (Demirgöz, 2014: 15).

Bu ayrımcılıkları sadece kadınlar değil bütün toplum ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasi kalkınmasında ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Diğer tarafta Dünya Bankası tarafında 2012 yılında hazırlanan “cinsiyet eşitsizliği ve kalkınma raporunda kalkınma ile cinsiyet eşitsizliği arasındaki ilişkiye vurgu yapmıştır ve kadınların sahip olduğu imkanların bir sonraki kuşaklara olumlu yönde şekillendiğini ve aynı zamanda kadınların yeteneklerinde istifade edildiğinde üretimi artıracığını vurgulanmıştır (Turgut, 2019).

4.2.3.9. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğini Etkileyen Faktörler

Toplumun oluşmasının temelini oluşturan aile toplumsal cinsiyet rollerinin cinsiyet kimliklerinin ve eşitsizliklerin yeniden şekillendirdiği bir alanı ifade etmektedir. Aile, cinsiyete dayalı iş bölümleriyle kadın ve erkek arasındaki hiyerarşisinin oluşmasını sağlayan sosyal bir kavramdır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkileyen faktörlerin bazıları şunlardır:

1- Eğitim; Kadınların okula gitme oranları, eğitim düzeyleri ve fırsatları erkeklere göre daha düşük olabilir. Bu da toplumsal eşitsizliği artırmaktadır. Toplum içinde bireylerin şekillenmesi aile ne kadar önemli ise eğitimde de bir o kadar öneme sahiptir. Toplumda eğitim hakkında yararlanma kadın ile erkek arasında çeşitli engeller yaşatmaktadır. Kadına has olan roller ve davranışları nedeniyle kız çocukları ve kadınlar eğitim hakkında mahrum edilmektedir.

Günümüzde kadınların eğitim veya başka nedenlerden dolayı istihdam alanında değişik engellere takılmaktadırlar. Belki de kadınların istihdam edilmeleri erkeklere göre daha az olması bundan kaynaklanmaktadır.

2- İşgücüne Katılım; Kadınların iş gücüne katılımları istihdam olanakları ve iş yerindeki yaşadığı eşitsizlikler, toplumdaki eşitsizlikleri tetiklenmektedir. Özellikle kadınların annelik ve eş gibi etkenlere sahip olmaları ne deniyle iş gücü piyasasında istihdam edilmeleri zorlaşmaktadır. İş gücünde yer alan kadınlar kariyer edinmeleri erkeklere göre daha fazla efor harcamaları gerekmektedir. Kadınların yönetici konumunda yükselmeleri bir takım engellere takılmaktadır.

3- Siyasal Gelişme; Kadınların siyasi hayata atılmaları ve liderlik pozisyonlara erişimi ve karar alma süreçleri toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkiler.

4- Sağlık; kadınların sağlık hizmetlerine erişimde, cinsel ve üreme sağlığı, doğum öncesi ve sonrası dönemlerde yaşadıkları sorunlar toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkilenmektedir.

5- Şiddet ve Taciz; Kadınların maruz kaldığı fiziksel cinsel ve duygusal şiddete toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir göstergesidir.

6- Ekonomik Faktörler; Kadınların ekonomik bağımsızlığı, gelir eşitsizliği ve kadınların iş gücünde düşük seviye temsil etmeleri toplumsal eşitsizlikleri etkiler.

7- Dini Faktörler; Din ve inanç yapısı cinsiyet etkenleri ve toplumsal cinsiyete bakış açının belirlenmesini etkilenmektedir. Birçok toplumda toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, dini meşru hale getirmiş sanki dini şartlarındanmış gibi gösterilmeye çalışılmış ve bunun sonucunda kadın birçok alanda geri bırakılmıştır. Bu belirtmiş olduğumuz faktörler, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin karmaşık bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Ülkeler arasındaki farklılıklar ve kültürel dinamikler bu eşitsizlikleri şekillenmede önemli etkenlerdir (Bardakçı, Oğlak, 2022: 73).

4.2.3.10. Türkiye' de Toplumsal Cinsiyet

Türkiye'de toplumsal cinsiyet ayrımı ve kadın olgusu ele alırken toplumsal kültürel dokunun yapısı ile birlikte değerlendirmek gerekir. Türk toplumunda kadını ayarıştıran toplumsal cinsiyetin varlığı, toplumun yüzyıllarca biriktirdiği, oluşturduğu, temsil ettiği kimlik bilgileri ile ele almak gerekir. Bu nedenle kadın, toplumsal cinsiyet ayrımına hem erkekler hem de toplum geneli tarafında maruz kalmaktadır.

Türk toplumu birçok yönde kendine has özellikleri olan bir topluluktur. Toplum içinde birbirine zıt kültürler barındırabilmektedir. Toplum çeşitliliği bazen az bilen bazen de çok hata yapan yönleri olan heyecanlılığı, doğululuğu, batılılığı, bölgeler arasında farklılıkların olması, çok kültürel bir yapıya sahip olması gibi birçok özellik taşıyabilmektedir. Türk toplumunun taşıdığı bu özellikleri bir arada düşünmek kolay değildir. Bu özelliklerin neredeyse hepsi ülke ve toplum genelinde farklı alanlarda yaşayan gelişmelerde belirgin etkiler bırakmaktadır.

Türkiye zengin bir kültürel yapıya sahip olup, yerli ve yabancı olmak üzere birçok unsurdan meydana gelmiş sosyal bir senteze sahiptir. Türk toplumu hem eski hem de kendini sürekli yenileyebilen bir yapıya sahiptir.

Günümüz Türkiye'sinde kadın toplumsal cinsiyet belirlenmesinde hareketle birçok alanda erkeklerle ve toplum genelinde bir asimetri yaşamaktadır. Kadının yaşamış olduğu eşitsizliği toplumsal cinsiyetin gerektiği bağlamında eğitilmesi sosyalizasyon ve yaşamasından ötürü maruz kalmaktadır.

Türkiye'nin imzalanmış olduğu uluslararası sözleşmeler ve diğer belgelerle toplumsal cinsiyet eşitliği gerçekleşmesini taaddüt etmiştir. Bu taaddüttün gerçekleşmesi için gerekli olan toplumsal cinsiyet eşitliği stratejilerin başında anaakımlaştırma gelmektedir. Anaakımlaştırma, toplumsal cinsiyete bakış açısının her yasa, politika, program ve projelerin tasarımı uygulamaya ve izleme aşamalarının gerçekleşmesini ifade etmektedir. Bunun içinde gerekli olan kurumsal yapıların gelişmesi, politikaların uygulanmasına görev alacak aktörler, kurum ve faaliyetleri gösteren eylem planlarının hazırlanması, uygulanma etkinliğini görebilmek için cinsiyet temelli verilerin toplanması ve düzenli yayılması gerekir (Toksöz vd., 2022:18).

Bir önceki raporda toplumsal cinsiyet eşitsizliği anaakımlaştırma politikalarının yapısal izlenimlerine dair değerlendirmelerinde siyasi iradenin toplumsal cinsiyet eşitsizliği normunda vazgeçmesinin resmi

politikalara ve metinlere nasıl yansıdığını ve bunun uygulamadaki sonuçlarını ayrıntılarıyla yorumlanmıştır. Bu rapor 2019-2020 dönemdeki gelişmelere yer vermiştir. Bunun

için özellikle kadına yönelik şiddet ve ev içi şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadeleye yönelik Avrupa Konseyi sözleşmesinde (İstanbul Sözleşmesi) 1 Temmuz 2021 yılı itibarıyla çekilmesi sonrası yaşanan sorunlara yer verilmemiştir (Toksöz vd., 2022:18).

İstanbul sözleşmesi 11 Mayıs 2011 tarihinde imzalanmıştır ve 4 Ağustos 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşme kadına yönelik şiddet ile ev içi şiddeti önlemek şiddete maruz kalan kadınları korumak, şiddet uygulayanları cezalandırmak ve şiddet ile mücadele için yeni politikalar geliştirmek amacı taşımaktadır. Bu sözleşme Avrupa Konseyi olan bütün ülkeler tarafında imzalanmıştır. İstanbul sözleşmesi 19 Mart 2021 tarihinde hükümet yetkilerince fesh edilmiştir.

KTCE (Küresel Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Raporu), ülkeler arasındaki toplumsal cinsiyet eşitsizliğini değerlendirilen bir pusula görevi görmektedir. Bu rapor kadınlar ve erkekler arasındaki sağlık, eğitim, ekonomi ve politika gibi alanlarda farklılıkları incelemek için kullanılan bir endekstir.

Türkiye'nin bu endeks açısından sonuçlarına bakacak olursak; KTCE Raporuna göre, Türkiye ve küresel cinsiyet eşitsizliği ortalamaları kategori bazında kıyaslanma kategorisinde yer almaktadır. Türkiye'nin "Eğitim Katılım" ile "Sağlık ve Sağlık Yaşam Beklentisi" kategorilerinde endeks puanı dünya ortalamasına oldukça yakın iken, "Ekonomik Katılım ve Fırsat"

ile “Siyasi Güçlenme” kategorilerinde dünya ortalamasına yakın iken tam puan olarak ise oldukça uzak görülmektedir. Buda Türkiye’deki bazı kategorilerde toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri gün yüzüne çıkarmaktadır.

TÜİK’in 2020 Yaşam Memnuniyet Araştırma sonucuna verilerine göre, belirli saatlerde ve ıssız yerlerde kendilerini güvende hissetmeme durumları yönünde bakıldığında kadınların erkeklere göre üç kat daha fazla güvensiz hissettikleri ortaya çıkmıştır (TÜİK, 2020). Bu rapordaki sonuçlarda elde edilen verilere göre, hayatın birçok alanında güvenlik yönünde kadınlar aleyhinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin derinliğini göstermektedir.

KTCE 2021 yılına ait raporda 156 ülkenin yer aldığı, cinsiyet arasındaki eşitsizliğin % 68 oranında kapandığı ve dünya genelinde bu farkın tamamen kapanması için % 32’lik farkın olduğu ortaya çıkmıştır (Bardakçı, Oğlak, 2022).

Türkiye 2006 yılında itibaren değerlendirme kapsamında olup, Türkiye 2006 yılında 115 ülke içerisinde 105 sırada yer almış, 156 ülke içerisinde ise 133’üncü sırada yer almıştır.

4.2.3.11. Türkiye’de Toplumsal Etnik Köken Dinamikleri

Etnik köken, bir kişinin geçmişine, kültürüne ve sosyal kimliğine büyük oranda etki etmektedir. Bir bireyin kimlik, aidiyet duygusu ve aynı zamanda kültürel değerlerini etkiler.

Farklı kültürlerin bir arada yaşadığı toplumlarda, etnik köken kavramı daha da büyük önem arz eder. Etnik köken, bir kişinin veya bir topluluğun tarih boyunca geçmişteki atalarına dayalı olarak taşıdığı kimlik ve kültürel özelliklerin bir bileşimidir. Genellikle bu özellikler, dil, gelenekler, giyim tarzı, yemek kültürleri, din ve genetik gibi çeşitli unsurlarda oluşmaktadır.

Etnik kökene dayalı ayrımcılıklarla mücadele etmek, Türkiye’de önemli bir konu olarak teşkil etmektedir. Türkiye 1999 yılında AB’ye aday üye ülke statüsüne kavuştuğundan bu yana, insan hakları ve etnik kökene dayalı ayrımcılıkla mücadele konusunda çeşitli mekanizmalar geliştirmiştir. Fakat bazı çalışmalara göre, Türkiye Anayasası ve diğer yasal düzenlenmelerde etnik ayrımcılıkla ilgili konuların henüz yeterince ele alınmadığı görüşü hâkimdir.

Fakat iç hukukta bu konunun henüz yeterince ele alınmadığı sonuca varılmıştır. Uluslararası düzenlenmeler ve anayasa metinler, bu mücadelede temel referanslar olarak kullanılmaktadır. Irk veya etnik köken ayrımcılığı, bir kişiyi ırkı, rengi, etnik kökeni, göçmen statüsü veya milliyet nedeniyle benzer olmayan muamelede bulunma biçiminde kendini gösterir (Mursül, 2023).

Türkiye anayasasınının 10. Maddesine göre, “*Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve*

*benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.
(Ek fıkra: 7/5/2004- 5170/1 md.)*

*Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür.
(Ek cümle: 7/5/2010-5982/1 md.) Bu maksatla alınacak
tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz. (Ek fıkra:
7/5/2010-5982/1 md.)*

*Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınamaz.
Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun
önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek
zorundadırlar.”*

Bu maddeye göre, her şeyden önce insan olmasında kaynaklanan ve doğuştan sahip olunan bazı haklara vurgu yapılmış, bu görevi yerine getirmekle yükümlü olan devlet ve diğer görevli kurumların bu hakları gözetme ve sorumluluğu yüklemiştir

Türkiye’deki toplumsal etnik köken dinamikleri, çok çeşitli ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Türkiye, farklı etnik kökenlerden insanların bir arada yaşadığı bir ülkedir. Etnik köken dağılımında, Türkiye’nin en büyük çoğunluğunu Türkler oluştururken, Kürtler, Zazalar, Araplar ve diğer etnik gruplar da önemli bir nüfusa sahiptirler.

Etnik köken dağılımı açısından, KONDA’nın yapmış olduğu araştırmaya göre, 100 kişilik bir Türkiye örneğinde 79’u Türk,

14'ü Kürt, 1'i Zaza,3'ü de Arap ve 3 kişide diğer etnik kökenlerde oluşmaktadır. Türkiye'de yaşayan etnik kökenler arasında soy, dil, Tarih ve kültürel bakımından kendini Türk kabul edenlerin toplam nüfusun % 80-85 arasında olduğunu belirtmektedir.

4.3. Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Toplumsal Eşitsizliklerin Sosyolojik Analizi

Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Toplumsal Eşitsizliklerin Sosyolojik Analizi, birçok etkeni içerir. Bunlar arasında gelir düzeyi, eğitim seviyesi, coğrafi konum ve etnik köken gibi sosyoekonomik etkenler önem arz eder. Bu analiz, sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizliklerin altında yatan yapısal ve kültürel etmenleri hedefler. Bunun sonucunda toplumsal eşitsizlikleri azaltmak için yapıcı politikalar ve sağlık profesyonelleri için önemli ipucular sağlar.

4.3.1. Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Toplumsal Eşitsizlikler

Sağlıkta eşitsizlik, genelde gelir sosyal sınıf, etnik köken, coğrafi koşullar ve yoksulluğun getirmiş olduğu unsurlardan oluşan sosyal belirleyicilerden ve aynı zamanda kişinin işinin olup olmadığı, bekar veya evli, olması sosyal uyum, meslek, gelir durumu gibi belirleyicilerden etkilenmektedir (Vegerö, 1995: 8).

Dahlgren ve Whitehead'in sağlıkta eşitsizlik üzerine etkisi olan sağlığın belirleyiciliğini geliştirdiği Gökkuşuğu Model'ine göre, yaş, cinsiyet gibi değişkenlerle merkezde kalan bireyin, kişisel alışkanlıkların, sosyal ve toplumsal etkilerin ve yapısal faktörlerin etkisinde olduğunu vurgulanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) belirlenmiş olduğu faktörlere göre sağlığı etkileyen sosyal unsurlar şunlardır:

1-Gelir Düzeyi; Gelir Düzeyi, Gelir, sosyo-ekonominin bir göstergesi olup, sağlık üzerinde önemli bir etki oluşturmaktadır. Düşük gelire sahip kişilerin genellikle sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşayabilir ve sağlıklı yaşam koşullarına maruz kalabilirler. Bu durum sonucunda kronik hastalıkların ve bulaşıcı hastalıkların yayılma riskini artırabilir. Ayrıca, gelir düzeyi yüksek olan bireyler genellikle daha iyi sağlık hizmetlerine erişebilir, sağlıklı beslenme ve yaşam koşullarını sürdürebilirler. Bu nedenle, gelir düzeyi sağlık eşitsizliklerin azaltılması için önem oluşturmaktadır.

Gelirin sağlığı etkileyen diğer belirleyici faktörleri şunlardır:

- a- Yiyecek ve barınak gibi kaynakların en kalitesi olandan satın alabilme,
- b- Sağlığın gelişmesini doğrudan etkileyen hizmetlere erişebilme imkanı,
- c- Bir gurubun parçası olması durumu,

d- Gelir durumu sağlık statüsünü etkilenmesi.

2- Eğitim Durumu; Eğitim, epidemiyoloji de sıklıkla kullanılan bir gösterge olup, sağlık üzerinde etkisi olan başka bir unsurdur. Yüksek eğitim seviyesine sahip olan bireylerin genellikle daha sağlıklı yaşam tarzı tercih ederler, sağlık hizmetlerine daha iyi erişim sağlarlar ve sağlıkla ilgili daha bilinçli bir bilgiye sahiptirler.

Eğitim bireylerin sağlık bilgisi ve sağlık davranışları üzerinde olumlu bir etki bırakmıştır. Ayrıca, eğitim durumu, iş olanakları ve gelir düzeyi gibi diğer sosyal faktörlerle alakalıdır ve sağlığı etkileyen karmaşık etkileşim ağı oluşturur. Bu nedenle, eğitim durumu, sağlık politikaları ve toplum sağlığının geliştirilmesinde önemli bir rol üstlenir.

Sağlık yönünde baktığımızda eğitim durumunun,

- a- Anne ve baba çocukların sosyo-ekonomi durumunu etkilemektedir.
- b- Kişinin almış olduğu eğitim kazanmış olduğu bilgi ve becerileri bilişsel düzeyine yansıtılarak sağlık hizmetlerine erişim ve iletişimi etkilemektedir.
- c- Çocukluk dönemindeki sağlık durumu etkilediğini belirtilmektedir.

3- Meslek Faktörü; Meslek, Weber'ın sosyo-ekonomik durumda bahsederken bireyin toplumdaki konumunu ifade

edilir. Meslek kişinin yaşama tarzlarını, gelir düzeylerini ve dolayısıyla sağlık durumlarını etkileyen önemli bir sosyal unsurdur. Bazı meslekler, fiziksel olarak daha risk içerirken başka meslekler ise daha fazla stres veya iş yüküyle ilişkilidir.

Ayrıca, iş yerindeki güvencesizlik, düşük ücretler ve uzun çalışma saatleri gibi sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir. Örneğin tehlikeli bir işte çalışan bir kişi kazaları ve mesleki hastalıklarla karşı karşıya kalabilirken, stresli bir işte çalışan bir kişi ise ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşabilir. Bu nedenle, iş ortamları ve meslek seçimi sağlık üzerinde önemli bir etki bırakmaktadır. Ayrıca, sağlık politikaları oluşturulmasında dikkate alınması gereken bir faktördür.

Mesleği sağlık üzerindeki belirleyiciliğine bakıldığında,

- a- Meslek ile gelir arasında güçlü bir ilişki vardır.
- b- Meslek sağlık ile ilgili çıktıları etkiler.
- c- Meslek sosyal ağlar, işten kaynaklanan stres gibi bir biriyle ilintili olduğu için psiko-sosyal sürecine bağlı sağlığı etkiler.
- d- Meslek toksit çevre koşulları, çalışma ortamını etkiler

4- Sosyal Sınıf; Sosyal sınıf, fertlerin yaşamlarını etkileyen önemli bir faktör olup, bir bireyin veya ailenin toplumdaki ekonomik ve sosyal konumunu belirleyen bir etkendir. Sosyal

sınıf genellikle gelir, eğitim, meslek ve statü gibi çeşitli faktörlerle alakalıdır.

Daha yüksek sosyal sınıfa mensup kişiler genellikle daha iyi eğitim almış ve iş olanaklarına sahiptirler. Ayrıca, daha iyi kazanç elde ederler ve daha sağlıklı yaşam şartlarına sahip olabilirler. Bununla beraber, düşük sosyal sınıfa mensup kişiler genellikle daha düşük gelir düzeylerine daha az eğitim fırsatlarına ve daha kısıtlı sağlık hizmetlerine sahiptirler. Bu nedenle, sosyal sınıf sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir ve sağlık eşitsizliklerinin varlığını belirlemede önemli rol oynar.

5- Cinsiyet; Cinsiyet, sağlık üzerinde önemli bir etkiye sahip olan sosyal bir unsurdur. Cinsiyet, biyolojik olarak kadın veya erkek olarak yapılan sınıflandırmanın sosyal halidir. Cinsiyet kültürel bağ- rol veya davranışların bütünüdür. Örneğin, kadınlar ve erkekler farklı sağlık sorunlarıyla karşılaşabilirler ve farklı sağlık hizmetlerine erişebilirler.

Toplumda kadınlara yönelik cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim bazen kısıtlanabilir veya sosyal normlar ve kültürel faktörler nedeniyle kadınlar sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanabilirler. Ayrıca, toplumlarda cinsiyet eşitsizliği ve cinsiyet temelli şiddet gibi sorunlarda sağlık üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Bu nedenle, cinsiyet, sağlık

politikalarının ve sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında dikkate alınması gereken önemli bir faktördür.

Ruger göre; sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için piyasadaki mekanizmalar tek başına yeterli değildir (2008: 1001). Sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri azaltmak için kaynakların yeniden dağıtılması, ilgili mevzuat, politika hazırlanması, kamudan yeniden düzenlenme ve gözden geçirme yapılması ve ayrıca kamu mallarının oluşturulması gerektiğini belirtmektedir. Toplumsal eşitsizliklerin temel kaynağını ortaya koymadan ve eşitsizliği doğrudan ve yeniden üreten ekonomik ve sosyal süreçleri ortadan kaldırılmadan eşitlik bir düzenin kurulması mümkün değildir (Öngen, 1998: 92).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği ortadan tamamen kaldırmak için en önemli etkili yöntem sosyal adaletsizliği önlemek olmalıdır (Koçoğlu, 2006: 28). Bu nedenle, her ülkede kendi politikalarında yer alan bütün uygulamaları ister sağlıkla ilgili olsun veya olmasın eşitsizlik yönünde değerlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliği gidermek için sınıfsal farklılıkları azaltmak, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir ve kapsayıcı bir hale getirmekle birlikte, asıl önemli olan çözüm yolu, sınıflı toplum yapısını ortadan kaldırılmalıdır. (Tekingündüz vd, 2016: 41)

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. Sağlık Hukuku Araştırmasının Bulguları

Toplumsal eşitsizlik, hasta hakları ve farkındalık gibi birçok konu sağlık hukuku açısından önem arz eder ve sağlık kuruluşlarına erişimdeki adaleti etkilenmektedir. Ayrıca sosyal sınıf, cinsiyet, etnik köken ve coğrafi konum gibi birçok etkende sağlık hizmetleri erişim üzerinde etkisini görmekteyiz.

Hastaların sağlık kuruluşların faydalanırken karşılaştıkları zorluklar, hastanelerde sağlık hizmeti alırken hakları ve farkındalık düzeyleri oldukça önem arz eden konulardır.

Hastalar sağlık hizmetlerinde faydalanırken, erişim hakkı, İletişim Engelleri, Hasta Hakların Bilinmemesi, Mahremiyet ve Güvenlik Endişeleri, Sağlık Okuryazarlığı, Kültürel Farklılıklar gibi birçok zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu zorluklardan kurtulmak için sağlık kuruluşlar ve hükümet iyileştirmeye yönelik yaklaşımlar sergilenmelidir. Hastalar hastanelerden sağlık hizmeti alırken birçok hakka sahiptirler. Bu haklar bilgilendirme hakkı, gizlilik

hakkı, tedaviyi ret etme hakkı gibi haklardır. Türkiye’de hasta hakları konusunda 1 ağustos 1998 tarihinde 23420 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Hasta Hakları yönetmeliği ile somut bir

adım atılmıştır. Bu yasa hasta hakları ile düzenleyen ilk yasal düzenlenmedir. Günümüzde hasta hakları ile ilgili birçok gelişmelere şahit olmaktayız. Bu gelişmelerin en önemlisi, hastaların tıbbi müdahalelere maruz kalırken bilgilendirilmiş onam vermeleridir.

5.1.Hastaların Sağlık Kuruluşlarından Hizmet Alırken Karşılaştıkları Zorluklar

Hastaların sağlık kuruluşlarında hizmet alırken birçok zorlukla karşılaşmaktadır ve bu zorluklar genellikle hasta hakları, sağlık hizmetlerine erişim, iletişim ve sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı gibi başlıklarla ilgilidir. İşte bazı zorluklar ve alınması gereken önlemler:

1-Erişim Zorlukları: Bazı hastalar, coğrafi konum, maliyet, uzun bekleme süreleri ve yetersiz sağlık altyapısı gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaşanabilmektedir. Bu problemleri çözmek için, sağlık kuruluşlarına daha fazla erişebilirlik ve uygun maliyetli hizmetler sunmalıdır (Otluoğlu Hukuk Bürosu).

2- İletişim Engelleri: Dil bariyerleri, tıbbi terimlerin karmaşıklığı ve sağlık uzmanları ile ilgili iletişime geçememe gibi nedenlerden dolayı hastaların tedavi süreçlerini anlamalarını ve katılımlarını zorlaştırabilir. Bu engelleri ortada kaldırmak için, sağlık kuruluşlarında anlaşılır bir dil kullanmak

ve tercüman hizmetlerini sağlayarak mümkün olabilir (Muğla İl Sağlık Müdürlüğü, Dalaman Devlet Hastanesi).

3-Hasta Hakların Bilinmemesi: Hastalar kendisine tanınan hakları yeterince bilmemeleri sonucunda haklarını savunmaları ve sağlık hizmetlerinde yeterince faydalanmalarını engelleyebilir. Bu durumu, sağlık kuruluşları hasta hakları konusunda eğitim ve bilgilendirmeleri yaparak ortada kaldıracaktır.

4-Mahremiyet ve Güvenlik Endişeleri: Hastaların kişisel ve tıbbi bilgilerinin korunması, mahremiyet ve güvenlik gibi endişelerini gidermek önemlidir. Sağlık kurum ve kuruluşları, hasta verilerinin gizliliğini ve güvenliği sağlamak için etkili politikalar ve prosedürler geliştirmelidir.

5- Sağlık Okuryazarlığı: Sağlıkta okuryazar seviyesinin düşük olması, hastaların sağlık bilgilerini anlamaları ve sağlıkla ilgili kararları almaları zorlaştırılabilir. Bu sorunu sağlık eğitim ve danışmanlık hizmetleri hafifletmeye yardımcı olabilir.

6- Kültürel Farklılıklar: Kültürel farklılıklar, hastaların sağlık kuruluşlarına bakış açısını ve tedaviye uyumunu etkileyebilir. Sağlık kuruluşları, kültürel duyarlılık eğitimleri ve çeşitli kültürel arka planlara sahip hastalara uygun hizmetler sunarak bu zorlukları aşılabilir (Otluoğlu Hukuk Bürosu).

Bu zorluklardan kurtulmak için, sağlık kuruluşları ve hükümetler, hasta odaklı yaklaşımlar sergilenmeli ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için sürekli çaba harcanmalıdır. Hastalarında, sağlık hizmetlerinde en iyi şekilde faydalanmaları için haklarını öğrenmeleri ve bu hakları aktif olarak kullanmaları önem arz eder (Healtis).

5.2. Hastaların Hastanelerde Sağlık Hizmeti Alırken Ne Gibi Hakları Bulunmaktadır

Hasta hakları genel olarak, kişi ile sağlık hizmetleri arasındaki ilişkileri düzenleyerek, bireylerin sağlıklı bir hayat yaşamaları için kendi iradeleri dışında herhangi

bir engel olmaksızın sahip olması, sağlık hizmetleri verilirken insan haklarının gözetilmesi, hastalara tıbbi tedavi uygularken insani değerlere dikkat edilmesi, hasta sağlık hizmetlerinde en üst düzeyde, adil ve eşit şekilde yararlanırken karşılaşılabilecek engellerin önlenmesi ve giderilmesi, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkileri düzenlenmesi için tarafların uymak zorunda olduğu kurallar ve esasların bütünüdür (Erol, 2007: 180).

Hastaların hastanelerde sağlık hizmeti alırken bazı hakları bulunmaktadır. Bu haklardan, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, tedaviyi ret etme hakkı, tıbbi müdahalede hastanın rızası, mahremiyete özen gösterme hakkı, kayıtları inceleme hakkı, refakatçi bulundurma hakkı gibi hasta haklarını kapsamaktadır.

Hastalar hastanelerde sağlık hizmeti alırken hak ihlallerine maruz kaldığında ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarının hasta hakları birimine başvurarak şikayet süreci başlatılır. Bunun sonucunda hasta hakları tarafında görüş veya şikayetleri alınıp şikayet formu doldurulur. Şayet acil bir durum söz konusu ise, hastanenin idaresi tarafından aynı gün çözüm yoluna gidip hasta bilgilendirilir (Erol, 2007: 370).

Şikayete maruz kalan sağlık personelinde bir gün içinde bilgi istenir. Hastane çalışanı, en geç iki gün içinde cevap verme zorunluğu bulunmaktadır. Taraflar dışında bilgisine başvuracağı başka kişiler varsa onlarda da iki gün içinde bilgi istenir. Toplanan tüm bilgiler ve belgeler, hastanede Hasta Hakları Kuruluna sunulmak üzere bir dosya oluşturularak üç günün sonunda dağıtılır.

Hasta Hakları Kurulu, Hasta Hakları Birimi tarafında gelen dosyayı değerlendirip karara bağlanır. Hasta hakları biriminden gelen şikayetler kurul üyelerine dağıtılır. Kurulda alınan karar hasta hakları birimine iletilir. Hasta hakları ihlallerine ilişkin yapılan müracaatlar hastanelerde hasta hakları kurulu tarafından incelenerek söz konusu ihlali yapan hekim veya hekim gözetiminde çalışan yardımcı sağlık personeli hakkında karar verilir. Kurul haftada bir gün toplanarak dosyaları değerlendirir ve karar en geç on bir gün içinde oy çokluğuyla alınır. Alınan bu

karar hasta hakları birimine tebliğ edilir. Şikayetten sonra sonuç en geç on beş gün içinde taraflara bildirilir.

5.3. Hasta Hakları Ne Zaman Türkiye'ye Gelmiştir

Türkiye Cumhuriyetinin kuruluşunda kısa bir süre sonra Mayıs 1920 tarihinde Türkiye tarihinde ilk olarak “Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti” (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuştur. Bu bakanlığın kurulmasıyla beraber sağlık hizmetleri modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınıyordu. Bu yeni anlayışla devam eden savaşlar nedeniyle ülkelerde sağlık meselesi büyük sorunlar teşkil ediyordu. Bu sorunları ortadan kaldırmak için yoğun çalışmalar sarf edilmiştir.

Türkiye’de kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yeni düzenlemelerle ülkenin sağlık sorunlarını çözme konusunda gerekli tedbirleri almaya başlamıştır (Sert, 2004: 89)

Türkiye’de hasta hakları ile ilgili yasal düzenleme 1928 tarihli Tababet ve Şuabat-1 Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi gösterilebilir. Bu madde ile tüm cerrahi müdahaleler için izin isteme zorunluğu getirilmiştir (Özçetin, Balaban, 2015: 168).

1960 yılında Türk Tabipleri tarafında hazırlayan “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi” ile hasta-hekim arasındaki ilişkilere yönelik düzenlemeler hazırlanmıştır. Bu düzenleme “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” adı altında yeniden düzenleyerek

Ekim 1998 yılında Türk Tabipleri Birliğinin Ankara’da yaptığı 47. Büyük kongresinde kabul edilmiştir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafında hazırlanan “Hasta Hakları Yönetmenliği” ağustos 1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete yayınlayarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmenlik Avrupa Hasta Hakları Bildirgesinin hemen hemen aynısıdır. Sadece son maddesinde farklılık vardır. Bu maddelere göre Hasta Hakları Bildirgesi hastaların rahatça görüp okuyabileceği bir yerde asılma zorunluğu getirmiştir (Özçetin, Balaban, 2015: 168).

Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı tarafında hazırlayan “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamaları İlişkin Yönerge ile sağlık tesislerinde yaşama, hasta hakları ile ilgili ihlalleri ve bunlara bağlı ortaya çıkan sorunları önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır bir şekilde sunulması ile hastaların hak ihlallerinde korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarının fiilen kullanılabilmesini amaçlanmıştır

Hasta haklarının tartışılması 1980 yıllarının sonunda başlamıştır. Fakat, Cumhuriyetinin kuruluşunun ilk yıllarında itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek suretiyle yürürlüğe giren yasal düzenlemeler temel insan haklarına yer verilmiştir. Bu düzenlemelerde yer alan bazı yasal hükümler, hastanın özel yaşamına saygı, hasta bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi

kabul ya da ret etme hakkı, herkesin sağlık hizmetlerinde eşit bir şekilde faydalanma hakkı, sağlık hizmetlerine erişim hakkı, sağlık hizmeti seçme ve değiştirme hakkı gibi temel hasta hakları hükümlerine yer verilmiştir(Sert, 2004: 89).

5.3.1. Hasta Haklarının Günümüzdeki Gelişmeleri

Hasta hakları, tıbbi bakım süreçlerinde hastaların haklarını korumaya ve sağlık hizmetlerine erişimini güvence altına almayı amaçlamaktadır. Günümüzde hasta hakları konusunda birçok gelişmelere şahit olmaktayız.

Günümüzde Hasta hakları gelişmeleri arasında en önemli konulardan biri, hastaların tıbbi müdahalelere bilgilendirilmiş onam vermeleridir. Bu hekimlerin hastaları tıbbi prosedürler hakkında bilgilendirilmesi ve hastaların tedavi seçenekleri hakkında bilinçli karar vermelerini sağlaması anlamını taşımaktadır. Bu gelişme dışında, gizlilik ve mahremiyet, eşitlik ve adil muamele, şikayet ve itiraz hakkı, hastaların katılımı ve kendi bakımlarını yönetme ve tıbbi hastaların önlenmesi ve hasta güvenliği gibi bir çok gelişmeler yer almaktadır.

Bu gelişmelerin yanı sıra, pandemi gibi insanın hayatını ciddi etkileyen olağan dışı durumlarda hasta haklarını etkileyebilir. Pandemi süreçlerinde, hastaların sağlık hizmetlerine erişim, enfeksiyon kontrolü, karantina ve izolasyon gibi bir çok konular

ön plana çıkmaktadır ve bu durum sonucunda hasta haklarının korunması büyük önem arz etmektedir.

5.4. Hastaların Hakları Konusunda Farkındalık Düzeyleri Nelerdir

Hasta haklarına yönelik farkındalık düzeyleri genellikle ülkeden ülkeye ve hastaneden hastaneye farklılık gösterebilir. Fakat, genel olarak baktığımızda farkındalığın arttığını görmekteyiz. Bu artış, sağlık kuruluşlarının hasta haklarına yönelik eğitim programları düzenlenmesi, hasta hakları ile ilgili bilgilendirme materyallerinin sağlanması ve hasta hakları konusunda kamuoyu bilincinin artmasıyla desteklenir. Hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemelerin ve kurum içi politikaların daha fazla dikkate alınması da bu farkındalığın artmasına katkı sağlar. Özellikle son yıllarda, hasta memnuniyeti ve güvenliği odaklı olarak yapılan çalışmalar, hasta haklarına ilişkin farkındalığı artırmıştır. Hasta hakları farkındalık düzeyleri ile ilgili bir çok araştırmalar yapılmıştır.

Haseki Hastanesine başvuran hastaların hasta hakları farkındalık düzeyleri incelenmesi bunlardan bir tanesidir. Bu araştırma sonucunda, hasta hakların orta düzeyde hasta haklarının farkındalığına sahip oldukları görülmüştür. Bunun yanı sıra, genel hizmet ve güvenlikle ilgili hasta hakları farkındalıklarından yüksek bulunmuştur (Tanrıverdi, 2018).

Bir başka araştırmada, Sakarya ilinde yapılan sağlık kurumlarına başvuran hastalar arasında yapılmıştır. Bu araştırmada hasta hakları farkındalık düzeyleri incelenmiştir. Hastaların sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalık düzeyleri ile aydınlatma ve personelle ilgili hasta hakları farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Fakat cinsiyet, yaş, öğrenim durumu ve aylık gelir ile hasta hakları farkındalık düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Kırılmaz vd., 2018). Bu araştırmalar, hasta hakların konusundaki farkındalık düzeylerinin önemli olduğu göstermektedir. Hasta haklarına dikkat etmek, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve adil bir şekilde sunulmasına katkı sağlar.

5.5. Hasta Hakları Farkındalığı için Yapılan Anket Sonuçları ve Yorumları

Yapılan Bilimsel Araştırma Jamovi 2.3.21 versiyonu kullanılarak çoklu analiz yapılmıştır. Jamovi Betimsel/Demografik istatistik

TABLO 1. Frequencies of kişi

| Kişi | Cinsiyet | Count s | % of Total | Cumulative % |
|------|-----------|------------|---------------|--------------|
| 1 | Erkek | 61 | 50.8 % | 50.8 % |
| | Kadı n | 59 | 49.2 % | 100.0 % |

Yapılan araştırmada cinsiyet açısından bakıldığında araştırmaya katılan 61 katılımcının yüzdesi frekans oranı %50,8 ve kadın katılım oranı 59 kişi ile %49,2 ile tamamlanmış oranlama bulunmuş olup cinsiyete göre değişim tablosunda erkek oranının daha yüksek olduğu görülmüştür.

TABLO 2. Frequencies of kişi

| Kişi | Eğitim Durumu | Counts | % of Total | Cumulative % |
|------|------------------|--------|------------|-----------------|
| 1 | Lisans | 57 | 47.5 % | 47.5 % |
| | İlköğreti m | 19 | 15.8 % | 63.3 % |
| | Ön Lisans | 17 | 14.2 % | 77.5 % |
| | Lise | 27 | 22.5 % | 100.0 % |

Eğitim durumu değişkenine göre katılımcıların dağılımı % 47,5 ile Ön Lisans, % 14,2 ile lise, % 22,5 ile İlköğretim, %15,8 olunmuştur. Buna bağlı olarak katılımcıların eğitim

durumlarının lisans düzeyinde yoğunlaştığını söylemek mümkündür.

**TABLO 3. Frequencies
of kişi**

| Kişi | C | Counts | % of Total | Cumulative % |
|------|--------------------------|--------|------------|--------------|
| 1 | 36-45 | 31 | 25.8 % | 25.8 % |
| | 46 Yaş ve Üzeri | 18 | 15.0 % | 40.8 % |
| | 26-35 | 29 | 24.2 % | 65.0 % |
| | 18-25 | 42 | 35.0 % | 100.0 % |

Yaş değişkenine göre, katılımcıların % 25,8 'ü 36-45 ve % 24,2'si 26-35, % 35'u 18-25, son olarak % 15'si 46 yaş ve üzeri aralığındadır. Araştırmada yaş değişkeninin en fazla olduğu skala 42 yaş ile %35 oranı bulunmaktadır.

TABLO 4. Frequencies of kişi

| Kişi | Aylık gelir | Counts | % Total | of | Cumulative % |
|------|----------------|--------|---------|----|--------------|
| 1 | 17.001 ve Üstü | 44 | 36.7 % | | 36.7 % |
| | 10.000-17.000 | 23 | 19.2 % | | 55.8 % |
| | 1.000-10.000 | 43 | 35.8 % | | 91.7 % |
| | 0 | 10 | 8.3 % | | 100.0 % |

Aylık gelir değişkenine göre ise dağılımın % 36,7 ile 17.000-üstü TL ile 10,000- 17.000 TL, % 19,2 ile 1.00-10.000TL %35,8 biçiminde olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda Asgari ücretin üstünde alan bireylerin daha fazla olduğu görülmüştür.

TABLO 5. Frequencies of kişi

| Kişi | Yaş aralığı | Aylık gelir | Cinsiyet | Counts | % Total | of | Cumulative % |
|------|-------------|----------------|----------|--------|---------|----|--------------|
| 1 | 36-45 | 17.001 ve Üstü | Erkek | 13 | 10.8 % | | 10.8 % |
| | | | Kadın | 3 | 2.5 % | | 13.3 % |

TABLO 5. Frequencies of kişi

| Kişi | Yaş aralığı | Aylık gelir | Cinsiyet | Cou nts | % of Total | Cumulati ve % |
|------|------------------------------|---------------------------|-----------|------------|---------------|------------------|
| | | 10.00 0- 17.00 0 | Erke k | 5 | 4.2 % | 17.5 % |
| | | | Kadı n | 2 | 1.7 % | 19.2 % |
| | | 1.000- 10.00 0 | Erke k | 3 | 2.5 % | 21.7 % |
| | | | Kadı n | 5 | 4.2 % | 25.8 % |
| | | 0 | Erke k | 0 | 0.0 % | 25.8 % |
| | | | Kadı n | 0 | 0.0 % | 25.8 % |
| | 46 Yaş ve Üzer i | 17.00 1 ve Üstü | Erke k | 7 | 5.8 % | 31.7 % |
| | | | Kadı n | 2 | 1.7 % | 33.3 % |
| | | 10.00 0- 17.00 0 | Erke k | 4 | 3.3 % | 36.7 % |
| | | | Kadı n | 2 | 1.7 % | 38.3 % |

TABLO 5. Frequencies of kişi

| Kişi | Yaş aralığı | Aylık gelir | Cinsiyet | Cou nts | % of Total | Cumulati ve % |
|------|-------------|---------------------------|-----------|------------|---------------|------------------|
| | | 1.000- 10.00 0 | Erke k | 1 | 0.8 % | 39.2 % |
| | | | Kadı n | 2 | 1.7 % | 40.8 % |
| | | 0 | Erke k | 0 | 0.0 % | 40.8 % |
| | | | Kadı n | 0 | 0.0 % | 40.8 % |
| | 26- 35 | 17.00 1 ve Üstü | Erke k | 9 | 7.5 % | 48.3 % |
| | | | Kadı n | 3 | 2.5 % | 50.8 % |
| | | 10.00 0- 17.00 0 | Erke k | 6 | 5.0 % | 55.8 % |
| | | | Kadı n | 0 | 0.0 % | 55.8 % |
| | | 1.000- 10.00 0 | Erke k | 2 | 1.7 % | 57.5 % |
| | | | Kadı n | 4 | 3.3 % | 60.8 % |

TABLO 5. Frequencies of kişi

| Kişi | Yaş aralığı | Aylık gelir | Cinsiyet | Cou nts | % of Total | Cumulati ve % |
|------|-------------|---------------------------|-----------|------------|---------------|------------------|
| | | 0 | Erke k | 1 | 0.8 % | 61.7 % |
| | | | Kadı n | 4 | 3.3 % | 65.0 % |
| | 18- 25 | 17.00 1 ve Üstü | Erke k | 4 | 3.3 % | 68.3 % |
| | | | Kadı n | 3 | 2.5 % | 70.8 % |
| | | 10.00 0- 17.00 0 | Erke k | 2 | 1.7 % | 72.5 % |
| | | | Kadı n | 2 | 1.7 % | 74.2 % |

TABLO 5. Frequencies of kişi

| Kişi | Yaş aralığı | Aylık gelir | Cinsiyet | Cou nts | % of Total | Cumulati ve % |
|------|-------------|----------------------|-----------|------------|---------------|------------------|
| | | 1.000- 10.00 0 | Erke k | 4 | 3.3 % | 77.5 % |
| | | | Kadı n | 22 | 18.3 % | 95.8 % |
| | | 0 | Erke k | 0 | 0.0 % | 95.8 % |
| | | | Kadı n | 5 | 4.2 % | 100.0 % |

Yaş aralığının cinsiyete göre gelir dağılımı analizinde bazı çıkan sonuçlar şu şekilde görülmüştür, 36-45 yaş arası 17 bin tl ve üstü maaş alan erkek oranı 10,8 ile 13 kişi, bayan kişi ise %2,5

46 yaş ve üzeri 17 bin tl ve üstü maaş alan erkek oranı 5,8 ile 7 kişi, bayan kişi 2 ise %1,7

26-35 yaş arası: 17 bin tl ve üstü maaş alan erkek oranı 7,5 ile 9 kişi, bayan kişi 3 ise %2,5

18-25 Yaş arası: 17 bin tl ve üstü maaş alan erkek oranı 3,3 ile 4 kişi, bayan kişi 3 ise %2,5

AYLIK GELİR

ANOVA (One Way ANOVA) testi uygulanmıştır.

TABLO 6. One-Way ANOVA (Welch's)

| | F | df1 | df2 | P |
|---|-------|-----|------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.224 | 3 | 31.8 | 0.879 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.451 | 3 | 33.2 | 0.718 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı sorulduğunda 120 bireyde F değeri 0,224 varyansının dağılımı bu şekildeyken, Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı varyansının değeri 0,451 olarak görülmüş ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. Gruplar birbirine yakındır. P değeri. 05'in üzerinde p=0.xx olarak hesaplanmıştır.

TABLO 7. Group Descriptives

| | Aylık gelir | N | Mean | SD | SE |
|--|----------------|----|------|-------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 17.001 ve Üstü | 44 | 23.1 | 8.63 | 1.302 |
| | 10.000-17.000 | 23 | 24.2 | 7.72 | 1.610 |
| | 1.000-10.000 | 43 | 22.8 | 4.96 | 0.757 |
| | 0 | 10 | 21.7 | 11.71 | 3.703 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 17.001 ve Üstü | 44 | 27.5 | 9.46 | 1.426 |
| | 10.000-17.000 | 23 | 25.7 | 8.17 | 1.704 |
| | 1.000-10.000 | 43 | 25.5 | 7.23 | 1.103 |
| | 0 | 10 | 24.6 | 12.52 | 3.959 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı sorulduğunda aylık gelire göre ortalama 23,1 ile 44 kişi 17 bin tl ve üstü geliri görülmektedir. Standart sapması 8,63 ve standart hata payı ise 1,302 olarak bulunmuştur. Aylık gelire göre ortalama 24,2 ile 23 kişi 10.000-17.000 bin tl geliri görülmektedir. Standart sapması 7,72 ve standart hata payı ise 1,610 olarak bulunmuştur.

Aylık gelire göre ortalama 22,8 ile 43 kişi 1000-10.000 bin tl ve üstü geliri görülmektedir. Standart sapması 7,23 ve standart hata payı ise 1.103 olarak bulunmuştur

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı sorulduğunda aylık gelire göre ortalama 27,5 ile 44 kişi 17 bin tl ve üstü geliri görülmektedir. Standart sapması 9,46 ve standart hata payı ise 1,426 olarak bulunmuştur.

Aylık gelire göre ortalama 25,7 ile 23 kişi 10.000-17.000 bin tl geliri görülmektedir. Standart sapması 8,17 ve standart hata payı ise 1,704 olarak bulunmuştur.

Aylık gelire göre ortalama 25,5 ile 43 kişi 1000-10.000 bin tl ve üstü geliri görülmektedir. Standart sapması 7,23 ve standart hata payı ise 1.103 olarak bulunmuştur. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. Gruplar birbirine yakındır. P değeri, 05'in üzerinde $p=0.xx$ olarak hesaplanmıştır.

TABLO 8. Assumption Checks

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

| | F | df1 | df2 | P |
|--|------|-----|-----|--------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 5.95 | 3 | 116 | < .001 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 2.14 | 3 | 116 | 0.099 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı sorulduğunda 120 bireyde F değeri 5,95 varyansının dağılımı bu şekildeyken, Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı varyansının değeri 2,14 olarak görülmüş ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur. .P değeri. 05'in üzerinde $p=0.099$ olarak hesaplandığından normal dağılımdan anlamlı derecede farklı değildir, normale yakın dağılmıştır.

TABLO 9. Normality Test (Shapiro-Wilk)

| | W | P |
|--|-------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.980 | 0.073 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 0.980 | 0.071 |

Homogeneity of Variances Test (Levene's)

| | F | df1 | df2 | P |
|--|---|-----|-----|---|
|--|---|-----|-----|---|

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Normallik varsayımı (Shapiro-Wilk testine bakılmıştır) karşılanmıştır. P değeri. 05'in üzerinde p=0.73/ 0.71 olarak hesaplandığından normal dağılımdan anlamlı derecede farklı değildir, normale yakın dağılmıştır.

YAŞA GÖRE ANALİZ

TABLO 10. One-Way ANOVA (Welch's)

| | F | df1 | df2 | P |
|---|------|-----|------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 1.33 | 3 | 55.4 | 0.275 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 1.03 | 3 | 55.7 | 0.388 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı sorulduğunda 120 bireyde F değeri 1,33 varyansının dağılımı bu şekildeyken, Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı varyansının değeri 1,03 olarak görülmüş ve anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. Gruplar birbirine yakındır. P değeri. 05'in üzerinde $p=0.xx$ olarak hesaplanmıştır.

TABLO 11. Group Descriptives

| | C | N | Mean | SD | SE |
|---|-----------------|----|------|------|------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 36-45 | 31 | 25.0 | 7.24 | 1.30 |
| | 46 Yaş ve Üzeri | 18 | 24.2 | 7.08 | 1.67 |
| | 26-35 | 29 | 22.4 | 7.65 | 1.42 |
| | 18-25 | 42 | 21.7 | 7.87 | 1.22 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları fark | 36-45 | 31 | 27.1 | 8.18 | 1.47 |
| | 46 Yaş ve Üzeri | 18 | 28.4 | 8.26 | 1.95 |
| | 26-35 | 29 | 24.5 | 7.99 | 1.48 |
| | 18-25 | 42 | 25.6 | 9.72 | 1.50 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı

- Yaş ortalamasına göre ortalama 36-45 yaş ve 31 kişi 23,1 Standart sapması 7,24 ve standart hata payı ise 1,30 olarak bulunmuştur.
- Yaş ortalamasına göre ortalama 46 yaş ve üstü 18 kişi 24,2 Standart sapması 7,08 ve standart hata payı ise 1,67 olarak bulunmuştur.
- Yaş ortalamasına göre ortalama 26-35 yaş ve 29 kişi 22,4 Standart sapması 7,65 ve standart hata payı ise 1,42 olarak bulunmuştur.
- Yaş ortalamasına göre ortalama 18-25 yaş ve 42 kişi 21,7 Standart sapması 7,87 ve standart hata payı ise 1,22 olarak bulunmuştur.

Aydınlanma ve Personel İle ilgili Hasta Haklar

- Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı sorulduğunda Yaş ortalamasına göre ortalama 36-45 yaş ve 31 kişi 23,1 Standart sapması 8,18 ve standart hata payı ise 1,47 olarak bulunmuştur.
- Yaş ortalamasına göre ortalama 46 yaş ve üstü 18 kişi 28,4, Standart sapması 8,26 ve standart hata payı ise 1,95 olarak bulunmuştur.
- Yaş ortalamasına göre ortalama 26-35 yaş ve 42 kişi 26,6, Standart sapması 7,99 ve standart hata payı ise 1,48 olarak bulunmuştur.

- Yaş ortalamasına göre ortalama 18-25 yaş ve 42 kişi 25,6 Standart sapması 9,72 ve standart hata payı ise 1,50 olarak bulunmuştur.

TABLO 12. Normality Test (Shapiro-Wilk)

| | W | p |
|---|-------|------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.979 | 0.54 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.971 | 0.11 |

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality. Shapiro-Wilk (W) testi, rastgele örnekleminin normal dağılıma sahip olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılır. Sıfır ve alternatif hipotezler aşağıda gösterildiği gibidir. Bu testte boş hipotez verinin normal dağıldığını varsayar. Eğer p değeri seçilen α seviyesinden daha düşük ise (ben $p < 0.05$ 'i yeterli) boş hipotez reddedilir. Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yukarıda yapılan testte p değeri 0,54'dir yani 0,05 değerinden çok büyüktür. Bu sebeple boş hipotezi reddedemeyiz. Yani verimizin normal dağıldığını kabul ediyoruz. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir.

TABLO 13. Homogeneity of Variances Test (Levene's)

| | F | df1 | df2 | p |
|--|--------|-----|-----|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.0205 | 3 | 116 | 0.996 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 0.6118 | 3 | 116 | 0.609 |

Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. Gruplar birbirine yakındır. P değeri. 05'in üzerinde p=0.xx olarak hesaplanmıştır.

CİNSİYETE GÖRE ANALİZ

TABLO 14. One-Way ANOVA (Welch's)

| | F | df1 | df2 | p |
|--|------|-----|-----|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 1.80 | 1 | 117 | 0.182 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 1.72 | 1 | 118 | 0.192 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı Df1 :1 ve df2 117 varyanslar homojendir. Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı df1:1 ve df2:118 varyanslar homojendir.

Tablo 15. Group Descriptives

| | Cinsiyet | N | Mean | SD | SE |
|---|----------|----|------|------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | Erkek | 61 | 24.0 | 7.94 | 1.016 |
| | Kadın | 59 | 22.2 | 7.13 | 0.929 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları fark | Erkek | 61 | 27.2 | 9.05 | 1.158 |
| | Kadın | 59 | 25.1 | 8.31 | 1.082 |

- Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığının cinsiyete göre 120 katılımcıdan 61 Erkek ortalaması mean: 24.0 ve standart sapması 7,94 ve standart hata payı 1,016 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %50,83 erkektir.
- Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığının cinsiyete göre 120 katılımcıdan 59 Kadın ortalaması mean: 22,2 ve standart sapması 7,13 ve standart hata payı 0,929 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %49,17 kadındır.
- Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalıkları cinsiyete göre 120 katılımcıdan 61 Erkek ortalaması mean: 27,2 ve standart sapması 9,05 ve

standart hata payı 1,158 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %50,83 erkektir.

- Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalıkları cinsiyete göre 120 katılımcıdan 59 kadındır ortalaması mean: 25,1 ve standart sapması 8, 31 ve standart hata payı 1,085 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %49,17 kadındır.

TABLO 16. Normality Test (Shapiro-Wilk)

| | W | P |
|--|-------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.983 | 0.128 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 0.977 | 0.400 |

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yukarıda yapılan testte p değeri 0,128'dir yani 0,05 değerinden çok büyüktür. Bu sebeple boş hipotezi reddedemeyiz.

Yani verimizin normal dağıldığını kabul ediyoruz. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 05'in üzerinde p=0,128 ve p:0,400 olarak hesaplandığından normal dağılımdan anlamlı derecede farklı değildir, normale yakın dağılmıştır.

TABLO 17. Homogeneity of Variances Test (Levene's)

| | F | df1 | df2 | p |
|--|-------|-----|-----|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.543 | 1 | 118 | 0.463 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 0.513 | 1 | 118 | 0.475 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı Df1: 1 ve df2 117 varyanslar homojendir. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 0,5'in üzerindedir. P:0,463

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı df1:1 ve df2:118 varyanslar homojendir. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 0,5'in üzerindedir. P:0,475

EĞİTİM DURUMU ANALİZİ

TABLO 18. One-Way ANOVA (Welch's)

| | F | df1 | df2 | p |
|---|------|-----|------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 1.79 | 3 | 45.3 | 0.162 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları fark | 2.03 | 3 | 44.5 | 0.123 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı Df1: 3 ve df2 45,3 varyanslar homojendir. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 0,5'in üzerindedir. P:0,162 .Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı df1:3 ve df2:44,5 varyanslar homojendir. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 0,5'in üzerindedir. P:0,123

Tablo 19. Group Descriptives

| | Eğitim durumu | N | Mean | SD | SE |
|---|---------------|----|------|------|------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | Lisans | 57 | 23.5 | 7.59 | 1.01 |
| | İlköğretim | 19 | 24.8 | 7.69 | 1.76 |
| | Ön Lisans | 17 | 19.9 | 6.23 | 1.51 |
| | Lise | 27 | 23.1 | 8.04 | 1.55 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı | Lisans | 57 | 26.6 | 8.54 | 1.13 |
| | İlköğretim | 19 | 28.7 | 9.73 | 2.23 |
| | Ön Lisans | 17 | 22.2 | 7.27 | 1.76 |
| | Lise | 27 | 26.0 | 8.81 | 1.70 |

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 57 kişi lisans mezunu, ortalaması 23,5 ve standart sapması 7,59, Standart hata payı 1.01 olarak görülmüştür. Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 19 kişi ilköğretim mezunu, ortalaması 24,8 ve standart sapması 7,69, Standart hata payı 1.76 olarak görülmüştür

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 17 kişi Ön lisans mezunu, ortalaması 19,9 ve standart sapması 6,23, Standart hata payı 1.51 olarak görülmüştür.

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 27 kişi Lise mezunu, ortalaması 23,1 ve standart sapması 8,04, Standart hata payı 1, 55 olarak görülmüştür.

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalık düzeylerinin hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 57 kişi Lisans mezunu, ortalaması 26,6 ve standart sapması 8,54, Standart hata payı 1.13 olarak görülmüştür.

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalık düzeylerinin hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 19 kişi İlköğretim mezunu, ortalaması 28,7 ve standart sapması 9,73, Standart hata payı 2,23 olarak görülmüştür.

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalık düzeylerinin hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 17 kişi Ön Lisans mezunu, ortalaması 22,2 ve standart sapması 7,27 olarak görülmüştür.

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalık düzeylerinin hastaların eğitim düzeylerinin karşılaştırılması 27 kişi Lisans mezunu, ortalaması 26,0 ve standart sapması 8,81, Standart hata payı 1,70 olarak görülmüştür.

TABLO 20. Normality Test (Shapiro-Wilk)

| | W | P |
|--|-------|-------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.983 | 0.145 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları far | 0.981 | 0.093 |

Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yukarıda yapılan testte p değeri 0,145'dir yani 0,05 değerinden çok büyüktür. Bu sebeple boş hipotezi reddedemeyiz. Yani verimizin normal dağıldığını kabul ediyoruz. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 05'in üzerinde $p=0,128$ ve $p:0,093$ olarak hesaplandığından normal dağılımdan anlamlı derecede farklı değildir, normale yakın dağılmıştır.

TABLO 21. Homogeneity of Variances Test (Levene's)

| | F | df1 | df2 | p |
|---|-------|-----|-----|------|
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.198 | 3 | 116 | 0.89 |
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı | 0.354 | 3 | 116 | 0.78 |

Homogeneity of Variances, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı Df1: 3 ve df2: 116 varyanslar homojendir. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 0,5'in üzerindedir. P:0,898.

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı df1:3 ve df2:116 varyanslar homojendir. Varyansların homojenliği sağlanmış görünmektedir. P değeri. 0,5'in üzerindedir. P:0,787

TABLO 22. Correlation

| | | Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları fark | Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı |
|---|-------------|---|--|
| Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları fark | Pearson's r | — | 0.817 |
| | p-value | — | < .001 |
| | N | — | 120 |
| Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı | Pearson's r | 0.817 | — |
| | p-value | < .001 | — |
| | N | 120 | — |

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı ile Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı arasında korelasyon yapılmıştır. Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği farkındalığının Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığına Pearson's r 0,817< p-value .001:N120. 120 hasta üzerinde yapılan ankette Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı ile Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı arasında 0,817 anlamlı farkındalık çıkmıştır. Varyanslar Tam homojendir.

5.6. Yapılan Araştırmanın Analiz Frekans Yüzde Dağılım ve Tabloları

Soruların Spss 22 ile frekans yüzdeleri ve yorumla 1-2-3-4-5-6-8-10-20 Sorular Aydınlatma ve Personel ile ilgilidir.

Tablo 23

Frequencies of 1. Hastanede Kendime Ait Tıbbi Kayıtları Öğrenebilirim

| 1. Hastanede Kendime Ait Tıbbi Kayıtları Öğrenebilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|--------|------------|--------------|
| Tamamen Katılıyorum | 43 | 35.8 % | 35.8 % |
| Katılıyorum | 34 | 28.3 % | 64.2 % |
| Kısmen Katılıyorum | 30 | 25.0 % | 89.2 % |
| Hiç Katılmıyorum | 5 | 4.2 % | 93.3 % |
| Katılmıyorum | 8 | 6.7 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar çoğunlukla hastanede tıbbi kayıtları öğrenebileceği ifade etmişlerdir. Oransal olarak Tamamen katılıyorum 43 hasta %35,8 ve 34 hasta ise katılıyorum tıbbi kayıtlarımı öğrenebilirim %28,3 olarak bulunmuştur.

Kısmen kendime ait tıbbi kayıtları öğrenebilirim diyen hasta sayısı 30 ve %25 olarak bulunmuştur.

Hastaların çok az bir kısmı karamsar negatif bir cevap vermiştir. Bu araştırmada Kendilerine ait tıbbi bilgilere erişemeyeceğine inan hasta sayısı katılmıyorum 8 hasta %6,7 ve hiç katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 5 ve %4,2 olarak bulunmuştur.

Tablo 24

Frequencies of 2. Tedavi Sürecinde Risk ve Seçeneklerinin Bilgisini Alırım

| 2. Tedavi Sürecinde Risk ve Seçeneklerinin Bilgisini Alırım | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|--------|------------|--------------|
| Katılıyorum | 37 | 30.8 % | 30.8 % |
| Tamamen Katılıyorum | 41 | 34.2 % | 65.0 % |
| Kısmen Katılıyorum | 35 | 29.2 % | 94.2 % |
| Katılmıyorum | 4 | 3.3 % | 97.5 % |
| Hiç Katılmıyorum | 3 | 2.5 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar çoğunlukla hastanede tedavi sürecinde risk ve seçeneklerinin bilgisini alabileceğini ifade etmişlerdir. Oransal olarak Tamamen katılıyorum 41 kişi hasta %34,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 37 ile % 30,8 bulunmuştur.

Hastaların çok az bir kısmı karamsar negatif bir cevap vermiştir. Araştırmada tedavi sürecindeki risk ve seçenekler açısından bilgi alamayacağını düşünen hasta sayısı katılmıyorum 4 hasta %3,3 ve hiç katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 3 ve %2,5 olarak bulunmuştur.

Kısmen Tedavi sürecinde risk ve seçeneklerin bilgisine ulaşırım diyen hasta sayısı ise 35 hasta ve %29,2 olarak bulunmuştur.

Tablo 25

Frequencies of 3. Taburcu Olurken Evde Bakımla İlgili Bilgi Verileceğini Biliyorum

| 3. Taburcu Olurken Evde Bakımla İlgili Bilgi Verileceğini Biliyorum | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-------------------|---------------------|
| Katılıyorum | 38 | 31.7 % | 31.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 30 | 25.0 % | 56.7 % |
| Kısmen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 78.3 % |
| Katılmıyorum | 18 | 15.0 % | 93.3 % |
| Hiç Katılmıyorum | 8 | 6.7 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar Taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi verileceğini düşünmektedirler. Oransal olarak Tamamen katılıyorum 30 hasta %25 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 38 ile % 31, 7 bulunmuştur. Hasta, Taburcu olurken evde bakımla ilgili kısmen bilgi verileceğini biliyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Hastaların bir kısmı karamsar negatif bir cevap vermiştir. Araştırmada tedavi sürecindeki hastaların taburcu olduktan sonra kendilerine herhangi bir bilgi verilmeyeceğini düşündükleri düşünen hasta sayısı katılmıyorum 18 hasta %15 ve hiç katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 8 ve %7 olarak bulunmuştur

.Tablo 26

Frequencies of 4. Tüm Personel Sorularıma Yeterli Cevap Verir.

| 4.Tüm personel sorularım a yeterli cevap verir | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-------------------|---------------------|
| Kısmen Katılıyor m | 54 | 45.0 % | 45.0 % |
| Katılıyor m | 27 | 22.5 % | 67.5 % |
| Hiç Katılmıyo rum | 9 | 7.5 % | 75.0 % |
| Katılmıyo rum | 18 | 15.0 % | 90.0 % |
| Tamamen Katılıyor m | 12 | 10.0 % | 100.0 % |

Frequencies of 4. Tüm Personel Sorularıma Yeterli Cevap Verir.

| 4.Tüm personel sorularım a yeterli cevap verir | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|--------|------------|--------------|
|--|--------|------------|--------------|

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastane personeli hastaların sorularına cevap verme oranları araştırılmıştır. Tamamen katılıyorum evet cevap verirler 12 hasta %10. Katılıyorum diyen 27 hasta %22,5 olarak bulunmuştur.

Hastanede çalışan tüm personel sorularıma cevap vermemektedir diyen hasta oranları da su şekilde bulunmuştur katılmıyorum 18 hasta %15 ve Hiç katılmıyorum 9 hasta %7,5.

Bu araştırmada en önemli sonuç, Sağlık personelinin hasta sorularına yeterli cevabı veren vermemekteki kararsızların oranının çok yüksek olmasıdır. Kısmen Katılıyorum diyen hasta sayısı 54 Hasta %45 olarak bulunmuştur.

Tablo 27

**Frequencies of 5. Sağlık Hizmeti Alacağım Personeli
Seçebilirim**

| 5. Sağlık Hizmeti Alacağım Personeli Seçebilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-----------------------|---------------------|
| Hiç Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 9.2 % |
| Tamamen Katılıyorum | 28 | 23.3 % | 32.5 % |
| Kısmen Katılıyorum | 40 | 33.3 % | 65.8 % |
| Katılıyorum | 28 | 23.3 % | 89.2 % |
| Katılmıyorum | 13 | 10.8 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar, Sağlık hizmeti alacağım personeli seçebildik oranları Tamamen katılıyorum 28 hasta %23,3 ve katılıyorum cevabı veren hasta sayısı 28 ile %23,3 olarak bulunmuştur. Dikkat çeken bir bulgu ise kısmen katılıyorum diyen hasta sayısının yüksek oranlı olmasıdır 40 hasta %33,3.

Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 hasta ve %9,2 ayrıca katılmıyorum diyen hasta sayısı 13 ile %10,8 olarak bulunmuştur.

Tablo 28

Frequencies of 6. Hizmet Aldığım Personelin Kimlik Görev ve Unvan Bilgilerini

| 6. Hizmet Aldığım Personelin Kimlik Görev ve Unvan Bilgilerini | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-------------------|---------------------|
| Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 21.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 15 | 12.5 % | 34.2 % |
| Kısmen Katılıyorum | 40 | 33.3 % | 67.5 % |
| Katılmıyorum | 26 | 21.7 % | 89.2 % |
| Hiç Katılmıyorum | 13 | 10.8 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hizmet aldığım personelin kimlik görev ve unvan bilgilerini alabilirim diye sorulduğunda hastaların 15 Tamamen katılıyorum 12,5 katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ile %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 26 ile %21,7 ve en fazla kararsızlar kısmen katılıyorum ifadesini kullanmışlardır bu hasta sayısı 40 ile %33,3 olarak bulunmuştur. Hiç Katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 13 ile %10,8 olarak bulunmuştur.

Tablo 29

Frequencies of 8. Hizmet Aldığım Personeli Değiştirebilirim

| 8. Hizmet Aldığım Personeli Değiştirebilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-------------------|---------------------|
| Hiç Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 9.2 % |
| Tamamen Katılıyorum | 25 | 20.8 % | 30.0 % |
| Katılmıyorum | 17 | 14.2 % | 44.2 % |
| Katılıyorum | 31 | 25.8 % | 70.0 % |
| Kısmen Katılıyorum | 36 | 30.0 % | 100.0 % |

Hizmet aldığım personelin değiştirebilirim diye sorulmuş hastalardan tamamen katılıyorum diyen 25 hasta ile %20,8 ve Katılıyorum cevabı veren hasta sayısı 31 ile 25,8 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum 17 kişi ile %,14,2 ve hiç katılmıyorum diyen 11 hasta ile 9,2 Hizmet aldığım personelin değiştirebilirim Kısmen Katılıyorum diye cevap veren hasta sayısı 36 ve %30,0 olarak bulunmuştur.

Tablo 30

Frequencies of 10. Tedavi Sırasından İlgisiz ve Kırıcı Davranan Personeli Uyarabilirim.

| 10. Tedavi Sırasından İlgisiz ve Kırıcı Davranan Personeli Uyarabilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-------------------|---------------------|
| Tamamen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 21.7 % |
| Kısmen Katılıyorum | 31 | 25.8 % | 47.5 % |
| Katılıyorum | 34 | 28.3 % | 75.8 % |
| Katılmıyorum | 16 | 13.3 % | 89.2 % |
| Hiç Katılmıyorum | 13 | 10.8 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Tedavi sırasında ilgisiz ve kırıcı davranan personeli uyarabilirim diyen hasta sayısı tamamen katılıyorum 26 hasta ile %21,7 Katılıyorum İlgisiz ve kırıcı hastane personelini uyarabilirim diyen hasta sayısı ise 31 %31. Hiç bir şekilde hastane personelini uyaramam diyen hasta sayısı, katılmıyorum diyen hasta sayısı 16 ile %13,3 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 13 ile %10,8. Uyarabilirim fakat kısmen uyarabilirim diyen kişi sayısı 31 ile %25,8 olarak bulunmuştur.

Tablo 31

Frequencies of 20. Hijyenik Olmayan Personeli Uyarabilirim

| 20. Hijyenik Olmayan Personeli Uyarabilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-------------------|---------------------|
| Katılıyorum | 32 | 26.7 % | 26.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 28 | 23.3 % | 50.0 % |
| Kısmen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 71.7 % |
| Katılmıyorum | 20 | 16.7 % | 88.3 % |
| Hiç Katılmıyorum | 14 | 11.7 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hijyenik olmayan hastane personelini uyarabilirim görüşü sunulmaktadır 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 28 %23,3 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 32 ile %26,7 bulunmuştur.

Personeli kısmen uyarabilirim diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Hayır, hastane personelini uyaramam katılmıyorum diyen hasta sayısı 20 ile %16,7 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 14 ile %11,7 verileri bulunmuştur.

7-9-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20 Sorular Sağlık Hizmeti ve Hasta Güvenliği

Tablo 32

Frequencies of 7. Dil, Din, Irk Fark Etmeden Eşit Sağlık Hizmeti Alırım

| 7. Dil, Din, Irk Fark Etmeden Eşit Sağlık Hizmeti Alırım | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-------------------|---------------------|
| Kısmen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 21.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 30 | 25.0 % | 46.7 % |
| Katılıyorum | 42 | 35.0 % | 81.7 % |
| Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 90.8 % |
| Hiç Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti alırım görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 30 %25 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 42 ile %35 bulunmuştur.

Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti kısmen katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 verileri bulunmuştur.

Tablo 33
Frequencies of 9. Ekonomik ve Sosyal Durumum Fark
Etmeden Hizmet Alırım

| 9. Ekonomik ve Sosyal Durumum Fark Etmeden Hizmet Alırım | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-----------------------|---------------------|
| Kısmen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 21.7% |
| Tamamen Katılıyorum | 17 | 14.2 % | 35.8% |
| Katılıyorum | 38 | 31.7 % | 67.5% |
| Katılmıyorum | 20 | 16.7 % | 84.2% |
| Hiç Katılmıyorum | 19 | 15.8 % | 100% |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Ekonomik ve Sosyal durumum fark etmeden hizmet alırım görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 17 %14,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 38 ile %31,7 bulunmuştur. Ekonomik ve Sosyal durumum fark etmeden hizmet alırım, kısmen katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 20 ile %16,7 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 19 ile %15,8 sonucu elde edilmiştir.

Tablo 34

Frequencies of 11. Tarafıma Uygulanacak Tedaviyi Reddedebilirim

| 11.Tarafıma Uygulanacak Tedaviyi Reddedebilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-------------------|---------------------|
| Tamamen Katılıyorum | 35 | 29.2 % | 29.2 % |
| Kısmen Katılıyorum | 28 | 23.3 % | 52.5 % |
| Katılıyorum | 48 | 40.0 % | 92.5 % |
| Katılmıyorum | 5 | 4.2 % | 96.7 % |
| Hiç Katılmıyorum | 4 | 3.3 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Tarafıma uygulanacak tedaviyi reddedebilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 35 ile %29,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 48 ile %40,0 olarak bulunmuştur.

Tarafıma uygulanacak tedaviyi reddedebilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 48 ile %40 katılmıyorum diyen hasta sayısı 5 hasta ve %4,2, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 4 ve %3,3 olarak bulunmuştur.

Tablo 35

**Frequencies of 12. Uygulanan Tedavimi İstersem
Durdurabilirim.**

| 12. Uygulanan Tedavimi İstersem Durdurabilirim. | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Tamamen Katılıyorum | 29 | 24.2 % | 24.2 % |
| Kısmen Katılıyorum | 33 | 27.5 % | 51.7 % |
| Katılıyorum | 48 | 40.0 % | 91.7 % |
| Katılmıyorum | 4 | 3.3 % | 95.0 % |
| Hiç Katılmıyorum | 6 | 5.0 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Uygulanan tedavimi istersem durdurabilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 29 ile %24,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 48 ile %40,0 olarak bulunmuştur. Uygulanan tedavimi istersem durdurabilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 33 ile %27,5 katılmıyorum diyen hasta sayısı 4 hasta ve %3,3, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 6 ve %5,0 olarak bulunmuştur.

Tablo 36

Frequencies of 13. Hastanede Dini Vecibelerimi Yerine Getirebilirim

| 13.Hastanede Dini Vecibelerimi Yerine Getirebilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-------------------|---------------------|
| Katılıyorum | 50 | 41.7 % | 41.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 38 | 31.7 % | 73.3 % |
| Kısmen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 95.0 % |
| Hiç Katılmıyorum | 3 | 2.5 % | 97.5 % |
| Katılmıyorum | 3 | 2.5 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu:

Hastanede dini vecibelerimi yerine getirebilirim görüşü sunulmaktadır. Hastanede dini vecibelerimi yerine getirebilirim görüşü sunulmaktadır. katılıyorum diyen hasta sayısı 50 ile %41,7 olarak bulunmuştur. Hastanede dini vecibelerimi yerine getirebilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 26 ile %21,7 katılmıyorum diyen hasta sayısı 3 hasta ve %2,5, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 3 ve %2,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 37

Frequencies of 14. Refakatçi Bulundurabilirim

| 14. Refakatçi Bulundurabilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Katılıyorum | 50 | 41.7 % | 41.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 44 | 36.7 % | 78.3 % |
| Kısmen Katılıyorum | 23 | 19.2 % | 97.5 % |
| Hiç Katılmıyorum | 3 | 2.5 % | 97.5 % |
| Katılmıyorum | 0 | 0.0 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hasta Refakatçi bulundurabilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 44 ile %36,7 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 50 ile %41,7 olarak bulunmuştur. Hasta Yanımda Refakatçi bulundurabilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 23 ile %19,2 katılmıyorum diyen hasta sayısı 0 hasta ve %0,0, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 3 ve %2,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 38

**Frequencies of 15. Personel Tarafından Sağlık Durumum ve
Tedavi Bilgilerimin Gizli Tutulabilir**

| 15.Personel Tarafından Sağlık Durumum ve Tedavi Bilgilerimin Gizli Tutulabilir | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Katılıyorum | 52 | 43.3 % | 43.3 % |
| Tamamen Katılıyorum | 23 | 19.2 % | 62.5 % |
| Katılmıyorum | 8 | 6.7 % | 69.2 % |
| Kısmen Katılıyorum | 29 | 24.2 % | 93.3 % |
| Hiç Katılmıyorum | 8 | 6.7 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Personel tarafından sağlık durumum ve tedavi bilgilerimin gizli tutulabilir görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 23 ile %19,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 52 ile %43,3 olarak bulunmuştur.

Personel tarafından sağlık durumum ve tedavi bilgilerimin gizli tutulabilir diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 29 ile %24,2 katılmıyorum diyen hasta sayısı 8 hasta ve %6,7 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 8 ve %6,7 olarak bulunmuştur.

Tablo 39

Frequencies of 16.Haklarımın Korunmadığını Düşündüğümde Başvuracağım Makamı Bilirim.

| 16.Haklarımın Korunmadığını Düşündüğümde Başvuracağım Makamı Bilirim | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-------------------|---------------------|
| Katılıyorum | 44 | 36.7 % | 36.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 32 | 26.7 % | 63.3 % |
| Katılmıyorum | 13 | 10.8 % | 74.2 % |
| Hiç Katılmıyorum | 9 | 7.5 % | 81.7 % |
| Kısmen Katılıyorum | 22 | 18.3 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Haklarımın korunmadığını düşündüğümde başvuracağım makamı bilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 32 ile %26,7 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 44 ile %36,7 olarak bulunmuştur. Haklarımın korunmadığını düşündüğümde başvuracağım makamı bilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 22 ile %18,3 katılmıyorum diyen hasta sayısı 13 hasta ve %10,8 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 9 ve %7,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 40

**Frequencies of "17. Muayene ve Tedavim Mahremiyetimi
Koruyacak Bir Ortamda Yapılır**

| 17. Muayene ve Tedavim Mahremiyetimi Koruyacak Bir Ortamda Yapılır | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Tamamen Katılıyorum | 34 | 28.3 % | 28.3 % |
| Katılıyorum | 42 | 35.0 % | 63.3 % |
| Kısmen Katılıyorum | 29 | 24.2 % | 87.5 % |
| Hiç Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 96.7 % |
| Katılmıyorum | 4 | 3.3 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Muayene ve tedavim mahremiyetimi koruyacak bir ortamda yapılır görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 34 ile %28,3 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 42 ile %35 olarak bulunmuştur. Muayene ve tedavim mahremiyetimi koruyacak bir ortamda yapılır diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 29 ile %24,2 katılmıyorum diyen hasta sayısı 4 hasta ve %3,3 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ve %9,2 olarak bulunmuştur.

Tablo 41

**Frequencies of 18. Hizmet Aldığım Ortamdaki Cihazların
Güvenlik Düzeylerini Biliyoru**

| 18. Hizmet Aldığım Ortamdaki Cihazların Güvenlik Düzeylerini Biliyorum | Counts | % of Total | Cumulative % |
|---|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Hiç Katılmıyorum | 25 | 20.8 % | 20.8 % |
| Kısmen Katılıyorum | 32 | 26.7 % | 47.5 % |
| Katılıyorum | 27 | 22.5 % | 70.0 % |
| Katılmıyorum | 23 | 19.2 % | 89.2 % |
| Tamamen Katılıyorum | 13 | 10.8 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hizmet aldığım ortamdaki cihazların güvenlik düzeylerini biliyorum görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 13 ile %10,8 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 27 ile %22,5 olarak bulunmuştur.

Hizmet aldığım ortamdaki cihazların güvenlik düzeylerini biliyorum diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 32 ile %26,7 katılmıyorum diyen hasta sayısı 23 hasta ve %19,2 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 25 ve %20,8 olarak bulunmuştur.

Tablo 42

Frequencies of 19. Dil, Din, Irk Fark Etmeden Eşit Sağlık Hizmeti Alırım

| 19. Dil, Din, Irk Fark Etmeden Eşit Sağlık Hizmeti Alırım | Counts | % of Total | Cumulative % |
|--|---------------|-------------------|---------------------|
| Kısmen Katılıyorum | 26 | 21.7 % | 21.7 % |
| Tamamen Katılıyorum | 30 | 25.0 % | 46.7 % |
| Katılıyorum | 42 | 35.0 % | 81.7 % |
| Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 90.8 % |
| Hiç Katılmıyorum | 11 | 9.2 % | 100.0 % |

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti alırım görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 30 %25 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 42 ile %35 bulunmuştur. Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti kısmen katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 verileri bulunmuştur.

ALTINCI BÖLÜM

6. Sağlık Hukuku Araştırma Sonuçları

Bu araştırma, Sağlık Hukuku Açısından Toplumsal Eşitsizlikler, Hasta Hakları ve Farkındalıkların: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Sosyolojik Dinamikler İncelenmesi olup, Dinamiklerin incelenmesi araştırmasında literatür ve spss bulgularının sonuçları araştırmaya eklenmiştir.

6.1. Literatür Taranması Araştırma Sonuçları

Sağlık hukuku, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini düzenleyen ve sağlık alanındaki haklarını koruyan hukuki düzenlenmeleri içerir. Toplumsal eşitsizlik ise bireyler arasında sosyo-ekonomi farklılıklarının neden olduğu adaletsizlikleri ifade eder. Sağlık hukuku açısından toplumsal eşitsizlikler, kişilerin sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizlikler, sağlık durumlarındaki farklılıklar ve sağlık sonuçlarındaki eşitsizlikler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumsal eşitsizliklerin sağlık hukuku alanında önemli sonuçları vardır. Örneğin, düşük sosyo-ekonomik seviye bulunan bir bireylerin sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklar, sağlık hukukunda adaletsizliğe yol açabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin adil ve eşit bir şekilde dağıtılması ilkesine zarar verebilir.

Sağlık hukuku, toplumsal eşitsizliklerle mücadelede önemli bir araç olabilir. Sağlık hizmetlerine erişimi düzenleyen yasal düzenlenmelerin, toplumsal eşitsizlikleri azaltmaya yönelik olması ve herkesin eşit şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesini sağlaması önemlidir. Ayrıca, sağlık hukuku alanındaki politikaların ve uygulamaların toplumsal eşitsizlikleri göz önünde bulundurulması ve bu eşitsizlikleri azaltıcı adımlar atması gerekmektedir.

Türkiye’de sağlık hukuku, çeşitli kanunlar, yönetmenlikler ve diğer düzenlenmelerle belirlenir. Önemli mevzuatlar arasında Sağlık Bakanlığı’nın yetki ve sorumlulukları düzenleyen Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunu ile sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık kuruluşlarının işleyişi, hasta hakları ve sağlık meslek mensuplarının yetki ve sorumlulukları gibi konuları kapsayan sağlık hizmetleri Temel Kanunu bulunmaktadır.

Ayrıca, tıbbi cihazların üretimi, ithalatı ve pazarlanmasını düzenleyen tıbbi cihazlar kanunu da önemli bir mevzuattır. Bu yasaların yanı sıra, Türk Ticaret Kanunu da sağlıkla sektörüne ilişkin düzenlenmeler de bulunmaktadır.

Hasta hakları ve farkındalığı, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynar. Hasta hakları, hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanırken sahip oldukları temel hakları ve güvenceleri tanımlar. Bu haklar, sağlık hizmetlerine erişim,

gizlilik, bilgilendirme, onam alam, tedaviyi ret etme, şikâyet hakkı gibi alanları kapsar.

Hasta haklarına yönelik farkındalık ise, hastaların bu haklardan haberdar olması ve bu hakları kullanmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularında hasta hakları konusunda bilinçli olmaları ve bu hakları hastalara tanıtmalıdır. Bu şekilde, hasta-hasta hizmeti sunucusu arasındaki ilişki daha etkili ve saygılı bir şekilde yönetilir.

Hasta hakları ve farkındalık ilişkin araştırmalar, mevcut durumu değerlendirirken eksikleri belirleyip ve iyileştirme yoluna gidilir. Bu tür araştırmalar, sağlık politikalarının ve mevzuatın geliştirmesine katkıda bulunabilir ve sağlık hizmetlerinin daha adaletli, etkili ve hasta odaklı olmasını sağlayabilir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyolojik dinamiklerin incelenmesi, birçok faktörün etkileşmesini içerir. Bunlar arasında ekonomik durumun önemi büyüktür. Düşük gelir seviyelerine sahip olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimdeki maddi zorluklarla karşılaşabilirler. Özellikle sağlık harcamaları üzerinde yük, düşük gelirliler için önemli bir engel teşkil edebilir. Bununla birlikte, sosyal güvence sistemlerinin etkisi de kayda değer ve dikkate alınması gerekir. Kamu sağlık sigortası kapsamında olanlar genellikle daha kolay bir şekilde sağlık hizmetlerine erişebilirken, özel sağlık sigortası olmayanlar daha fazla kısıtlamalarla karşı karşıya kalabilir.

Eğitim düzeyi de sağlık hizmetlerine erişimde önemli roller oynar. Daha yüksek eğitilmiş olan bireyler genellikle iyi sağlık bilincine sahiptirler. Eğitim düzeyi düşük olanlar ise daha az sağlık hizmetine erişim imkanına sahiptirler. Bu durum, sağlık hizmetlerinin eşit şekilde dağıtılması ve kırsal kesimlerdeki sağlık altyapısının güçlendirilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır.

Sosyal ağlar ve toplumsal destek de sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir rol oynar. Aile, arkadaş ortamı ve komşular arasındaki destek ağı, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırılabilir ve sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir.

Hastalar sağlık kuruluşlarında hizmet alırken, en çok karşılaştıkları zorluklar uzun bekleme süreleri, iletişim sorunları ve mali zorluklar olarak belirtilmiştir. Ayrıca, erişim zorlukları, hasta haklarına saygı gösterilmemesi ve kalite güvenliği endişeleri de önemli sorunlar olarak ortaya çıkmıştır. Bu bulgular, sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi önemli imkanlar sunmaktadır. Daha iyi erişim, daha etkili iletişim, maliyetlerin azaltılması ve hasta haklarının korunması gibi önlemler, hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay ve güvenli bir şekilde erişimlerine yardımcı olabilmektedir. Gelecekteki çalışmaların bu zorlukların üstesinden gelmek ve sağlık hizmetlerini daha erişilebilir hale getirmek için daha spesifik çözümler önerilmesi beklenmektedir.

Hasta hakları, sağlık hizmetlerinin temel bir parçasıdır ve bu hakların korunması, hasta memnuniyetini artırabilir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir. Hasta eğitimi ve bilgilendirilmesi, hastaların haklarının savunmalarına ve sağlık kuruluşlarından daha etkin bir şekilde yararlanmalarına yardımcı olabilir.

Bu nedenle, hastane politikaları ve prosedürlerinin hasta haklarını korumak ve uygulamak için düzenlenmesi ve sağlık personelinin bu konuda eğitilmesi önemlidir. Hastalarının haklarının daha etkin bir şekilde korunması için hastane yönetimleri ve sağlık çalışanları, personel eğitimi gibi çeşitli adımlar atmalı ve politikaları güncellenmelidir. Bu yaklaşımlar, hastane yönetimlerine, sağlık personeline ve hastalara daha adil ve güvenli bir sağlık hizmeti sunmaya rehberlik edebilir.

Türkiye’de hasta hakları ile ilgili ilk yasal düzenleme 1928 tarihinde Tababet ve Şuabat-ı Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesi gösterilmiştir. Bu madde ile tüm cerrahi müdahalelerde izin isteme zorunluğu getirilmiştir.

Türkiye’de resmi olarak hasta hakları kavramı ise, 1998 yılında yürürlüğe giren “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile tanımlanmıştır. Bu yönetmenlik, hastaların sağlık kuruluşlarından faydalanırken haklarını koruma ve sağlık hizmeti sunan kuruluşların bu haklara saygı göstermelerini sağlamayı amaçlanmıştır. Dolayısıyla Türkiye’de hasta hakları

kavramı resmi olarak 1998 yılında yasal bir zeminde tanıtılmış ve bu tarihten itibaren sağlık hizmetlerinin temel bir unsuru haline gelmiştir. Bu durum Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve hasta memnuniyetini üzerinde önemli etkiler bırakmıştır.

Hastaların hakları konusunda farkındalık düzeyleri, sağlık çalışanları ve toplum arasındaki etkili iletişimi teşvik ederek bilinçliliğini artırmaktadır. Bu düzenlemeler, eğitim programları, yazılı materyallerin dağıtımını, medya kampanyaları, hasta dernekleri ve sivil toplum kuruluşlarının faaliyetleri ve hasta geri bildirimlerinin toplanması gibi çeşitli yöntemleri içermektedir. Bu yaklaşımlar, hastalarının haklarını daha da iyi anlamalarını ve kullanımlarını sağlayarak sağlık hizmetlerini kalitesini artırabilir ve hasta memnuniyetini güçlendirilebilir.

Sonuç olarak, Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimdeki sosyolojik dinamiklerin incelenmesi, sağlık hukuku yönünde önemli bulgular ortaya koymaktadır. Toplumsal eşitsizlikler, hasta hakları ve farkındalık arasındaki ilişkileri anlamak, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve toplumsal adaletin sağlanması açısından önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle, eğitim, bilgilendirme ve politika düzenlenmeleri aracılığıyla hasta haklarına ilişkin farkındalığın artırılması ve sağlık hizmetlerine daha adil bir erişim sağlanması için gayretler sarf edilmelidir.

Bu çalışma, sağlık sistemimizin daha kapsayıcı ve eşitlikçi hale getirilmesi için önemli bir adım olarak görülmelidir.

6.2. Bulguların Araştırma Sonuçları

Tablo 1 de, Araştırmada, cinsiyet açısından 61 katılımcının %50,8'i erkek ve 59 katılımcının %49,2'si kadın olarak belirlenmiştir. Erkek katılım oranının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 2 de, Katılımcıların eğitim durumuna göre dağılımı şu şekildedir: %47,5'i ön lisans, %14,2'si lise, %22,5'i ilköğretim ve %15,8'i diğer eğitim düzeylerindedir. Buna bağlı olarak, katılımcıların eğitim durumlarının lisans düzeyinde yoğunlaştığı söylenebilir.

Tablo 3 de, Katılımcıların yaş dağılımı şu şekildedir: %25,8'i 36-45 yaş aralığında, %24,2'si 26-35 yaş aralığında, %35'i 18-25 yaş aralığında ve %15'i 46 yaş ve üzerindedir. Araştırmada yaş değişkeninin en fazla olduğu skala %35 oranı ile 42 yaş aralığıdır.

Tablo 4 de, Aylık gelir değişkenine göre dağılım şu şekildedir: %36,7'si 17.000 TL ve üstü, %19,2'si 10.000-17.000 TL, ve %35,8'i 1.000-10.000 TL aralığındadır. Bu durumda, asgari ücretin üstünde alan bireylerin daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 5 de, yapılan analizde yaş aralığına göre gelir dağılımı analizinde şu sonuçlar elde edilmiştir:

- 36-45 yaş aralığında, 17 bin TL ve üstü maaş alan erkeklerin oranı %10,8'dir (13 kişi), kadınların oranı ise %2,5'tir.
- 46 yaş ve üzerinde, 17 bin TL ve üstü maaş alan erkeklerin oranı %5,8'dir (7 kişi), kadınların oranı ise %1,7'dir.
- 26-35 yaş aralığında, 17 bin TL ve üstü maaş alan erkeklerin oranı %7,5'tir (9 kişi), kadınların oranı ise %2,5'tir.
- 18-25 yaş aralığında, 17 bin TL ve üstü maaş alan erkeklerin oranı %3,3'tür (4 kişi), kadınların oranı ise %2,5'tir.

Bu verilere göre, 17 bin TL ve üstü maaş alan bireyler arasında erkeklerin oranı daha yüksektir.

Tablo 6 de, yapılan analizde, 120 bireydeki Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı varyansı 0,224, Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili farkındalık varyansı ise 0,451 olarak belirlenmiştir. Anlamlı farklılıklar bulunmuştur ve varyansların homojenliği sağlanmıştır ($p>0.xx$).

Tablo 7 de, Aylık gelire göre Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı ve Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı arasında gruplar arasında anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Bu verilere göre, varyansların homojen olduğu ve grupların birbirine yakın olduğu

görülmektedir. P değeri 0.05'in üzerinde olup $p=0.xx$ olarak hesaplanmıştır

Tablo 8 de, Araştırmada 120 bireyde hasta hakları farkındalığı incelenmiştir. Aydınlatma ve personel ile ilgili farkındalıkta F değeri 5,95, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği farkındalığında ise 2,14 olarak bulunmuştur. p değeri 0.099 olduğundan ($p > 0.05$), dağılım normalden anlamlı derecede farklı değildir ve veriler normale yakın dağılmıştır.

Tablo 9 de, Araştırmada hasta hakları farkındalığının normalliği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Aydınlatma ve personel ile ilgili farkındalıkta p değeri 0.73, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği farkındalığında ise p değeri 0.71 olarak bulunmuştur. Her iki p değeri de 0.05'in üzerinde olduğu için, veriler normal dağılımdan anlamlı derecede farklı değildir ve normale yakın dağılmıştır.

Tablo 10 de, Araştırmada 120 bireyde hasta hakları farkındalığı incelenmiştir. Aydınlatma ve personel ile ilgili farkındalıkta F değeri 1,33, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği farkındalığında ise 1,03 olarak bulunmuştur. Anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Varyansların homojenliği sağlanmış ve gruplar birbirine yakındır. p değeri 0.05'in üzerinde hesaplanmıştır ($p=0.xx$).

Tablo 11 de, Araştırmada hasta hakları farkındalığı yaş gruplarına göre değerlendirilmiştir:

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı:

- 36-45 yaş: 31 kişi, ortalama 23,1, standart sapma 7,24, standart hata 1,30
- 46 yaş ve üstü: 18 kişi, ortalama 24,2, standart sapma 7,08, standart hata 1,67
- 26-35 yaş: 29 kişi, ortalama 22,4, standart sapma 7,65, standart hata 1,42
- 18-25 yaş: 42 kişi, ortalama 21,7, standart sapma 7,87, standart hata 1,22

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı:

- 36-45 yaş: 31 kişi, ortalama 23,1, standart sapma 8,18, standart hata 1,47
- 46 yaş ve üstü: 18 kişi, ortalama 28,4, standart sapma 8,26, standart hata 1,95
- 26-35 yaş: 42 kişi, ortalama 26,6, standart sapma 7,99, standart hata 1,48
- 18-25 yaş: 42 kişi, ortalama 25,6, standart sapma 9,72, standart hata 1,50

Tablo 12 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için Shapiro-Wilk testi yapılmış ve p değeri 0,54 bulunmuştur ($p > 0.05$). Bu nedenle boş hipotez reddedilemez ve verinin normal dağıldığı kabul edilir. Ayrıca varyansların homojenliği sağlanmıştır.

Tablo 13 de, Varyansların homojenliği sağlanmış ve gruplar birbirine yakındır. p değeri 0.05'in üzerinde olup $p=0.xx$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 14 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığında $df_1: 1$ ve $df_2: 117$ için varyanslar homojendir. Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığında $df_1: 1$ ve $df_2: 118$ için varyanslar homojendir.

Tablo 15 de, yapılan analizde

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı:

- Erkekler (61 kişi): Ortalama 24.0, standart sapma 7.94, standart hata 1.016 (%50.83).
- Kadınlar (59 kişi): Ortalama 22.2, standart sapma 7.13, standart hata 0.929 (%49.17).

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği farkındalığı:

- Erkekler (61 kişi): Ortalama 27.2, standart sapma 9.05, standart hata 1.158 (%50.83).

- Kadınlar (59 kişi): Ortalama 25.1, standart sapma 8.31, standart hata 1.085 (%49.17).

Tablo 16 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yapılan testte p değeri 0,128'dir, bu da verinin normal dağıldığını ve varyansların homojen olduğunu gösterir.

Tablo 17 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yapılan testte, df1: 1 ve df2: 117 olduğu ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur (p=0,463). Benzer şekilde, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı için de df1: 1 ve df2: 118 olduğu ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur (p=0,475).

Tablo 18 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yapılan testte, df1: 3 ve df2: 45.3 olduğu ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur (p=0.162). Benzer şekilde, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı için de df1: 3 ve df2: 44.5 olduğu ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur (p=0.123).

Tablo 19 de, yapılan analizde

Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı:

- Lisans mezunu (57 kişi): Ortalama 23.5, standart sapma 7.59, standart hata 1.01
- İlköğretim mezunu (19 kişi): Ortalama 24.8, standart sapma 7.69, standart hata 1.76

- Ön lisans mezunu (17 kişi): Ortalama 19.9, standart sapma 6.23, standart hata 1.51
- Lise mezunu (27 kişi): Ortalama 23.1, standart sapma 8.04, standart hata 1.55

Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı:

- Lisans mezunu (57 kişi): Ortalama 26.6, standart sapma 8.54, standart hata 1.13
- İlköğretim mezunu (19 kişi): Ortalama 28.7, standart sapma 9.73, standart hata 2.23
- Ön lisans mezunu (17 kişi): Ortalama 22.2, standart sapma 7.27, standart hata 1.76
- Lise mezunu (27 kişi): Ortalama 26.0, standart sapma 8.81, standart hata 1.70

Tablo 20 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yapılan testte p değeri 0,145'tir, yani 0,05 değerinden büyüktür. Bu nedenle boş hipotez reddedilemez ve verinin normal dağıldığı kabul edilir. Varyansların homojenliği de sağlanmıştır. Ayrıca, p değerleri 0,05'in üzerinde hesaplanmıştır (p=0,128 ve p=0,093), bu da verinin normal dağılımdan anlamlı derecede farklı olmadığını gösterir, normale yakın dağıldığını düşündürür.

Tablo 21 de, Aydınlatma ve personel ile ilgili hasta hakları farkındalığı için yapılan testte, $df_1: 3$ ve $df_2: 116$ olduğu ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur ($p=0,898$). Benzer şekilde, sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili hasta hakları farkındalığı için de $df_1: 3$ ve $df_2: 116$ olduğu ve varyansların homojen olduğu bulunmuştur ($p=0,787$).

Tablo 22 de, Sağlık hizmeti ve hasta güvenliği farkındalığı ile Aydınlatma ve personel farkındalığı arasında yapılan korelasyon analizinde, Pearson's r değeri 0,817 ve p değeri $< .001$ olarak bulunmuştur ($N=120$). Bu sonuç, 120 hastada sağlık hizmeti ve hasta güvenliği ile ilgili farkındalık ile aydınlatma ve personel ile ilgili farkındalık arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Varyanslar tam homojendir.

6.3.Araştırmanın Spss 22 Frekans Oranlarının Yorumlanması

1-2-3-4-5-6-8-10-20 Sorular Aydınlatma ve Personel ile ilgilidir.

1.Hastanede Kendime Ait Tıbbi Kayıtları Öğrenebilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar çoğunlukla hastanede tıbbi kayıtları öğrenebileceği ifade etmişlerdir. Oransal olarak Tamamen katılıyorum 43 hasta %35,8 ve 34 hasta ise katılıyorum tıbbi kayıtlarımı öğrenebilirim %28,3 olarak bulunmuştur.

Kısmen kendime ait tıbbi kayıtları öğrenebilirim diyen hasta sayısı 30 ve %25 olarak bulunmuştur.

Hastaların çok az bir kısmı karamsar negatif bir cevap vermiştir. Bu araştırmada Kendilerine ait tıbbi bilgilere erişemeyeceğine inan hasta sayısı katılmıyorum 8 hasta %6,7 ve hiç katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 5 ve %4,2 olarak bulunmuştur.

2.Tedavi Sürecinde Risk ve Seçeneklerinin Bilgisini Alırım.

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar çoğunlukla hastanede tedavi sürecinde risk ve seçeneklerinin bilgisini alabileceğini ifade etmişlerdir. Oransal olarak Tamamen katılıyorum 41 kişi hasta %34,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 37 ile % 30,8 bulunmuştur.

Hastaların çok az bir kısmı karamsar negatif bir cevap vermiştir. Araştırmada tedavi sürecindeki risk ve seçenekler açısından bilgi alamayacağını düşünen hasta sayısı katılmıyorum 4 hasta %3,3 ve hiç katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 3 ve %2,5 olarak bulunmuştur.

Kısmen Tedavi sürecinde risk ve seçeneklerin bilgisine ulaşırım diyen hasta sayısı ise 35 hasta ve %29,2 olarak bulunmuştur.

3.Taburcu Olurken Evde Bakımla İlgili Bilgi Verileceğini Biliyorum

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar Taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi verileceğini düşünmektedirler. Oransal olarak Tamamen katılıyorum 30 hasta %25 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 38 ile % 31, 7 bulunmuştur.

Hasta, Taburcu olurken evde bakımla ilgili kısmen bilgi verileceğini biliyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur.

Hastaların bir kısmı karamsar negatif bir cevap vermiştir. Araştırmada tedavi sürecindeki hastaların taburcu olduktan sonra kendilerine herhangi bir bilgi verilmeyeceğini düşündükleri düşünen hasta sayısı katılmıyorum 18 hasta %15 ve hiç katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 8 ve %7 olarak bulunmuştur.

4.Tüm Personel Sorularıma Yeterli Cevap Verir

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastane personeli hastaların sorularına cevap verme oranları araştırılmıştır. Tamamen katılıyorum evet cevap verirler 12 hasta %10. Katılıyorum diyen 27 hasta %22,5 olarak bulunmuştur.

Hastanede çalışan tüm personel sorularına cevap vermemektedir diyen hasta oranları da su şekilde bulunmuştur katılmıyorum 18 hasta %15 ve Hiç katılmıyorum 9 hasta %7,5.

Bu araştırmada en önemli sonuç, Sağlık personelinin hasta sorularına yeterli cevabı veren vermemekteki kararsızların oranının çok yüksek olmasıdır. Kısmen Katılıyorum diyen hasta sayısı 54 Hasta %45 olarak bulunmuştur.

5.Sağlık Hizmeti Alacağım Personeli Seçebilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastalar, Sağlık hizmeti alacağım personeli seçebildik oranları Tamamen katılıyorum 28 hasta %23,3 ve katılıyorum cevabı veren hasta sayısı 28 ile %23,3 olarak bulunmuştur.

Dikkat çeken bir bulgu ise kısmen katılıyorum diyen hasta sayısının yüksek oranlı olmasıdır 40 hasta %33,3.

Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 hasta ve %9,2 ayrıca katılmıyorum diyen hasta sayısı 13 ile %10,8 olarak bulunmuştur.

6. Hizmet Aldığım Personelin Kimlik Görev ve Unvan Bilgilerini Alabilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hizmet aldığım personelin kimlik görev ve unvan bilgilerini alabilirim diye sorulduğunda hastaların 15 Tamamen katılıyorum 12,5 katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ile %21,7 olarak bulunmuştur.

Katılmıyorum diyen hasta sayısı 26 ile %21,7 ve en fazla kararsızlar kısmen katılıyorum ifadesini kullanmışlardır bu hasta sayısı 40 ile %33,3 olarak bulunmuştur. Hiç Katılmıyorum cevabı veren hasta sayısı 13 ile %10,8 olarak bulunmuştur.

8. Hizmet Aldığım Personeli Değiştirebilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hizmet aldığım personelin değiştirebilirim diye sorulmuş hastalardan tamamen katılıyorum diyen 25 hasta ile %20,8 ve Katılıyorum cevabı veren hasta sayısı 31 ile 25,8 olarak bulunmuştur.

Katılmıyorum 17 kişi ile %,14,2 ve hiç katılmıyorum diyen 11 hasta ile 9,2

Hizmet aldığım personelin değiştirebilirim Kısmen Katılıyorum diye cevap veren hasta sayısı 36 ve %30,0 olarak bulunmuştur.

10. Tedavi Sırasından İlgisiz ve Kırıcı Davranan Personeli Uyarabilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Tedavi sırasında ilgisiz ve kırıcı davranan personeli uyarabilirim diyen hasta sayısı tamamen katılıyorum 26 hasta ile %21,7

Katılıyorum İlgisiz ve kırıcı hastane personeli uyarabilirim diyen hasta sayısı ise 31 %31. Hiç bir şekilde hastane personeli uyaramam diyen hasta sayısı, katılmıyorum diyen hasta sayısı 16 ile %13,3 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 13 ile %10,8.

Uyarabilirim fakat kısmen uyarabilirim diyen kişi sayısı 31 ile %25,8 olarak bulunmuştur.

20. Hijyenik Olmayan Personeli Uyarabilirim

Sorunun Frekans yüzde Yorumu

Hijyenik olmayan hastane personeli uyarabilirim görüşü sunulmaktadır 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta

sayısı 28 %23,3 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 32 ile %26,7 bulunmuştur.

Personeli kısmen uyarabilirim diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Hayır, hastane personelini uyaramam katılmıyorum diyen hasta sayısı 20 ile %16,7 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 14 ile %11,7 verileri bulunmuştur.

7-9-11-12-13-14-15-16-17-18-19-Sorular Sağlık Hizmeti ve Hasta Güvenliği

7. Dil, din, Irk Fark Etmeden Eşit Sağlık Hizmeti Alırım

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti alırım görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 30 %25 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 42 ile %35 bulunmuştur.

Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti kısmen katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 verileri bulunmuştur.

9. Ekonomik ve Sosyal Durumum Fark Etmeden Hizmet

Alırım

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Ekonomik ve Sosyal durumum fark etmeden hizmet alırım görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 17 %14,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 38 ile %31,7 bulunmuştur.

Ekonomik ve Sosyal durumum fark etmeden hizmet alırım, kısmen katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 20 ile %16,7 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 19 ile %15,8 sonucu elde edilmiştir

11. Tarafıma Uygulanacak Tedaviyi Reddedebilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Tarafıma uygulanacak tedaviyi reddedebilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 35 ile %29,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 48 ile %40,0 olarak bulunmuştur.

Tarafıma uygulanacak tedaviyi reddedebilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 48 ile %40 katılmıyorum diyen hasta sayısı 5 hasta ve %4,2, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 4 ve %3,3 olarak bulunmuştur.

12. Uygulanan Tedavimi İstersem Durdurabilirim.

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Uygulanan tedavimi istersem durdurabilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 29 ile %24,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 48 ile %40,0 olarak bulunmuştur.

Uygulanan tedavimi istersem durdurabilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 33 ile %27,5 katılmıyorum diyen hasta sayısı 4 hasta ve %3,3, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 6 ve %5,0 olarak bulunmuştur

13. Hastanede Dini Vecibelerimi Yerine Getirebilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hastanede dini vecibelerimi yerine getirebilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 38 ile %31,7 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 50 ile %41,7 olarak bulunmuştur.

Hastanede dini vecibelerimi yerine getirebilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 26 ile %21,7 katılmıyorum diyen hasta sayısı 3 hasta ve %2,5, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 3 ve %2,5 olarak bulunmuştur.

14.Refakatçi Bulundurabilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hasta Refakatçi bulundurabilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 44 ile %36,7 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 50 ile %41,7 olarak bulunmuştur. Hasta Yanımda Refakatçi bulundurabilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 23 ile %19,2 katılmıyorum diyen hasta sayısı 0 hasta ve %0,0, Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 3 ve %2,5 olarak bulunmuştur.

15.Personel Tarafından Sağlık Durumum ve Tedavi Bilgilerimin Gizli Tutulabilir

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Personel tarafından sağlık durumum ve tedavi bilgilerimin gizli tutulabilir görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 23 ile %19,2 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 52 ile %43,3 olarak bulunmuştur. Personel tarafından sağlık durumum ve tedavi bilgilerimin gizli tutulabilir diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 29 ile %24,2 katılmıyorum diyen hasta sayısı 8 hasta ve %6,7 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 8 ve %6,7 olarak bulunmuştur.

16.Haklarımın Korunmadığını Düşündüğümde

Başvuracağım Makamı Bilirim

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Haklarımın korunmadığını düşündüğümde başvuracağım makamı bilirim görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 32 ile %26,7 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 44 ile %36,7 olarak bulunmuştur.

Haklarımın korunmadığını düşündüğümde başvuracağım makamı bilirim diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 22 ile %18,3 katılmıyorum diyen hasta sayısı 13 hasta ve %10,8 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 9 ve %7,5 olarak bulunmuştur.

17. Muayene ve Tedavim Mahremiyetimi Koruyacak Bir

Ortamda Yapılır

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Muayene ve tedavim mahremiyetimi koruyacak bir ortamda yapılır görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 34 ile %28,3 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 42 ile %35 olarak bulunmuştur.

Muayene ve tedavim mahremiyetimi koruyacak bir ortamda yapılır diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 29 ile %24,2 katılmıyorum diyen hasta sayısı 4 hasta ve %3,3 Hiç

katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ve %9,2 olarak bulunmuştur.

18. Hizmet Aldığım Ortamdaki Cihazların Güvenlik Düzeylerini Biliyorum Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Hizmet aldığım ortamdaki cihazların güvenlik düzeylerini biliyorum görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 13 ile %10,8 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 27 ile %22,5 olarak bulunmuştur. Hizmet aldığım ortamdaki cihazların güvenlik düzeylerini biliyorum diyen kısmen katılıyorum cevabi veren hasta sayısı 32 ile %26,7 katılmıyorum diyen hasta sayısı 23 hasta ve %19,2 Hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 25 ve %20,8 olarak bulunmuştur.

19. Dil, Din, İrk Fark Etmeden Eşit Sağlık Hizmeti Alırım

Sorunun Frekans Yüzde Yorumu

Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti alırım görüşü sunulmaktadır. 120 hastadan tamamen katılıyorum diyen hasta sayısı 30 %25 ve katılıyorum diyen hasta sayısı 42 ile %35 bulunmuştur. Dil, din, ırk fark etmeden eşit sağlık hizmeti kısmen katılıyorum diyen hasta sayısı 26 ve %21,7 olarak bulunmuştur. Katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 ve hiç katılmıyorum diyen hasta sayısı 11 ile %9,2 verileri bulunmuştur.

KAYNAKLAR

Akkor Nesrin, (2010), Dünya Ekonomi Krizi ve Türkiye’de Devletçilik Politikasına Geçiş, Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2(1), 133-139

Alkan Eren (2019), Yapısal İşlevselci Yaklaşım Nedir? Özellikleri ve Temsilcileri, sosyologer.com.

Anıl Başaran, (2017), Sınıf Kavramının Kökeni ve Politik Ekonomik Bir Mukayese,

Arslan D. Ali, (2003), Eşitsizliğin Teorik Temelleri: Elit Teorisi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (6), 2003/2: 115-135

ARTEMİS Hukuk, Tıbbi Müdahalenin hukuka Uygunluğunun Şartları, <https://www.artemishukuk.com/makaleler/tibbi-mudahalenin-hukuka-uygunlugunun-sartlari>

Aslan Emine, (2010), Türkiye’de Hasta Hakları, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Aşçıoğlu Çetin, (2006), Hekimlerin Sorumluluğunda Kusur ve Belirlenmesi, Yüksek Teknoloji Tıbbı ve Hekim-Hasta İlişkisi, İstanbul, S. 191-201

Atılğan Gökhan, (2012). “Türkiye’de Toplumsal Sınıflar: 1923-2010”, 1920’den Günümüze Türkiye’de Toplumsal Yapı ve Değişim. Der: Faruk Alpkaya, Bülent Duru, Ankara: Phoenix Yayınevi. 323-363.

Ayan M., (1991), Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Kitap Ticaret A.Ş., Ankara.

Aydemir M. A., (2011), Sosyal Sermaye Topluluk Duygusu ve Sosyal Sermaye Araştırması, Çizgi Kitapevi

Aydın Kemal, (2014), Yapısal İşlevselci ve Toplumsal Tabakalaşma, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 8

Bağcı Erdem, Tekin Engin Ümit, (2020), Türkiye İktisadi Politikalarının Tarihsel Gelişimi ve Günümüze Yansımaları, R&S Research Studies Anatolia Journal, Vol:3, Issue:3, pp: 175-188

Bağirov Şahin, (2017), Elit Kavramı ve Oluşum Mekanizmaları, Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 3(5), 73-85

Bardakçı Şükrü, Oğlak Sema, (2022), Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi ve Türkiye, Toplumsal Politika Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 1, ss. 71-90

Barlıoğlu Cem Hüseyin, (2022), Defansip Tıp Unsuru Olarak, Tıbbi Malpraktis, Seçkin Yayınevi, üçüncü Baskı, Ankara

Baş F. C., (2017), Sosyal Medya Davranışının Oluşumu: Çevrimiçi Ortamlarda Güven, Sosyal Sermaye ve Saygınlık İlişkisi, doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi

Bayraktar K., (1972), Hekimin Cezai Sorumluluğu, İstanbul Üniversitesi Yayınları, Sermet Matbaası, İstanbul.

Bayraktar Selin, (2020), Pierre Bourdieu Sosyolojisinde Sembolik Şiddet Bağlamında Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği, Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Sosyoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Berberoglu, B., (2012), Klasik ve Çağdaş Sosyal Teoriye Giriş, Eleştirel bir Perspektif, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul

Bilgin Rıfat, Diğer Hülya, (2020), Hastanede Hatan Bireylerin Hasta Hakları ve Sorumlulukları Konusundaki Bilgi Düzeyleri: Tokat İlindeki Bir Devlet Hastanesi Örneği, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:30, Sayı: 1, Sayfa: 307-327

Bingöl İlhan, (2022), Toplumsal Teoride Çatışmanın Klasik Kökleri Üzerine Bir Değerlendirme: Karl Marx, Max Webe, Georg Simme, Akademik Matbuat, Cilt: 6, Sayı: 1

Blumer Herber, (1969), Symbolic Interactionism: Persrective and Method, New Jersey, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs

.Boratav Korkut, (2006), Türkiye İktisat Tarihi 1908-2005, İmge Kitabevi Yayınları, Ankara.

Bozkurt, V., (2008), Değişen Dünyada Sosyoloji, Ekin Kitabevi, Bursa.

Buğra Ayşe, (2003), Devlet ve İşadamları İletişim Yayınları, İstanbul.

Büyükay Yusuf, (2004), Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü, AÜEHFD, Cilt: 8, S. 1-2

Caymaz Mevlüt, (2023), Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma, Ankara Eğitim ve Araştırma Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 2, Sayı:2, Sayfa:35-59

Coşkun Cevdet, (2021), Elit Teorisi Perspektifinden Menderes ile Turgut Özal'ın Karşılaştırılması, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Malatya

Çakmut Y. Özlem, (2003), Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısında İncelenmesi, İstanbul

Çakmut Y. Özlem, (2011), Malpraktis ve Komplikasyon, Özyeğin Üniversitesi Tarafından Düzenlenen Sağlık Hukuku Sertifika Programı(1) 26.11.2011 Tarihli Sunumundan

Çakmut Y. Özlem, Aydınlatma ve Rıza, Roche Sağlık Hukuku Günleri-Tebliğ

Çetin Gürsel, (2006), Tıbbı Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbı Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi, İstanbul

Çilingirlioğlu C., (1993), Tıbbı Müdahaleye rıza, İstanbul

Çolak Ahmet, (2005), Hizmet Kusurundan Malpraktis, Türk Nöroşirurji Derneği (TND) Bülteni

Demir İsa, (2017), Türkiye’de Sınıflar, DergiPark, Cilt: 2, Sayı: 1.

Demircan, Y. Tunç, (2006), Hasta Hakları, Güncel Hukuk, S. 14-16

Demirgöz Bal Meltem, (2014), Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğine Genel Bakış, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(1), 15-28

Durkheim, Emile, (2006), Toplumsal İşbölümü, (Orijinal Yayın Tarihi 1893; Özer Ozan Kaya, Çev). Cem Yayınevi.

Durmuş Savaş, Aydemir N. Kemal, (2016), Atatürk Dönemi Türkiye Ekonomisi (1923-1938), Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 7(12), 155-167

Dutsch Erwin/Spickhoff, Andreas, Medizinrecht, 5.B, Berlin Heidelberg New York, 2003

EALTHIS, Hasta Haklarının Hak ve Sorumlulukları, <https://healthis.com.tr/hastalar-icin>

Edgell Stephen, (1998), Sınıf, Çev. Didem Özyiğit, Dost Kitapevi Yayınları, Ankara.

Erdem H., (2001), Hasta Hakları, İzmit

Erdemir Demirhan Ayşegül, (2005), Etik, Tıp Etiği, Tıp Etik İlkeleri ve Hasta Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri, Erdem, 15(44), 27-72

Erkal E. Mustafa, Sosyal Değişme ve Sosyal Gelişmeye Çağdaş Bir Yaklaşım, İ.Ü İktisat Fakülte

Erman Barış, (2003), Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Ankara

Erol Gültezer Hatırnaz, (2007), özel Hastanelerin hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları, Seçkin Yayınları, Birinci Baskı, Ankara

Ezer F., (2010), 1929 Dünya Ekonomik Krizi'nin Türkiye'ye Etkileri, Fırat Bilim Dergisi, 20(1), 427-442

Giddens, A., (2008), Sosyoloji, Kırmızı Yayınları, İstanbul.

Giesen Dieter, (1977), Yeni Deneysel Tedavilerden Dolayı Doktorların Hukuki Sorumluluğu, Çev. Salim Özdemir, YD, C.3, s.3-4, S.217-228 (Giesen, Yeni).

Göçek Fatma Müge, (1999), Burjuvazinin Yükselişi İmparatorluğun Çöküşü Osmanlı Batılılaşması ve Toplumsal Değişme, Ayraç Yayınları, Ankara.

Gökcan Hasan Tahsin, (2014), Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, İkinci Baskı, Ankara.

Gündoğmuş Ümit Naci, (2001), Bilirkişi Uygulamalarında Tıbbi Gizlilik İlkesi, Adli Tıp Bülteni, 2001;6(2):87-91.

Hakeri Hakan, (2007), Tıp Hukuku, Seçkin Yayınevi, Yedinci Baskı, Ankara

Hakeri Hakan, (2016), Tıp Hukuku, Seçkin Yayınevi, On birinci Baskı, Ankara

Hakeri Hakan, (2018), Tıp Hukuku, On üçüncü Baskı, Ankara.

Hasta Hakları Uygulama Yönergesi, 26.04.2005, Sayı: 3077,
<https://hayad.org.tr/hasta-haklar-uygulama-yonergesi.html>

Hatun Şükrü, (1999), Hasta Hakları, Birinci Baskı, İletişim Yayınları, Sayfa: 169, İstanbul

Hususi Hastaneler Kanunu,
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>

İnce Murat, (2017), Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19/1, 294-319

İntaş Özgür, (2019), 24 Ocak 1980 Ekonomik Kararların Türkiye Ekonomisine Etkileri Yansıması ve Sonuçları, Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır.

Kapani Münci, (2012), Politika Bilimine Giriş, 31. Baskı Bilgi Yayınevi, Ankara.

Karabıyık Lale, (2012), Yoğun Bakımda Sık Yapılan Hatalar, Yoğun Bakım Dergisi, Cilt:10, S.1, ss.40-49

Karlıkaya E., (2007), sağlıkla İlgili Ulusal ve Uluslararası Belgeler Işığında Hekim Sırrı ve Gizlilik Kavramları, Sağlık Dergisi, Sayı: 2, Trabzon

Karpat, Kemal H., (1967), Türk Demokrasi Tarihi: Sosyal, Ekonomik, Kültürel Temeller. İstanbul Matbaası, İstanbul

Kaya Yaşar, (1985), Sosyal Değişimin Yeni Bazı Boyutları, İ.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Yapı-Sosyal Değişme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Kaya Yaşar, (2022), Toplumsal Değişme, Toplumsal “Oluş” un izinde, İktisat Yayınevi, Ankara.

Kazgan Gülten, (2006), Tanzimat’tan 21. Yüzyıla Türkiye Ekonomisi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul

Kepenek Y., (1990), Türkiye Ekonomisi, Verso Yayıncılık, Ankara.

Keyder, Çağlar (2003), Türkiye’de Devlet ve Sınıflar. İstanbul: İletişim Yayınları.

Kırılmaz Harun, Fıçıcı Yasemin vd. Şimşir İsmail, (2018), Hasta Hakları Farkındalığına Yönelik Bir Araştırma, Sosyal Politikalar Çalışmaları Dergisi, 18(41), 233-258, <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.421136>

Koçoğlu D., (2006), Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Konya.

Korkmaz Emine, (2022), Hasta Güvenliğine Genel Bir Bakış, JAMER, 7(1):19-25

Laufs, Adolf/Uhlenbruck, Wilhelm, Handbuch des Arztrechts, 3.B., München

Makal Ahmet, (2007), Ameleden İşçiye: Erken Cumhuriyet Dönemi Emek Tarihi Çalışmaları, İletişim Yayınları, İstanbul.

Marshall G., (1999), Sosyoloji Sözlüğü, çev. O. Akınhay ve D. Kömürcü, Bilim ve Sanat Yayınları

Max Weber, (2005), Sosyoloji Yazıları, İletişim Yayınları

Muğla İl Sağlık Müdürlüğü, Dalaman Devlet Hastanesi, Hasta Hakları Sorumlulukları, 26/02/2016 Tarihli Hasta Hakları Yönetmenliği Kapsamında Sağlık Hizmetlerinde Faydalanma Hakkı

Onaran Bilge, (2004), Hasta Hakları, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: 1, Sayı: 2

Otluoğlu Hukuk Bürosu, Hasta Hakları: Sağlık Hukuku Çerçevesinde Bilinmesi Gerekenler, <https://www.otluoglu.av.tr/hasta-haklari-hukuku-cercevesinde-bilinmesi-gerekenler>

Öngen T., (1998), Eşitsizliğin Sınıfsal Temelleri, Toplum ve Hekim, 13(2), 91-92.

Önür Hıdır, (2013), Toplumsal Eşitsizliklerin Yeniden Üretilmesinde Eğitim Rolü: Afyonkarahisar Süleyman Demirel Fen Lisesi ve Atatürk Lisesi Örneği, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Ana Bilim Dalı Doktora Programı, Doktora Tezi, Malatya

Öz P., (1984), Vücuda Tıbbi Girişim ve Doktorun Sorumluluğu, Ankara Barosu Dergisi, Cilt:41, S:5

Özçetin Selvi, Balaban Murat, (2015), Sağlık Hukuku, İkinci Baskı, Seçkin Yayınevi, Ankara

Özçetin Selvi, Balaban Murat, (2015), Sağlık Hukuku, Seçkin Yayınevi, İkinci Baskı, Ankara

Özdemir A. A., (2007), Sosyal Ağ Özellikleri Bakış Açısıyla Sosyal Sermaye ve Bilgi Yaratma İlişkisi: Akademisyenler Üzerinde Yapılan Bir Alan Araştırması

Özlu T., Hekimler ve Hasta Hakları, Sağlık Hakkı Dergisi,Sayı:2, Trabzon

Özlu Tefik, (2007), Hasta Hakları, 4. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Sağlık Hakkı Özel Sayısı, S.1-7

Özmen Remzi, (2014), Tıp ve Sağlık Mevzuatı, Seçkin Yayınları, Ankara

Öztekin Ali, (2003), Siyaset Bilimine Giriş, Siyasal Kitapevi, Ankara.

Özyürek Alperen, (2018), Klasik Elitst Teorinin Demokrasi Eleştirisi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı Siyaset Ve Sosyal Bilimler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bursa.

Parry Geraint, (1998), Political Elites Allen&Unwin, London.

Polat S., (2018), Bir Eşitsizlik Nosyonu Olarak Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Akraba Evliliğinde Kadının Konumu,

Karadeniz Teknik Üniversitesi 2. Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkileri Kongresi Tam Metin Kitabı, 255-256, Trabzon.

Poloma Margaret M., (2007), Çağdaş Sosyoloji Kuramları, Eos Yayıncılık, çev. Hayriye Erbaş, Ankara

Resmî Gazete Tarihi: 02.03.1954 Resmî Gazete Sayısı: 8647,
Hemşirelik Kanunu,
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6283&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>

Resmî Gazete Tarihi: 03.06.1979 Resmî Gazete Sayısı: 16655,
Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Naki Hakkında Kanun

Resmi Gazete, 01.08.1998, Sayı 23420

Resmi Gazete, 01.08.1998, sayı: 23420, Mevzuat Bilgi Sistemi

Mursül, Damla, (2023), Türkiye’de Etnik Kökene Dayalı Ayrımcılıkla Mücadele Mekanizmaları ve Yasal Dayanakları, Ekonomi Ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, 11(2), 38-52.

Resmi Gazete, 05 Haziran 1933, Sayı: 2419

Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı: 27897, Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmenlik.

Resmi Gazete, 19.02.1960, No: 10436, 13.01.1960 T. Ve 4/12578 Sayılı Karar

Resmi Gazete, 1953 tarih, 8591 sayı, Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunun, <https://bek.org.tr/Files/pdf/6197.ECZACI-VE-ECZANELER-HAKKINDA-KANUN2.pdf>

Ruger J.P., (2008), Ethics and governance of global health inequalities, J Epidemiol Community Health (60), 998–1003.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 06.11.2014 Tarih, Sayı: 64047795, Hasta Hakları Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 12.06.2017 Tarih, Sayı: 54567092, Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi Değişikliği

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 18.01.2005 Tarih Sayı: B100THG0100013, Hizmet Kusuru

Sağlık Bakanlığı, 08.09.2004 Tarih Sayı: 15314, Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılanması

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmî Gazete Tarihi: 15.05.1987
Resmî Gazete Sayısı: 19461,<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

Schreiber, Hans Lubwig, İnsan ne Zaman Ölür? Organ Nakli Kanununda Hayatın Korunmasının Sonu Sorusuna Yanıt Verilmesi Zorunludur, Çev. Ali Kemal Yıldız, Tıp ve Ceza

Hukuku, Türkiye Cumhuriyetinin 80. Kuruluş Yıldönümüne
Armağan, S. 151-159

Sert Gürkan, (2004), Hasta Hakları, Uluslararası Bildirgeler ve
Tıp Etiği Çerçevesinde 1. Baskı İstanbul, Babil Yayınları.

Sert Gürkan, (2004), Hasta Hakları, Uluslararası Bildirgeler ve
Tıp Etiği Çerçevesinde, Babil Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul

Stoller R.J., (1968), Sex and Gender, Hogarth Press, London

Sunar Lütfi, (2021), Türkiye’de Orta Sınıfların Değişen
Konumu, <https://www.ilkeanaliz.net/2021/03/05/turkiyede-orta-siniflarin-degis-en-konumu>

Şengül Ragip, (2020), Hasta ile Hekim Arasındaki ilişkinin
hukuki Niteliği ve Hekimin Tazminat Sorumluluğu, Aristo
Yayınevi, Birinci Baskı, İstanbul

Tanrıverdi Haluk, (2012), Hastaların, Hasta Hakları
Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi, Türkiye
Sosyal Araştırmalar Dergisi, 163(163),
<https://doi.org/10.20296/tsad.07827>

Teke Karipçin Hatice, (2024), Sosyal Sermaye Teorisi
Bağlamında: Sosyal paylaşım Ağlarında Güven, Toplum,
Ekonomi ve Yönetim Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1

Tekingündüz Sabahattin, Kurtuldu Aysu vd, Erer Işık Türkan, (2016), Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik, Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8 (4), 32-43

Toksöz Gülay vd., (2022), Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğini İzleme Raporu, CEİD Yayınları,

Topçu Ersin, (2002), İkinci Dünya Savaşı Döneminde Türkiye’nin Ekonomisi (1939-1945), Marmara Üniversitesi Türkiye Araştırma Enstitüsü Türk Tarih Anabilim Dalı Cumhuriyet Tarihi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü, Ahi Evren Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hekim Seçme Hakkı Nedir, <https://ahievrenghh.saglik.gov.tr/TR-175591/hekim-secme-hakki-nedir.html>

Turgut A.Ş., (2019), Türkiye’deki Gelir Eşitsizliğinin Toplumsal Cinsiyet , Kadın İstihdamı ve Kadın Yoksulluğu Açısından Değerlendirilmesi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 38(2), 315-329

Turner B., (2007), Eşitlik , İkinci Baskı, Dost Kitabevi, Çev. B. S .Şener, Ankara

TÜİK, (2021), Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2020. Sayı: 37209, 18 Şubat 2021 Erişim,

<http://data.tuik.gov.tr/Bulten/Indexx?p=Yasam-Memnuniyet-Arastirmasi-2020-37209>

TÜİK, (2023), Gelir Dağılımı İstatistikleri, data.tuik.gov.tr

Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi,
<https://hgbs.saglik.gov.tr/>

Ulsenheimer Klaus, (2003), *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3. B., Heidelberg 2003.

Ünal Gülsüm, (2009), *Sağlık Uygulamalarında Malpraktis*, İstanbul Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl koordinatörlüğü Sunum

Vagerö D., (1995), Health inequalities as policy issues – reflections on ethics, policy and public health. *sociology of health&illness*, 17(1).

Walker J., (1966), A critique of the elitist theory of democracy, *The American Political Science Review*.

Wallace Ruth, Wolfe Alison (2012). “Çağdaş Sosyoloji Kuramları: Klasik Gelenegin Genişletilmesi”, (Çevirenler, Leyla Elburuz ve Rami Ayaz), 3. Baskı, Doğu Batı Yayınları

Yargıtay, 4.YHD, 7.3.1977, 6297/2541

Yavilioğlu Cengiz, (1995), 1929-1980 Arası Dünya Ekonomi Krizlerinin Türkiye ve Diğer Az Gelişmiş Ülkelerin Kalkınma

Stratejilerine Etkileri, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yavuz İpekyüz Filiz, (2006), Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, İstanbul.

Yıldırım T., (2007), Hasta Hakları, Sağlık Hukuku Sempozyumu, İstanbul

Yıldırım Töre Mehmet, (2019), Sosyal Sermaye ve Toplumsal Eşitsizlik, T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Yapı-Sosyal Değişme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Yıldız Recep, (1999), Eğitim ve Sosyal Değişme: Türkiye Örneği

Yikebali Mutalipu, (2018), Sembolik Etkileşimcilik ve Çağdaş ve Çağdaş Sosyal Teori: Topluma Yeni Bakışlar, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi

Sağlık Hukuku Açısından Toplumsal Eşitsizlik, Hasta Hakları Ve Farkındalıklar.

Bu Eser Kùltür ve Turizm Bakanlığı E-Kitap Yönetmenliğine göre yasal olarak kayıtlanmış olup herhangi bir ticari satışı olmayan akademik amaçlı bir kitaptır. Kitap Milli Kütüphane (Eydes) sistemine kayıtlıdır.

