

Keyifli Okumalar Dileriz

Binlerce kategoride milyonlarca PDF e-kitap, ders kitapları, dergiler ve romanlara platformumuz üzerinden ücretsiz ulaşabilirsiniz.

RESMİ WEB SİTEMİZ

<https://rantey.org>

Yedek ve Duyuru Kanallarımız

Sitemize erişim engeli gelmesi veya adres değişikliği durumunda aşağıdaki kanallardan güncel giriş adresine erişebilirsiniz:

- Telegram: <https://t.me/birkitapbir>
- WhatsApp Kanalımız : <https://whatsapp.com/channel/0029VbDHv8uE50Us4lvMoc0Y>

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Editörler

Dr. Yılmaz DAŞLI - Dr. Erol BULUT



ANT
Yayıncılık

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Editörler

Dr. Yılmaz DAŞLI

Dr. Erol BULUT

Yazarlar

Prof. Dr. Özgür ASLAN

Doç. Dr. Zekiye TAMER GENCER

Dr. Erol BULUT

Dr. Mehmet KOCA

Dr. Mine BEKAR

Dr. Murat YÜKSEL

Dr. Naim KARAGÖZ

Dr. Nurperihan TOSUN

Dr. Semra KOCATAŞ

Dr. Ümit NALDÖKEN

Dr. Yılmaz DAŞLI

Canser BOZ

Memduh Ahmet MAHİROĞULLARI

Ankara

2019

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Editörler: Dr. Yılmaz DAŞLI - Dr. Erol BULUT

●Tüm Hakları Saklıdır. 2019.

Bu kitabın Türkiye'deki basım, yayın, satış hakları Anı Yayıncılık Eğitim ve Danışmanlık San. Tic. Ltd. Şti.'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri herhangi bir bilgi depolama ve erişim sistemiyle, mekânîk, elektronik, fotokopi, manyetik veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, aktarılamaz, dağıtılamaz.

Yayıncı Sertifika No : 16003

Matbaa Sertifika No: 13268

ISBN : 978-605-170-312-1

Kapak Tasarımı : Göksel ÇAKIR

Mizanpaj : Göksel ÇAKIR

Dil Kontrol : Göksel ÇAKIR

Baskı : Sözkese Matbaacılık

Adres : İvedik OSB 1518. Sokak Mat-Sit İş Mrk.

No: 2/40 Yenimahalle-ANKARA

Tel : 0 312 395 21 10

KÜTÜPHANE BİLGİ KARTI

DAŞLI, Yılmaz; BULUT, Erol

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Anı Yayıncılık, Ankara/ Türkiye

2019, 1. Baskı, viii+296 Sf., 16x24 cm

ISBN: 978-605-170-312-1

Sosyoloji, Sağlık Sosyolojisi, Toplum, Sağlık

Sağlık Sosyolojisi, Sosyolojik Kuramlar, Sağlık, Kültür, Şiddet, İletişim, Medya, Sağlık Politikaları, Spor, Beden, Estetik, Atletik, Göç, Hasta, Hasta Hakları

Anı Yayıncılık

Kızılırmak Sokak 10/A

Bakanlıklar/Ankara

Tel: 0 312 425 81 50 pbx

e-posta: aniyayincilik@aniyayincilik.com.tr

<http://www.aniyayincilik.com.tr>

A harfinin evrimi



Biyolojik olarak sağlıklı bir zihin ve beden insan yaşamının en önemli kısmını oluşturmaktadır. Bu önemi günlük yaşamda sıklıkla kullandığımız "Sağlık her şeyin başıdır." sözü iyi bir şekilde anlatmaktadır. Sağlıklı bir bedene sahip olmak önemli bir çabayı da gerektirmektedir. Spor, dengeli beslenme, zihinsel ve bedensel egzersizler gibi günlük yaşamımızdaki düzenlemeler sağlıklı bir bedene sahip olmak için gerçekleştirilmesi gereken uygulamadan sadece birkaçıdır.

Ancak sağlık bireysel hayatın ötesinde bir öneme sahiptir. Sağlık toplumsal hayatın devamlılığı ve bütünlüğünü de sağlayan bir kurum olma özelliğindedir. Öncelikle sağlık tarihsel süreç içerisinde oluşup gelişen kültürün bir parçasıdır. Bu kültür vasıtasıyla sağlıklı nesiller yetiştirilerek toplumsal süreklilik sağlanabilmektedir. Dolayısıyla sağlık, bireylerin yaşamı için önemli olduğu kadar toplumsal yapının devamlılığı için de önemlidir. Sağlıklı bireyler sağlıklı toplumun, sağlıklı toplum ise sağlıklı bireylerin anahtarıdır. Sağlıksız bireyler sağlıksız ailelerle birlikte sağlıksız toplumsal ilişkileri doğurmaktadır. Sağlık kurumlarının zayıf olduğu veya işlemediği toplumlarda ise sağlıklı bireylerin olması mümkün değildir. Örneğin obezite modern toplumun dayattığı fastfood tarzı sağlıksız beslenmenin sonucudur. Sigara bağımlılığı ve çevre kirliliğine bağlı olarak artan kanser hastalığı keza yine modern toplumun önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Eğitim kurumundaki yetersizlikler doğrudan sağlık personelinin eksikliklerine, dolaylı olarak ise sağlıklı yaşam bilincinden yoksun bireylerin yetiştirilmesine neden olmaktadır. Bu yüzden sağlık sorunlarının sadece bireysel tercihlerin sonucunda gerçekleştiğini düşünmek olanaklı değildir. Günümüzdeki sağlık sorunları kültürel, siyasal ve ekonomik yapıyla doğrudan ilişkilidir. Toplumsal yapıda ciddi sorun haline gelen bir hastalığı modern tıbbın imkânları ile tedavi etmek mümkünken, hastalığı tamamen ortadan kaldırmak ancak sosyal, kültürel ve ekonomik yapıda meydana gelebilecek bir değişim ile mümkündür.

Kültürün sağlık üzerindeki etkisi artık bilinen bir gerçektir. Örneğin, Papua Yeni Gine'nin Güney Fore bölgesinde 1950'li yıllarda sıklıkla kadınlarda olmak üzere çocuklarda da görülen adı 'Kuru hastalığı' olarak tanımlanan hastalık, kültürün sağlık üzerine etkisini net bir biçimde göstermektedir. Hastalığa klinik olarak neden olan virüs laboratuvar ortamında bulunmasına rağmen, hastalığın nedenine ilişkin hiçbir bilgi bulunmamaktadır. Hastalığın neden ortaya çıktığına dair bir grup antropolog ve sosyolog yaptıkları çalışmalar sonucunda, ölen bir kadının beyninin yine kadınlar tarafından yendiğini belirledi. Hastalığa neden olan virüsün bu kültürel ritüel sonucunda bir kadından başka bir kadına geçtiği saptandı.

Böylece bu adetin sonlandırılmasıyla Kuru hastalığının önüne geçilebilmiş oldu. Örnekte görüldüğü gibi sağlık-hastalık kavramları, kültürle iç içe geçmiş kavramlardır. Kültürel değişim-dönüşümü yaşamadan bazı hastalıkların önüne geçebilmek mümkün değildir.

Bu çalışmada sağlık-hastalık kavramları sosyolojik yönüyle ele alınmaktadır. Birey-toplum ilişkisinin sağlık alanındaki yansımaları değerlendirilmektedir. Dünyada ve Türkiye’de önde gelen sağlık sorunları tartışılmakta ve çözüm önerileri getirilmektedir. Bu kapsamda sosyolojik teorilerde sağlık ile birlikte, kültür, medya, beden, spor, göç, ekonomi, politika, şiddet ile sağlık arasındaki ilişki ortaya konmaya çalışılmıştır. Sağlık çok boyutlu olup yalnızca sağlık bilimcilerin çalışmalarıyla çözümlenebilecek bir alan değildir. Bu gerçeklikten hareketle elinizdeki *metin*, disiplinler arası bir bakış açısıyla sağlık ve sosyoloji alanında çalışan uzman akademisyenlerin bir araya gelerek oluşturduğu bir üründür.

Sağlık sosyolojisi ülkemizde Batı’daki gelişimine paralel olarak gelişim göstermemiştir. Bu alandaki çalışma sayısı bir elin parmaklarını geçmeyecek kadar azdır. Bu çalışma, daha önce sağlık sosyolojisi alanında ortaya konulan bilgi birikiminden hareketle alana katkı sağlama amacıyla ortaya konulmuştur. Çalışmanın aynı zamanda lisans ve lisansüstü öğreniminde kaynak olarak faydalı olacağı düşünülmektedir. Literatüre sağladıkları katkı nedeniyle kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlara ve çalışmayı okuyucu ile buluşturan Anı Yayıncılık’a teşekkür ederiz.

Dr. Yılmaz DAŞLI

Dr. Erol BULUT

Sivas-Ordu, 17 Ekim 2019

1. BÖLÜM

SAĞLIK SOSYOLOJİSİNE GİRİŞ ----- 1

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz DAŞLI

2. BÖLÜM

SOSYOLOJİK KURAMLARDA SAĞLIK ----- 21

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KOCA

3. BÖLÜM

SAĞLIK VE KÜLTÜR ----- 47

Dr. Öğr. Üyesi Mine BEKAR

4. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ ----- 79

Prof. Dr. Özgür ASLAN, Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN, Arş. Gör. Canser BOZ

5. BÖLÜM

SAĞLIKTA ŞİDDET ----- 103

Dr. Öğr. Üyesi Erol BULUT

6. BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ VE MEDYA: TELEVİZYONDA YAYINLANAN SAĞLIK
PROGRAMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME ----- 135

Doç. Dr. Zekiye TAMER GENCER

7. BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK POLİTİKALARI ----- 151

Dr. Öğr. Üyesi Ümit NALDÖKEN

8. BÖLÜM

SPOR VE SAĞLIK----- 175

Öğr. Gör. Memduh Ahmet MAHİROĞULLARI

9. BÖLÜM

BEDENİN TOPLUMSAL DÖNÜŞÜMÜ: SAĞLIKLI BEDENDEN ESTETİK VE ATLETİK
BEDENE ----- 191

Dr. Öğr. Üyesi Murat YÜKSEL

10. BÖLÜM

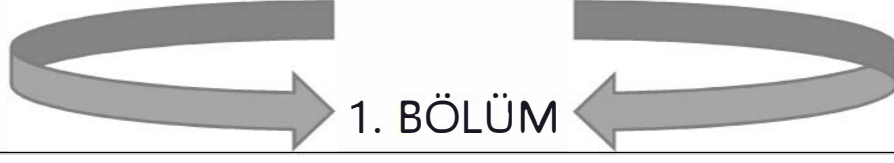
GÖÇ VE SAĞLIK----- 231

Dr. Öğr. Üyesi Semra KOCATAŞ

11. BÖLÜM

HASTA HAKLARI----- 269

Dr. Öğr. Üyesi Naim KARAGÖZ



SAĞLIK SOSYOLOJİSİNE GİRİŞ

Yılmaz DAŞLI*

1. Giriş

Günümüz toplumlarının, gerek gelişmiş gerekse gelişmemiş olsun, en önemli sorunları arasında 'sağlık' gelmektedir. Sağlık kurumu içinde yer alan problemler çözülmesi gereken öncelikli sorunlar arasındadır. Sorunun çok boyutlu olması ister istemez multidisipliner bir bakışı gerektirmektedir. Zaten sağlık alanında var olan sorunlar o kadar çok boyutludur ki tek bir bilimin bakış açısıyla o alandaki sorunların çözülebilmesi mümkün değildir. Bu haliyle sağlık yalnızca tıp biliminin konusu değildir. Bugün sağlık konusu ile sosyoloji başta olmak üzere antropoloji, ekonomi, siyaset, psikoloji, edebiyat gibi birçok bilim dalı ilgilenmektedir. Bu bilim dalları içerisinde sosyoloji ise, sağlık sosyolojisi vasıtasıyla sağlık-hastalık konuları üzerine yoğunlaşmaktadır.

Sağlık sosyolojisi, Batı ülkelerinde ve özellikle ABD'de sosyolojinin ana dallarından birisi olarak kabul edilmektedir. Bu ülkelerde, son 30-40 yıl içerisinde konuyla ilgili geniş bir literatür de oluşmuş bulunmaktadır. Batı'daki gelişiminin aksine ülkemizde sağlık sosyoloji, akademik çevreler tarafından çok fazla çalışılmamıştır. Sağlık konusunun oldukça önemli olmasına rağmen bu alanda yapılmış çalışma sayısı bir elin parmak sayısını geçmeyecek düzeydedir.

Sağlık sosyolojisinin varlık nedeni, hastalıkların biyolojik yanının olduğu kadar toplumsal yanının da olduğudur. Bugün hastalık kavramını, içinde bulunduğu toplum yapısından ayrı düşünmek mümkün değildir. Sağlık-hastalık kavram çifti coğrafyadan iklime, ekonomik yapıdan kültüre, cinsiyetten barınma koşullarına, siyasetten sosyal yapıya varıncaya kadar birçok faktörün etkisine maruz kalmaktadır. Hastalık durumlarında tıp son çare olup, hastalığa nelerin neden olduğu

* Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

sorusu sağlık sosyolojisi tarafından cevaplanmaya çalışılmaktadır. Sağlık sosyolojisi, Sosyolog Emile Durkheim'in "Bir toplumsal olgunun nedeni yine bir toplumsal olgudur." söyleminden hareketle sağlık ve hastalık olgularının arkasındaki sosyal faktörleri araştırmaktadır.

Örneğin trafik kazaları hemen tüm toplumların en temel sorunlarından biridir. Trafik kazası sonuç itibarıyla tıp biliminin konusu olması karşın, ortaya çıkış koşulları itibarıyla sağlık sosyolojisinin çalışma alanına girmektedir. Trafik kazaları meydana geldiği toplumun kültürel yapısından ayrı düşünülemez ve o kültürün bir ürünüdür. Bu ve buna benzer birçok sağlık problemi ortaya çıktığı toplumun, kültüründen, ekonomisinden, siyasetinden, yönetim yapısı gibi birçok özelliğinden etkilenmektedir. Toplumdaki mevcut hastalıkların sosyal yönleriyle ilgilenen sosyoloji dalı olarak tanımlanan sağlık sosyolojisi, genellikle hastalıkların toplumun yapısıyla olan ilişkisini, hastalıkların dağılımını, hastalıkların sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerini, sağlık-hastalık ile sosyal sınıf ilişkilerini, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve hastalığa etkilerini, çevre, yaşanılan konut, aile, meslek faktörlerinin sağlık ve hastalığındaki rolünü inceler. Bunun yanında sağlık hizmetleri, hasta-doktor ilişkileri, tıp sisteminin sosyal yapı içindeki yeri, hastanelerin örgütsel yapısı ve hastanede çalışan görevlilerin sosyal rollerini de kendisine konu edinir.

2. Sağlık Sosyolojisinin Neliği

Sağlık ve hastalık durumu genel anlamda tıbbın konusu olarak algılanmasına karşın, farklı disiplinler tarafından sıklıkla çalışılan kavramlardır. 19. yüzyıl başlarında ortaya çıkan sosyoloji bilimi de alt disiplini olan sağlık sosyolojisi aracılığıyla sağlık ve hastalık kavramını ele almaktadır. Sağlık sosyolojisi özellikle 1950'lerden itibaren hastalık ve sağlık durumlarını ortaya çıktığı toplumsal yapı çerçevesinde ele alarak, hastalık ve sağlık durumunun bu yapıdan bağımsız düşünülmemeyeceğini ortaya koyan sosyolojinin alt dalıdır. Sağlık sosyolojisi hastalığın nedenlerine yoğunlaşan ve her hastalığın sosyo-kültürel yapıdan etkilendiğini ortaya çıkarmaya çalışmaktadır. Örneğin astım hastası olan bir kişi için, hekimlerin verdiği ilacı hasta düzenli bir biçimde kullanırsa hastalık göreceli olarak ortadan kalkmaktadır. Fakat hasta ilaç kullanmayı bıraktığında hastalık yeniden ortaya çıkmaktadır. İşte sağlık sosyolojisi bu hastalığın neden ortaya çıktığına dair sorunun cevabını aramaktadır. Astım hastalığı ile sosyo-ekonomik yapı arasında oldukça güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Barınma koşulları sağlıklı olmayan kişilerde daha fazla görülen bir hastalıktır. Görülüyor ki tedavisi son nokta olarak

tıpçılarca yapılan hastalığın ortaya çıkış koşulları tamamıyla sağlık sosyolojisinin çalışma alanına girmektedir.

Sağlık sosyolojisi, “hastalıkların toplumun yapısıyla olan ilişkisini, hastalıkların toplumdaki dağılımını, hastalıklara karşı insanların tutum ve davranışlarını, hastalıkların sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerini, sağlık-hastalık ile sosyal sınıfl ilişkilerini, savaş, göç, toplumsal cinsiyet, şiddet, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi toplumsal olguların sağlık ve hastalığa olan etkilerini, çevre, yaşanılan konut, aile ve meslek faktörlerinin sağlık ve hastalıktaki rolünü incelemektedir” (Kızılçelik, 1995:16). Başka bir tanımlamaya göre sağlık sosyolojisi “sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapı içine yerleştirerek inceleyen, toplum ve sağlık alanında nedensellik ilişkileri kuran, bu ilişkileri araştırarak genellemeye ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalıdır” (Özen, 1993: 74).

Sağlık sosyolojisinin çalışma alanını Robert Straus (1957) “The Nature And Status Of Medical Sociology” adlı çalışmasında, “tıpta sosyoloji” ve “tıbbın sosyolojisi” şeklinde ikili ayrıma giderek verir. Straus, sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarının bu iki ayrıma göre şekil aldığını ve tıpta sosyoloji ile tıbbın sosyolojisi alanlarının birbiriyle uyumsuz olduğunu belirtmektedir. Bu ayrıma göre tıpta sosyoloji “hastalıkların nedenleri ve dağılımı, bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarındaki değişimi, hekim yetiştirilmesini, eğitilmesini, tıbbî organizasyonları ve toplum sağlığının geliştirilmesini konu edinmektedir” (Baloğlu, 2006: 7). Tıbbî sosyoloji ise “örgütsel yapı, rol ilişkileri, değer sistemleri ve bir davranış sistemi olarak tıbbın işlevleri gibi etkenlere odaklanır. Bunu yaparken de sosyolojik bir perspektiften tıbbî çevrenin analiz ve araştırmasına yönelir. Tıbbî sosyoloji alanı içindeki sosyologlar sağlık kurumlarında çalışabilir, ancak çoğunluğu üniversitelerin sosyoloji bölümlerinde yer alır” (Öz, 2015: 28-29). Daha açık bir ifadeyle “Tıp sosyolojisinde sağlık ve hastalık konularına sosyolojik açıdan bakılırken, tıpta sosyolojide bu kavramlar tıbbî açıdan değerlendirilmektedir.” Sağlık sosyolojisinin kurumsallaşmaya çalıştığı erken dönem çalışmalarda bu ayrımla sıklıkla karşılaşılmasına karşın, bugün böyle bir ayrımdan hem teorik hem de pratik olarak bahsetmek mümkün değildir.

3. Sağlık Sosyolojisini Konusu

Sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarını, Straus’un yapmış olduğu ikili ayrımdan hareketle Kendall ve Reader şu şekilde açıklamaktadır (Akt.: Güven, 2014: 129):

- Tıpta sosyoloji
 - Hastalığın Etiyolojisi ve ekolojisi,

- Sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlardaki değişimler,
- Tıbbın sosyolojisi
 - Doktorların yetiştirilmesi,
 - Doktorların yeteneği,
 - Doktorların rolleri çerçevesinde diğer kişilerle ilişkileri,
 - Toplum sağlığının gelişmesi,
 - Tıbbî organizasyon ve hastaneler örneği."

Yukarıda sıralanan çalışma alanları işlevini yitirmiş yerine farklı çalışma alanları ortaya çıkmıştır. Örneğin, hastalıkların dağılımı ve nedenleri, tıbbî bakımın sosyo-kültürel yönleri, ölümlülük, hastane sosyolojisi, toplum sağlığı örgütlenmesi, sosyal epidemiyoloji, sağlık ve hastalığa toplum tarafından verilen sosyal tepkiler, toplum sağlığı, hasta hakları, yasal ve etik konular, sağlık ve hastalığın sosyo-kültürel ve ekonomik nedenlere göre nasıl farklılaştığı, sağlık hastalık kavramlarının zamana ve mekâna göre nasıl değiştiği, hasta-hekim ilişkileri, sağlık hizmetlerinin sunumu (Özen, 1993: 80) gibi konular sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarını oluşturmaktadır.

Sağlık sosyolojisini çakışma alanına ilişkin Kerdal ve Merton bir sınıflandırma yapmıştır buna göre sağlık sosyolojisi genel olarak "hastalık nedenleri ve çevre bilim, sağlığın korunması ve hastalığa tepkiler, sağlık olanaklarının örgütlenmesi, mesleki eğitim" (Akt.: Öz, 2015: 48) konuları ile ilgilenmelidir. Başka bir sınıflandırma ise David Mechanic tarafından yapılmıştır: "Hastalıkların dağılımı ve nedenleri, hastalığa toplumsal ve kültürel tepkiler, sağlık hizmetinin sosyo-kültürel yanı ölüm oranları, nüfus içerisinde hastalıkların görülme sıklığı, sağlık uygulamalarının örgütlenmesi, tedaviye yönelik mesleklerin sosyolojisi, hastane sosyolojisi, toplum sağlığı örgütlenmesi, toplumsal değişim ve sağlık hizmeti, sağlık hizmeti örgütlerinin karşılaştırılması, tıbbî eğitim, sağlık hizmetlerinin kullanımı, halk sağlığı, stres, hastalık ve bunlarla baş etme, değişen toplumsal davranışlara yönelik yeni teknolojiler, toplumsal psikiyatri, hukuksal ve etiksel konular, sağlık ekonomisinin toplumsal yönleri, davranış sorunları ve sağlık hizmeti, yarı-profesyoneller, sağlık politikaları ve siyaset" (Öz, 2015: 48-49) gibi konular sağlık sosyolojisinin ilgi alanlarını oluşturmaktadır.

Sağlık sosyolojisinin ele aldığı tüm bu konu başlıkları genel olarak değerlendirildiğinde Bryan S. Turner sağlık sosyolojisinin üç analiz düzeyinde incelenebileceğini belirtir. "Bunlar sırasıyla birey, mikro ve makro düzeylerdir. Birinci düzeyde rahatsızlık deneyimi birey açısından ele alınır. Bunu yaparken de fenomenoloji ve sembolik etkileşimcilik gibi farklı sosyolojik perspektiflerden konuya yaklaşılr. İkinci düzey uzman meslek gruplarının bireyleri sınıflandırmak ve düzenlemek

için kullandıkları hastalık kategorilerinin sosyal inşasına odaklanır. Son düzeyde ise sağlık hizmetlerinin toplumsal organizasyonları, devlet ve ekonomiyle ilişkileri” (Öz, 2015: 49) ele alınır.

Kısaca sağlık sosyolojisi kendisine çalışma alanı olarak belirlediği hastalık ve sağlık durumlarının toplumdan topluma ve zamandan zamana nasıl değişime uğradığını, bir toplumda hastalık sayılan bir durumun başka toplumda neden sayılmadığını, hastalık ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin neler olduğunu, hastalık kavramının sosyo-ekonomik gelişmeyle arasındaki ilişki, tıp eğitimi, hekim-hasta arasındaki ilişki, sağlık eşitsizlikleri, hastalığın toplum içindeki dağılımı, teknolojik gelişmeler sonucunda meydana gelen yeni hastalık kalıpları, hasta hakları ve tıp etiği gibi konular üzerinde çalışmaktadır.

4. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Sosyolojisinin Gelişimi

4.1. Dünyada Sağlık Sosyolojisinin Gelişimi

Aydınlanma ve modernitenin bilimi olan sosyolojide ilk ortaya çıktığı zamandan buyana birçok alt uzmanlık alanı ortaya çıkmıştır. Kent sosyolojisi, suç sosyolojisi, din sosyolojisi, iktisat sosyolojisi, aile sosyolojisi, kültür sosyolojisi gibi alanlardan bunlardan birkaçıdır. Sağlık sosyolojisi de diğer alt dallar gibi özellikle 20. yüzyılda ortaya çıkan önemli alanlardan bir tanesidir. “Sağlık sosyolojisi iki farklı akademik disiplinin -çok eski zamanlardan beri hastalığın tedavisiyle ilgilenen tıbbın ve on dokuzuncu yüzyıl düşüncesinin bir ürünü olan sosyolojinin- bir noktada birleşmesini içerir. Bu birliktelik, yirminci yüzyılın ortalarına doğru bağımsız bir disiplin haline dönüşse de, sürecin erken aşamaları sağlığın, klasik dönem sosyolojisi içerisinde de ele alındığını gösterir” (Öz, 2015: 26).

Auguste Comte’un sosyoloji bilimine sosyoloji ismini koymasından sonra, toplumbilim açısından sağlığa yönelik ilk önemli ilgi 1845’te Friedrich Engels (2013)’in “İngiltere’de Emekçi Sınıfların Durumu” adlı eseriyle gerçekleşir. İşçilerin yaşam koşulları ile sağlıkları arasındaki ilişki üzerinde duran Engels, gerekli geçim araçlarını zar zor elde edebilen bir sınıfın sağlıklı olamayacağını belirtir. Ancak klasik döneme ait bu görüş, sağlığı, sosyal bir kurum olarak değil, sınıfsal açıdan modern toplumdaki kaynakların adil olmayan bir biçimde dağılımının bir göstergesi olarak ele alır. Yine aynı dönemde önemli bir diğer çalışma, sosyolojiyi bilim haline getiren Emile Durkheim tarafından ortaya konulur. Durkheim (2002) tarafından 1897 yılında yayımlanan “İntihar” adlı eser, klasik dönem sosyolojide

önemli bir sağlık sosyolojisi çalışmasıdır. Durkheim bu çalışmasında intihar gibi sağlık olayını toplumbilimsel bir yöntemle ele alır.

Durkheim, Engels gibi düşünürlerin çalışmaları ile sosyoloji, sağlık alanına girerken, Amerika Birleşik Devletleri'nde tıpçıların sosyoloji ile ilgilendiği görülür. Sağlık sosyolojisi ya da medikal sosyoloji ifadeleri, sosyologlardan önce hekimler tarafından kullanılmıştır. Sağlık sosyolojisi kavramının geçtiği ilk çalışma Charles McIntire (1894)'ın "Medikal Sosyoloji Çalışmasının Önemi" adlı çalışmasıdır. McIntire bu çalışmasında, tıp ile sosyoloji arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak, sağlık üzerinde etkili olan sosyo-kültürel faktörlerin önemine değinmiştir. Bu alanda çalışan bir başka isim Elizabeth Blackwell'dir. Blackwell (1902)'in yayımladığı "Essays in Medical Sociology" adlı çalışma genel olarak tıp eğitimi, tıbbın cinsiyet üzerine özellikle kadın cinsiyetine olan etkileri gibi farklı alanların toplandığı iki ciltlik bir eserdir. Sağlık sosyolojisi adında başka bir çalışma ise 1909 yılında James Warbasse tarafından yayınlanan "Medical Sociology: A Series Of Observations Touching Upon The Sociology Of Health And The Relations Of Medicine" adlı çalışmadır. Bu çalışmanın içeriği Warbasse (1909) "tıbbın sosyolojik ilişkilerine değindiği gözlemlerinden" oluştuğunu belirtmektedir.

1950'li yıllarla birlikte Amerika'da sağlık sosyolojisi bağımsız bir disiplin haline gelmektedir. "Sağlık sosyolojisi tıbbî uygulama, kamu sağlık mücadeleleri ve sağlık politikası düzenlemelerinde kullanabilir sosyal bilgiyi üreten bir uygulama alanı için fon destekleyicileri ve siyasetçiler tarafından ön plana çıkarılır" (Öz, 2015: 28). Bu çerçevede ikinci dünya savaşını izleyen ilk yıllarda Milbank Memorial Fund ve Russell Sage Vakfı gibi fon sağlayıcıların çalışmaları göze çarpar. Milbank Memorial Fund'un 1947'deki "sosyal hekimlik" ve 1949'daki "akıl sağlığını" merkez alan konferansları ve yine aynı yıl Russell Sage Vakfı'nın sağlık alanındaki mesleki uygulamalarda sosyal bilimlerin kullanımını arttırmaya yönelik programları, bu çalışmalar arasında yer alır (Öz, 2015).

Sağlık sosyolojisinin II. Dünya Savaşı sonrası gelişimine bakıldığında özellikle Talcott Parsons ve Robert K. Merton'un çalışmaları bu alanda önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık sosyolojisinde 1940 ve 50'li yıllarda ampirik çalışmaların ağırlıklı olduğu görülürken, 1950'lerden itibaren Parsons'un "Sosyal Sistem" adlı çalışmasıyla kuramsal bir yönelime kaymıştır (Kasapoğlu, 1999: 2). Parsons "sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal sistem açısından fonksiyonel bir olgu olarak ele alarak sağlık sosyolojisinin kuramsal çerçevesine katkı sağlamıştır" (Parsons, 1951: 455). Parsons bu çalışmasında, toplumsal sistemin düzeni, ahengi ve uyumu açısından hasta rolü, hasta davranışı, hasta sorumluluğu, hekim davranışı ve hekim sorumluluğu gibi kavramları tanımlamış ve toplumsal sistem açısından

önemini ortaya koymuştur (Parsons, 1951). Diğer taraftan Merton ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda sağlık, tıpçılar ve tıp eğitimi gibi konular ele alınmıştır. "Sağlık ve hastalık konusunda hekimlerin toplumsal kontrol işlevi gibi gizli toplumsal mekânizmalara dikkat çeken, sağlık ve hastalığa diyalektik açıdan yaklaşan Parsons ve Merton, Türk sağlık sosyolojisinin gelişimi açısından da öneme sahiptir" (Güven, 2014: 132).

Uzunca bir zaman sosyoloji ve tıp, sağlık sosyolojisi alanındaki çalışmaları birbirinden bağımsız olarak devam ettirmiş ve zamanla aralarında bir yakınlık oluşmuştur. İçinde bulunduğumuz dönemde özellikle Amerika başta olmak üzere Avrupa'da birçok hekim, sosyologlarla iş birliği içerisinde çalışmaktadır. Günümüzde hastalığın yalnızca medikal nedenlerden kaynaklanmadığı aynı zamanda, hastalık üzerinde sosyal belirleyicilerinde önemli olduğu bilinen bir gerçektir. Bu durum ister istemez iki disiplini birbirine daha fazla oranda yakınlaştırmıştır. Bu yakınlaşmanın nedenlerini Coe, şu şekilde sıralamaktadır: Birinci olarak "Ölüm/hastalık oranlarındaki değişimin, tıbbın kronik hastalıklara, özellikle onların sosyo-psikolojik bileşenlerine bakmasına neden olması", ikincisi, "sosyal psikolojinin zihinsel hastalıkların sosyal sebeplerine olan vurgusu", üçüncüsü, "kamu sağlığı hizmetlerinin gelişmesi", dördüncü olarak, "sağlık hizmetlerinin odağı olarak genel hastanelerin toplumsal sağlık hizmeti veren bir yer olarak ortaya çıkması" ve son olarak da "sosyolojinin olgunlaşıp gelişmesiyle kuramsal ve metodolojik olarak ilgisinin tıp alanına hazır hale gelip genişlemesi" (Coe, 1978: 27'den Akt.: Aytaç ve Kurttaş, 2015: 242).

4.2. Türkiye'de Sağlık Sosyolojisinin Gelişimi

Dünya'daki gelişimine paralel olarak Osmanlı İmparatorluğu'nun içinde bulunduğu kötü gidişe bir çare bulma amacıyla ortaya çına Türk sosyolojisinde sağlığı merkeze alan çalışmalar yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu dönemki sosyolojik çalışmaların birçoğu köy sosyolojisi, toplumsal yapı çalışmaları, toplumsal değişme, batılılaşma (Kaçmazoğlu, 2002) gibi konulardan oluşmakta olup sağlık alanı erken dönem sosyoloji çalışmalarında kendine yer bulamamıştır. Robert Straus'un tıpta sosyoloji ve tıbbî sosyoloji ayrımı burada da söz konusudur. Tezcan'ın listesinde yer alan çalışmalar çoğunlukla tıpçılar tarafından ortaya konur. Hamdi Dilevurgun, Rasim Adasal, Nusret Fişek gibi tıpçılar bu isimlerden birkaçını oluşturur (Öz, 2015: 45-46). Tıpçılar tarafından ortaya konan söz konusu yayınlar göz önüne alındığında, Batı'dakine benzer bir şekilde Türk sağlık sosyolojisinin bu dönemdeki önde gelen ilgi alanının akıl sağlığı olduğu görülür.

Türkiye’de sağlık sosyolojisi açısından ilk önemli çalışmayı Orhan Türkdoğan gerçekleştirebilir. Türkdoğan’ın alanla ilgisi 1960’lı yıllara dayanır. 1964-1965 yıllarında doçentlik tezini hazırlamak için gittiği Erzurum’un Ilıca kasabasının 37 köyünde sağlık ve hastalık sistemine ilişkin bir araştırma yapar (Türkdoğan, 1991). Türkdoğan, bu araştırmayı “Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi” başlığıyla 1967 yılında savunur, araştırma 1972’de Atatürk Üniversitesi tarafından yayınlanır. Türkdoğan, anılan araştırmasında Ilıca bölgesinde kültür bağlamında halkın modern ve geleneksel tıbbı, doktorlara, hastanelere yönelik tutumlarını, sağlık ve hastalık algılarını, değer yargılarını, inanç biçimlerini ele alır. Alan araştırmasına dayalı bu çalışmada Türkdoğan, bölgede kültürel normların sağlık-hastalık davranışları üzerindeki etkisini gözlem ve kanaatleriyle anlatır. Bu eserin kavramsal çerçevesinde Parsons ve Merton’un etkisi hissedilir. Örneğin Parsons’ın ‘sosyal sistem’ anlayışının izdüşümü, Türkdoğan’ın sağlığın ve hastalığın neden bir sosyal sistem olarak değerlendirilmesi gerektiğini anlattığı bölümde görülür. Türkdoğan’ın bahsedilen çalışması Türkiye’de sağlık sosyolojisini tanıtıcı, öncü bir çalışma niteliğindedir (Güven, 2014: 132-133).

Türkdoğan’ın sağlık sosyolojisine ilişkin bir başka çalışması “Medikal Sosyoloji, Saha ve Problemleri” adlı makalesidir (Türkdoğan, 1965: 45-56). 1965 yılında yayımlanan makale, Türkdoğan’ın doçentlik tezi için yaptığı çalışmaların bir uzantısıdır. Bu çalışmasında Türkdoğan, her toplumun sağlık-hastalık oryantasyonuna sahip olduğunu, o nedenle sağlık-hastalık algısının sosyal sistemin bir parçası olarak incelenmesi gerektiğini belirtir. Aynı zamanda Türkdoğan, sağlık-hastalık olgusunun kabullere göre toplumdan topluma değiştiğine dikkat çeker (Güven, 2014: 133).

1970’lere gelindiğinde sağlık sosyolojisi alanında kayda değer herhangi bir çalışma ortaya konmazken 1982 yılında Aytül Kasapoğlu, “Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri” adlı doktora tezinde koruyucu hekimlik hizmetlerini merkeze alarak, hekim, sağlık personeli, hasta ilişkilerini analiz eder (Kasapoğlu, 1982). Çalışmanın çıkış noktası güç kavramıdır. Kasapoğlu, gücü “bir insanın diğer bir insan üzerinde uyguladığı etki” olarak tanımlar. Bu çalışmasıyla hekimlerin sahip olduğu rollerle sağlık kurumlarında ve toplum üzerindeki etkisini, gücünü analiz etmeyi amaçlar. Kasapoğlu da 1985-1986 yıllarında bu anlayış uyarınca tıp eğitimi üzerine çalışır. Diğer bir çalışması “Tıp Eğitimi: Uygulamalı Sosyolojik Bir Çalışma” adıyla 1992 yılında yayımlanır (Kasapoğlu, 1992). Kasapoğlu çalışmasında tıp eğitimini ve sosyal bir sistem olarak nitelediği tıp fakültelerini incelemektedir.

Sosyolog olmamasına rağmen sağlık sosyolojisi alanına çok ciddi katkılar sağlayan Nusret Fişek, alandaki en önemli eseri "Halk Sağlığına Giriş" adlı çalışmasında, sağlık ve hastalık kavramlarını Dünya Sağlık Örgütüne atıfta bulunarak "sağlık sadece hastalık ya da sakatlık olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir" (Akt.: Cirhinlioğlu, 2010: 14) şeklinde tanımlamaktadır. Hastalık ise "doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı haldir" (Akt.: Cirhinlioğlu, 2010: 14). Fişek, hastalık ve sağlık kavramlarının tanımlanmasına kültürel ve sosyal boyutu da ekleyerek ciddi katkılar sağlamıştır. Ayrıca Fişek; "dil, din, mezhep, soy, cinsiyet, siyasal düşünce, felsefi inanç ayrımı gözetmeksizin herkese nitelikli sağlık hizmeti" anlayışının yansıması olan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un mimarı olmuştur. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı bu yasa, sağlık yönetimi ve toplum katılımı açısından son derece ileri bir konumdadır.

1989'da Bahattin Akşit ve Belma Akşit'in "Bebek ve Çocuk Ölümünün Sosyokültürel Belirleyicileri" (Akşit ve Akşit, 1989) adlı çalışması yayımlanır. Bunu UNICEF'in desteğinde yayımlanan "Temel Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı: Antalya'nın Bir Gecekondu Bölgesinde Hızlı Antropolojik Bir Araştırma" (1994) adlı çalışma takip eder. Son olarak 1997'de "Mother's Education, Differential Child Valuation and Infant/Child Mortality: A Review Of Literature And Conceptual Debates" (Akşit ve Akşit 1997) adlı çalışma yayımlanır.

Sağlık sosyolojisi alanında önemli bir çalışma da ülkemizin üretken sosyologlarından Sezgin Kızılçelik'e ait "Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi" adlı doktora tezidir. Makro-sosyolojik bir bakış açısına sahip olan Kızılçelik'in çalışması, kuram olarak Parsons'ın geliştirdiği genel sistem teorisine dayanır. Bu noktada çalışmasında bir alt sistem olarak sağlığı ele alan Kızılçelik, uygulamalı bir sosyolojik çözümleme sunar. Daha sonra kitaplaştırılan bu çalışmada Kızılçelik sağlığı, sağlık sosyolojisi bağlamında değerlendirir ve sağlık sosyolojisini tanıtmayı hedeflediğini belirtir. Kızılçelik, Ankara ve Ankara'da bulunan Lalahan kasabasının sağlık sistemlerini karşılaştırarak, araştırmanın kuramsal çerçevesini kır-kent ikiliğinden yola çıkarak kurar. Kuramsal çerçevede sağlık sistemi, sağlık bakımı, sağlık-hastalık, modern tıp, geleneksel tıp ve geleneksel iyileştirici gibi sınıflamalar yapar. Böylece kırdaki ve kentte sağlık sisteminin yapısını ve işleyişini çözümleyerek, sağlık sistemlerinin birbirinden farklılığını ortaya koymaya çalışır (Kızılçelik, 1995; Kızılçelik, 1996).

2001 yılı içerisinde yayımlanan diğer bir çalışma ise sosyolog Zafer Cirhinlioğlu'nun "Sağlık Sosyolojisi" isimli ders kitabıdır. Söz konusu çalışma, uzunca bir

süre alanındaki tek ders kitabı olur. Cirhinlioğlu bu çalışmasında sağlık sosyolojisinin temel kavramları, sağlık ve hastalık olgusu, hastalık olgusuna bakış, sağlık-hastalık ve toplum, hastalık olgusunun kültürel, ekonomik ve siyasal süreçlerle ilişkisi, hasta-hekim-hastane ilişkileri, postmodernizm ve sağlık, insan bedenine bakış, Türkiye’de sağlık sistemi ve sorunları gibi konulara değinir. Cirhinlioğlu, çalışmasında sağlık sistemine ilişkin çeşitli önerilerde de bulunur (Cirhinlioğlu, 2010). Nurşen Adak (2002)’ın “Sağlık Sosyolojisi- Kadın ve Kentleşme” adlı sonradan kitaplaştırdığı doktora tezinde genel olarak hastalık-sağlık kavramları, sağlığı ele alan sosyoloji kuramları, kadın sağlığını etkileyen faktörlere değinerek uygulamalı bir çalışma yapmıştır. Yine Burhan Baloğlu (2006)’nın “Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık” ve Özgür Sarı ve Kadir Gökhan Atıl-gan (2012)’ın birlikte kaleme aldıkları “Sağlık Sosyolojisi- Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar” isimli çalışmalar da literatüre eklenen diğer ders kitaplarıdır.

Aylin Görgün Baran, Nilüfer Özcan Demir ve Demet Ulusoy (2004)’un “A Sociological Analysis on Eating Disorders Among Anorexia and Bulimia Nervosia Patients and Primary School and University Students as Risk Groups in Turkey III: Media” adlı farklı bir konuyu ele aldıkları çalışmalarında beden bir tüketim nesnesi haline gelmesine ve medyanın toplumdaki ideolojik işlevine dikkat çekerler. Bu bağlamda anoreksiya ve bulimia nervoza gibi hastalıkların ortaya çıkma sürecinde medyanın etkisini araştırırlar. Böylece medyada yer alan mesajların ergenlik ve gençlik dönemindeki öğrenciler üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçlarlar (Güven, 2014: 138).

2008’de Aytül Kasapoğlu’nun editörlüğünde “Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık” (Kasapoğlu, 2008) adlı çalışma yayımlanır. Kanser, AIDS, diyabet, Hepatit C, böbrek yetmezliği, MS, kronik bronşit ve astım gibi kronik hastalıkların yanı sıra menopoz ve hamilelik dönemine ilişkin uygulamalı çalışmaları içeren kitap, biyo-psiko-sosyal yaklaşım eşliğinde Aktör İlişkiler Ağı Kuramına dayanır. Derinlemesine mülâkatlarla toplanan veriler ise hastalardan, hastalıkları ve kendileriyle ilgili istenen çizimlerle görsel bir sosyoloji denemesine dönüşür.

Sağlık Sosyolojisinin gelişimini etkileyen faktörler şöyle sıralanabilir (Özen, 1993: 76-78):

- Fransız İhtilali ile Sanayi Devrimi genel olarak sosyolojinin ortaya çıkışında, özel olarak ise sağlık-toplum ilişkisinin kurulmasında etkili olmuştur.

- Hastalı ve sağlık kavramlarının mevcut toplumsal yapıdan bağımsız olmayıp, o yapı ile yakın ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Hasta ya da sağlıklı bireyin toplumun üyesi olması nedeniyle o toplumun kültüründen hastalığın ya da sağlığın etkileniyor olması.
- Hekimlerin hastalarla olan iletişimde ve hastalığa karşı olan tutumlarında zamanla değişimlerin meydana gelmesi ve hastanın bulunduğu sosyo-kültürel çevrenin hastalığın ortaya çıkışında ve tedavisinde önemli rol oynadığının anlaşılması.
- Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı biyolojik ve medikal bir durum olarak görmeyip aynı zamanda sosyal bir olgu olarak tanımlaması ve toplumsal yapıda var olan tüm olguların sağlık üzerine olan etkisinin yapılan tanımlamada kabul görmesi.
- Hastalıkların dağılımını inceleyen epidemiyoloji alanında yaşanan gelişmeler, sağlık sosyolojisinin bağımsız bir disiplin haline gelmesine etkisi olmuştur.
- Hastalıkların nedenlerini araştıran etiyoloji alanında yaşanan gelişmelerin hastalık nedeni olarak yalnızca biyolojik yapı ya da virüsler değil aynı zamanda hastalığa neden olan sosyal belirleyicileri de göz önüne alması.
- Toplumsal değişme ve dönüşüm sonucu meydana gelen ölümlülük örüntüsündeki değişim sosyoloji-sağlık arasındaki ilişkiyi güçlendirmiştir.
- Koruyucu tıp ve halk sağlığı alanında yaşanan gelişmeler.

5. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları: Hastalık ve Sağlık

Sağlık sosyolojisi öncelikli olarak sağlık ve hastalık kavramları üzerinde durmaktadır. Bu iki kavram statik olmayan zamana ve uzama göre sürekli değişim içerisindedir. Bir toplumdaki sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve teknolojik değişimler ister istemez sağlık ve hastalık durumlarını da etkilemektedir. Sağlık ve hastalık denilince ilk olarak akla tıp gelmekte olup, hekim, hemşire, ilaç, reçete, ameliyat gibi kavramları çağrıştırmaktadır. Fakat içinde bulunduğumuz toplum aşamasında hastalık ve sağlık kavramlarının toplumun kültürel yapısından bağımsız düşünölemeyeceği net bir biçimde anlaşılmıştır.

Bu iki kavram çiftini tanımlamak değişken olduklarından ötürü oldukça zor bir iştir. Buna rağmen sağlık ve hastalık kavramının birçok tanımlaması yapılmıştır. Coser ve arkadaşlarına göre, "Özgürlük, barış ve diğer ideal durumlar gibi sağlık da tanımlanması güç bir kavramdır. Biz sağlığı hem negatif anlamda hastalığın

yokluğu hem de pozitif anlamda ruhsal, fiziksel ve toplumsal iyi olma durumu olarak düşünebiliriz.” (Kızılçelik, 1995: 63). Coser ve arkadaşları tarafından yapılan tanımlamanın bir benzeri de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Örgüt sağlığı 1948 yılında, “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (DSÖ, 2014: 1), şeklinde tanımlamıştır. Bu tanıma göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve bir-biriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Ancak tanımda “iyilik” kavramının ve “tam”ın açıklanmasının güçlüğü söz konusudur. İfade edilen iyilik halinin nasıl ve ne şekilde olacağı açıklığa kavuşmadığı için eleştiri konusu haline gelmektedir. Çünkü sağlık nasıl ki toplumdan topluma, zamandan zamana değişiyor ise, aynı şekilde “tam iyilik” hali de değişken bir kavramdır. Tüm bunlara rağmen tanımda “sosyal iyilik” kavramının yer alması önemli bir gelişme olarak görülmektedir (Biçer ve Sarıçoban, 2019: 54).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından tek tip sağlık yaklaşımına cevap Capra (1992: 368)’dan gelmektedir: “sağlık tam iyi olma halinin statik bir durumu olarak tasvir edilirken, çoğu tanımlara göre sağlığa sistemler açısından yaklaşma, organizmanın çevrenin meydan okumalarına yaratıcı cevabını yansıtan sürekli etkinlik ve değişmeyi ifade eder. Mademki, bir kişinin durumu daima önemli ölçüde doğal ve toplumsal çevreye dayalıdır, öyleyse bu çevreden bağımsız hiçbir mutlak sağlık düzeyi mevcut değildir.” Buradan hareketle Capra, sağlık alanında kabul gören bir tanımlama yapmaktadır. Sağlık kavramı, “tıpkı hayat kavramı gibi kesin biçimde tanımlanamaz ve gerçekte her ikisi de birbiriyle çok yakından ilişkilidir. Sağlık, bir insanın canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakışına bağlıdır. Bu bakış bir kültürden diğerine, bir çağdan öbürüne değiştikçe, sağlık anlayışları da değişir. Kültürel dönüşümümüzün muhtaç olduğu geniş kapsamlı sağlık kavramı -bireysel, toplumsal ve ekolojik boyutları kucaklayan bir kavramdır bu- canlı organizmalara ilişkin bir sistemler görüşünü ve ona tekabül eden bir sağlık sistemleri anlayışını öngörür” (Capra, 1992: 136).

Bir başka sağlık tanımlamasını işlevselci sosyoloji geleneğinin önemli ismi ve sağlık sosyolojisinin kuramsal zemine oturmasında büyük katkısı olan Parsons yapmaktadır. Parsons (1951: 445)’a göre sağlık “bireylerin toplumsal yaşam içinde belli rol ve sorumluluklarını yerine getirebilme durumudur. Birey rol ve sorumluluklarını tam olarak yapabiliyorsa sağlıklı” demektir. Parsons’un yapmış olduğu tanımlama bir anlamda işlevselcilik temelli olup, sağlık olma ya da olmama durumu bireyin toplumsal sistem içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirip ge-

tirmemesine bağlanmıştır. Buna göre birey toplumun uyumu, ahengi ya da düzeni için rol ve sorumluluklarını eksiksiz bir biçimde yerine getiriyorsa sağlıklı olarak ifade edilmektedir.

Sağlığın farklı tanımlamaları ve farklı algılanışı bu konuda bazı sınıflandırmaların yapılmasına yol açmıştır. James S. Larson, sağlığa ilişkin temel yaklaşımları dört model içinde ele almıştır (Erbaydar, 2001:50-52):

Tıbbî (Medikal) Model: Tıp araştırmalarında en çok kullanılan ve klinik pratikte geçerli olan yaklaşımdır. Buna göre hastalıklara iç ve dış etkenler neden olur. Bu etkenler sağlıklı yapıyı etkileyerek onun normal işlevlerini bozar. Doktorun görevi buna neden olan etkenleri bularak müdahale etmektir. Sağlıklı olmak hastalığın bulunmaması anlamına gelir.

Dünya Sağlık Örgütü Modeli: WHO'nun tanımı sağlık kavramını genişleten bir tanımdır ve tıbbın yeri tartışılmamak kaydı ile diğer disiplinlerinde sağlıkla ilişkilendirilmesini getirmektedir. Böylece sosyal yapı sağlığı etkileyen bir konu haline gelmiştir.

İyilik Hali: Buradaki kastedilen iyilik hali WHO'nun tanımından farklıdır. Sağlık, zihinsel ve bedensel olarak hastalıklarla baş etme kapasitesi anlamına gelmektedir. Öznel algılamanın, gayretin, dini inançların, telkinin, zihinle beden arasındaki bağın önemine işaret etmektedir.

Çevresel Uyulmama: Bu model tıbbî model farklı olmayıp onun içinde yer almaktadır. Tıbbî modeli sınırları içinde patoloji biliminin konusu hastalıklar, fizyoloji biliminin konusu da uyumlama mekânizmalarıdır. Bu teoriye göre sağlık, bireyin fiziksel ve sosyal çevreye uyumlama kapasitesi ile bağıntılıdır. Eğer birey koşullara iyi uyumlanabiliyorsa sağlıklıdır.

Ayrıca sağlık "negatif olarak bir hastalığın olmaması durumunu, işlevsel olarak, günlük aktivitelerin üstesinden gelebilme durumunu ve pozitif olarak ise sağlıklı ve iyi durumda olma durumunu" (Cırhinlioğlu, 2014: 22) ifade etmektedir.

Tüm bu tanımlamalardan hareketle Kızılçelik (1995: 64) sağlığı, "yalnızca belirli bir toplumdaki fertlerin hastalık, sakatlık ve rahatsızlığının olmayışı değil, aynı zamanda, o toplumdaki fertlerin, akılsal, ruhsal, fiziksel, ekolojik, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal bakımdan tam bir huzur, harmoni, denge, uyum ve iyilik içinde bulunma durumu" olarak tanımlamaktadır.

Sağlık-hastalık ikilisinin bir diğeri olan hastalık kavramı ise tıp alanında "doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durum" (Bodur, 1991: 838) olarak tanımlanmaktadır. Yapılan tanım-

lama aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün de kabul ettiği tanımlamadır (Kızılcık, 1995: 65). Tıp alanında yapılan tanımlamaya karşı bir tanımlama Konfüçyusçuluk öğretisinden gelmektedir. Konfüçyusçuluğa göre hastalık "toplumun kurallarına ve adetlerine uymamaktan kaynaklanabilirdi, fakat bir bireyin, sağlığını kazanmasının tek yolu, kendisini mevcut toplumsal düzene uyacak şekilde değiştirmek" (Capra, 1992: 364)tir. Bu düşünce sisteminde hastalık bireysel ve toplumsal düzeyde uyumsuzluk olarak görülmektedir.

Çin geleneği içinde hastalığın bireysel ve toplumsal düzeyde uyumsuzluk olarak algılanması düşüncesi Parsons'un hastalık kavramına bakış açısıyla uyum içindedir. Parsons genel olarak toplumsal sisteme önem vermekte, hastalık kavramına bakışı ise sosyal sistemdeki düzeni sekteye uğratan bir olgudur. Parsons (1951: 446)'a göre hastalık "biyolojik bir sistem olan insanın durumu ile ferdi ve toplumsal uyumunu sağlayan fonksiyonun bozulması durumuna denir." Parsons ve diğer işlevselci sosyologlara göre, toplumun üyelerinin toplumsal rollerini yerine getirebilmeleri için iyi sağlığa sahip olmaları gerekir. Hastalık bireyin sahip olduğu rolleri yerine getirmesine engel olan bir durum olarak görülür. Parsons'un hastalığa bakışı, toplumsal sistemin uyumu, ahengi ve dengesiyle ilgilidir. Nasıl ki, insan organizmasının işlevini yerine getirebilmesi organizmayı meydana getiren organların işlevlerini yerine getirmesine bağlıysa, aynı biçimde toplumsal düzenin devam etmesi de bireylerin rollerini eksiksiz bir biçimde yerine getirmesine bağlıdır.

Parsons'a göre bir sosyal sistem içinde hastanın dört temel rolü vardır (Parsons, 1951: 449-452):

- Hasta kişi her zaman yerine getirdiği rollerini yerine getiremeyebilir. Böylece hasta kişi sosyal rollerinden muaftır.
- Kişi hastalığı boyunca normal sorumluluklarından yoksundur.
- Çünkü hastalık istenmeyen bir durum olup, hasta, hekimlerden yardım almayı araştırmaya zorunludur.
- Hasta iyileşmek için hekimlerin bilgilerini izlemek zorundadır.

Her toplum, sağlık ve hastalık olgularını kendi değerler sistemi içinde belirler. Buradan hareketle hastalık kavramı her toplumda farklı biçimde anlaşılmaktadır. Locker'a göre hastalık kavramı tarihsel süreç içerisinde birkaç aşamadan geçerek bugünkü anlamına ulaşmıştır. Modern öncesi toplumlarda hastalık, ruhsal ve mekânîk güçlerin bir ürünü olarak, Tanrı'nın bir laneti, vücuda giren bir şeytan olarak kabul edilirken, içinde bulunduğumuz dönemde kişinin hayatını devam

ettirme yeteneğini azaltan bir olgu olarak görülmektedir. Locker hastalığın kavranmasında Descartes'in Kartezyen düşüncesinin oldukça önemli olduğunu belirtmektedir. Kartezyen düşüncesinden sonra ruh ve beden birbirinden bağımsız kavramlar olarak ele alınmıştır (Cirhinlioğlu, 2014: 23). "Kartezyenci düşünceden etkilenen sosyoloji kuramları sayesinde, toplumsal ve kültürel olaylarda olduğu gibi tıpta da beden ve ruh ayrımı kabul edilmiş, bedene ilişkin pozitivist bir anlayış yaygınlaşmaya başlamıştır. 19. yy birlikte beden üzerinde insan tasarrufu yasallaşırken, tıp sadece vücudun fiziksel yanı ile ilgilenmeye başlamıştır" (Balıoğlu, 2006: 17). Beden ruhtan ayrı olarak kendi kuralları olan bir bütün olarak düşünölmeye başlanmıştır. Bunun sonucunda 19. yy'ın ikinci yarısında mikropların hastalıklara neden olduğu keşfedilmiştir. Daha sonra tek mikroplu açıklamalardan (tek nedenli açıklama) çok faktörlü açıklamalara geçilmiş, örneğin "bulaşıcı hastalıklar üçgeni" yaklaşımıyla hastalık bir mikrop, bir taşıyıcı ve çevre bağlamında ele alınıp hastalıklar tedavi edilebilir olduğu kadar önlenabilir hale de gelmiştir. Ancak sadece bulaşıcı hastalıkları açıklayan bu yaklaşım, kronik hastalıklar söz konusu olduğunda yetersiz kalmış ve daha kapsayıcı bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşıma göre hastalıklar biyolojik olduğu kadar toplumsal ve psikolojik etkenlere de bağlıdır. Ancak bu yaklaşımda neden bazı toplumsal grupların diğerlerine oranla hastalıklara ve ölümlere duyarlı olduğunu açıklayamamıştır. Bu eksiklik ise "genel hassasiyet kuramları" yaklaşımı ile aşılmış, hastalıklarda bireylerin içinde bulunduğu sınıfsal koşullar, yaşadığı mahalle, gelir düzeyi, eğitim, meslek, sosyal bütünleşme, toplumsal destek, medenî hal vb. faktörlerin çok etkili olduğu ortaya konmuştur (Cirhinlioğlu, 2014: 24).

Sosyolojik olarak da hastalık, sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle şekillenen bir durumdur. Bu bağlamda hastalığın evrensel; hastalığın algılanışı, hastalığa tepkiler ve tutumların kültürel olduğu söylenebilir (Özen, 1994: 140). Ancak en genel anlamıyla hastalık arzu edilmeyen bir durumdur ve genellikle normal fonksiyonlardan bazı sapmalara atıfta bulunularak açıklanır. Çünkü hastalık kişinin rahatını bozar ya da bireylerin gelecekteki sağlık durumuna ters etki eder (Mechanic, 1978: 25).

Hastalık konusundaki genel sosyolojik görüşün çoğu Friedson'un hastalık ve rahatsızlık arasındaki farka ilişkin görüşlerine dayanmaktadır. Hastalık insan bilgisi ve değerlendirmesinden ayrı olarak var olan biyofiziksel bir durumken, rahatsızlık sosyal bir durum olarak insan bilgisi ve değerlendirilmesi ile şekillenir ve yaratılır (Kurttaş, 2013: 29-30). Bu ayrım hastalık kavramını tıbbın tekelinden çıkarıp ona toplumsal, kültürel ve bireysel bir boyut katmıştır. Bu bağlamda hastalık iki farklı anlam içerir. Birincisi, medikal açıdan hastalık: Bu durumda hastalık belirli işaret

ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliktir ve doktorun bakış açısına bağlıdır. Son olarak da toplumsal-kültürel içerikli olan ve birey açısından hastalık: Sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarını öznel deneyim içinde bireyce algılanması ve değerlendirilmesidir. Buna göre doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu toplumsal ve kültürel açıdan rahatsızlık, doktordan eve giderken bireyin saptanan rahatsızlık durumu medikal açıdan hastalıktır (Os-kay, 1993: 97-99).

Hastalık kavramı genel olarak kişiye rahatsızlık veren ve klinik olarak varlığı bili-nip, tanımlanan durumlara işaret eder. Örneğin, kansızlık, tüberküloz ve kanser gibi. Ancak kavram benzer şekilde, temel kaynak problemi daha belirsiz durum-lar için de kullanılır. Örneğin, nevrozlar, alkolizm, şizofreni ve obezite gibi. Bunun yanında hastalık kavramına suç, intihar, politik sapma ve yasadışı gibi bazı du-rumları tanımlamada da başvurulmaktadır. Bu durumda kavram açıkça formüle edilemeyen bir hale gelmektedir (Mechanic, 1978: 25). Hastalık kavramının bu şekilde çok boyutlu olarak ele alınmasında hızla değişen toplum yapısının da etkisi büyüktür. Hastalık kalıpları ve hastalık anlayışı modern toplumlarda değiş-mektedir. Bir zamanlar bireyler akut, bulaşıcı hastalıklardan ölmekteyken, sana-yileşmiş toplumlarda insanlar daha uzun yaşamakta ve kronik hastalıklardan daha çok çekmektedirler (Giddens, 2005: 160). Modern toplumlarda ortaya çıkan toplumsal değişimlere bağlı olarak hastalık kavramında ve hastalığın algılanı-şında ortaya çıkan değişimler şu şekilde özetlenebilir (Kurttaş, 2013: 30):

- Hastalık kalıplarında ortaya çıkan değişiklikler ve kronik hastalıkların gö-reli artması,
- Hastalıktan ziyade sağlıklı olmaya yönelme,
- Modern toplumların yapısında toplumsal ve ekonomik değişiklikler,
- Toplum ve bireyle ilgili profesyonel otorite ve buna ilişkin anahtar sü-reçlerin değişmesi,
- Medikal sosyolojideki değişimler ve feminizm ve postmodernizm gibi yeni anlayışların eskileriyle yer değiştirmeye başlaması.

Hastalık ve sağlık kavramı üzerinde etkili olan birçok sosyal belirleyici bulunmak-tadır. Hastalık ve sağlık kavramları fiziksel olduğu kadar, sosyo-kültürel ve eko-nomik çevrenin de ürünüdür. Bu nedenle sağlık ve hastalık üzerinde, kültür, cin-siyet, ekonomi, eğitim, toplumsal cinsiyet, ülkelerin gelişmişlik düzeyi, gibi birçok faktör etkili olabilmektedir. Örneğin kişinin sahip olduğu cinsiyet onun sağlıklı ya da hasta olma durumu üzerinde etkili olabilmektedir. Diğer taraftan bireylerin içinde yaşadıkları kültür sağlık durumuna ilişkin olarak, kimi zaman olumlu yönde

katkıları yapmakta, kimi zaman da engeller koymaktadır. Örneğin geçmiş toplumlarda şişmanlık bir sağlık göstergesi olarak görülüp ve istenilir bir durumken, günümüzde şişmanlığın pek çok hastalığı beraberinde getirdiği ortaya çıkmış ve bu nedenle obezite sağlıksızlığın bir göstergesi konumuna gelmiştir.

Sağlık ve hastalık kültürel yapıdan etkilendiği gibi toplumsal değişim süreçlerinden de etkilenmektedir. Bu konuyla ilgili olarak Fransız sosyolog Durkheim'in ve Marks'ın görüşlerini örnek olarak gösterebiliriz. Durkheim, intiharları konu edindiği çalışmasında, intiharların nedeni olarak sanayileşme sürecini ve bunun yarattığı toplumsal bunalımları göstermiştir. Ona göre intiharların nedeni sadece bireysel değil, aynı zamanda toplumsaldır. Bu konuyla ilgili olarak bir diğer örnekte de Marks'ın yabancılaşma kuramıdır. Bu kurama göre sanayileşme süreci ile birey kendisine, topluma ve doğaya uzaklaşmış ve yabancılaşmıştır. İnsanların kendisinden ve doğadan uzaklaşması ise sağlık durumlarını kötü yönde etkilemiştir.

Diğer taraftan ülkelerin gelişmişlik düzeyi de hastalık sağlık kavramları üzerinde etkilidir. Geri kalmış ülkelerde bulaşıcı hastalıkların varlığı devam ederken, gelişmiş ülkelerde bunun yerini kronik rahatsızlıklar almıştır. Örneğin obezite rahatsızlığı genel olarak gelişmiş ülkelerde görülürken buna paralel olarak geri kalmış ülkelerde ise hâlâ sıtma hastalığı varlığını sürdürmektedir.

Kaynakça

- Adak, N. Ö. (2002). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, İstanbul: Birey.
- Akşit, B. ve Akşit, B. (1989). Socio-cultural determinants of infant and child mortality, *Social Sciences and Medicine*, vol.28, No.6, p. 571-579.
- Akşit, B. ve Akşit, B. (1994). *Community participation in primary health care: an anthropological research in a squatter housing district of Antalya*. Ankara: UNICEF.
- Akşit, B. ve Akşit, B. (1997). Mother's education, differential child valuation and infant/child mortality: A review of literature and conceptual debates, Ed.: L. Visaria, J. Simons ve P. Berman, *Maternal Education and Child Survival*, Delhi: Vikas Publishing House PVT LTD.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, Ç. M. (2015). Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 25 (1), s. 231-250.
- Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. İstanbul: Der Yayıncılık.
- Baran, A. G., Demir, N., Ö. ve Ulusoy, D. (2004). A sociological analysis on eating disorders among anorexia and bulimia nevrosia patients and primary school and university students as risk groups in Turkey III: media, *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt: 21, Sayı: 2, s. 31-42.
- Biçer, E. B. ve Sarıçoban, S. (2019). Sosyal Sorun Alanı Olarak Sağlık, Editör: Yılmaz Daşlı, *Sosyal Sorunlarda Güncel Tartışmalar*, (iç. s. 51-72), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Blackwell, E., (1902). *Essays in Medical Sociology*. Volume I-2, London: Ernest Bell.
- Capra, F. (1992). *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*, Çeviren: Mustafa Armağan, İstanbul: İnsan Yayınları.
- Cirhinlioğlu, Z. (2014). *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel.
- Coe, R. M. (1978). *Sociology of Medicine*, Second Edition, McGraw-HillBookCompany.
- Durkheim, E. (2002). *İntihar: Toplumbilimsel İnceleme*, Çeviren: Özer Ozankaya, İstanbul: Cem Yayınevi.
- Engels, F. (2013). *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*, Çeviren: Oktay Emre, İstanbul: Ayrintı Yayınları.
- Erbaydar, T. (2001). Sağlık: Kimin İçin?, *Toplumbilim: Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, Sayı:13, İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Giddens, A. (2005). *Sosyoloji*, Yayına Hazırlayan: Cemal Güzel, Ankara: Ayraç Yayınevi.
- Güven, S. (2014). Türkiye'de sağlık sosyolojisi çalışmaları, *Sosyoloji Dergisi*, 3. Dizi, 29. Sayı, 2014/2, s.127-153.

- Kaçmazoğlu, H. B. (2002). *Türk Sosyoloji Tarihi Üzerine Araştırmalar: Öncüleri ve Temelleri Çerçevesinde Yaklaşımlar*, İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Kasapoğlu, A. (1982). *Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kasapoğlu, M. A. (1992). *Tıp eğitimi: uygulamalı sosyolojik bir araştırma*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Kasapoğlu, M. A. (1999). *Sağlık sosyolojisi: Türkiye'den araştırmalar*. Ankara: Sosyoloji Derneği.
- Kasapoğlu, A. (2008). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık Ve Sağlık*, Ankara: Phoenix Yayınları.
- Kızılcıkelik, S. (1995). *Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kızılcıkelik, S. (1996). *Türkiye'nin Sağlık Sistemi: Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*. İzmir: Saray Kitabevi.
- Kurtdaş, M. Z. (2013). *Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi: Malatya Örneği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Elâzığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- McIntire, C. (1894). The importance of the study of medical sociology. *Bulletin of the American Academy of Medicine*, No:19-February, s. 425-434.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*, New York: The Free Press.
- Oskay, Ü. (1993). Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, s. 89-140.
- Öz, İ. (2015). *Sağlığın Mcdonaldlaştırılması: Türkiye'de Sağlık Alanında Yapılan Düzenlemeler Bağlamında Bir İnceleme*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özen, S. (1993). Sosyolojide bir alan: sağlık sosyolojisi ve sağlık-toplumsal yapı ilişkileri, *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Dergisi*, Sayı: 4, s. 73-85.
- Özen, S. (1994). Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:5, s. 133-145.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 21(3), p. 452-460.
- Sarı, Ö., Atılğan, G. K. (2012). *Sağlık Sosyolojisi: Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar*. Konya: Karatay Yayıncılık.
- Straus, R. (1957). The nature and status of medical sociology. *American Sociological Review*, Vol. 22/2, p. 200-204.

Türkdoğan, O. (1965). Türk köy sosyolojisine yardımcı olması bakımından, medikal sosyoloji, saha ve problemleri. *Sosyoloji Konferansları Dergisi*, Sayı:6, s. 45-59.

Türkdoğan, O. (1991). *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi, Doğu'da Bir Kasabanın Tıbbî Sosyoloji Açısından İncelemesi*. İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.

Warbasse, J. P. (1909). *Medical Sociology*. New York: D. Appleton.



SOSYOLOJİK KURAMLARDA SAĞLIK

Mehmet KOCA*

1. Giriş

Gündelik yaşamda "Her şeyin başı sağlıktır." söylemi, herhangi bir epistemolojik temele dayanmış olmasa da ontolojik bir gerçekliğe yaslanmaktadır. Özellikle sağlık kavramının dikotomik bir şekilde hastalık kavramına da göndermede bulunması, bu söylemin toplumsal alandaki yansımasının, "yaşamın tıbbileştirilmesi" şeklinde karşılık bulmasına neden olmuştur. Bu da yaşamla doğrudan bağlantısı olan sosyolojinin, daha fazla sağlık olgusuna yönelmesine ve bu olgunun tüm yönleri ile irdelenmesine yol açmıştır. Çünkü sağlıklı olmak bedendeki düzenliliğin, hasta olmak da bedeninin düzensizliğinin çok daha ötesinde, toplumdaki düzen ya da düzensizliklerle de ilişkili olabilmektedir. Diğer bir ifade ile bireyin sağlıklı ya da hastalıklı olma durumunu, yalnızca biyolojik bir organizmada meydana gelen sorunlar olarak görmek ve bunu bireye bağlamak artık tek başına yeterli değildir.

Bireyin biyolojik ve fizyolojik davranışlarının yanı sıra, sosyal ve kültürel davranışları da sağlığına etki edebilmektedir. Çünkü insan toplumsal bir varlıktır ve toplumsal yapıyı meydana getiren parçalarla etkileşim içindedir. Örneğin birey madde kullanımı yaygın bir toplumsal grup içinde yer aldığı anda sağlığını tehlikeye atabilecek davranışlar sergilemeye başlayabilir, işlemediği bir suçtan dolayı mahkûm edilip, hapse girerek psikolojisini bozabilir. Ya da büyük umutlarla başlamış olduğu ve başarı ile tamamladığı üniversite eğitimi sonrasında işsiz kalıp strese girebilir. Yeterli güvenlik önlemleri alınamayan bir iş yerinde kaza geçirip yaralanabilir. Hatta bir toplumda var olan hatalı ve yetersiz sağlık politikaları ne-

* Dr. Öğr. Üyesi, Ordu Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü.

deniyle toplumun büyük bir kesimi ile birlikte sağlığı risk altına girebilir. En nihayetinde bütün bunlardan sonra bir sağlık kuruluşuna gidip, tedavi talebinde bulunup iyileşebilir, hastalığı daha da ilerleyebilir veya hayatını kaybedebilir.

Sağlık alanında her geçen gün yaşanan hızlı bilimsel ilerlemeler ve teknolojik gelişmeler, artan ve yaygınlaşan haberleşme ağlarının da etkisiyle, sağlığı toplumsal yapının en önemli parçalarından biri haline getirmiştir. Son dönemlerde gençlik, güzellik, bakımlı olmak ve formda kalmak gibi söylemlerin artması, insan zihninde ve bedeninde karşılık bulması bireyleri sadece hastalık durumlarında değil, aynı zamanda hastalık dışı durumlarda da sağlık olgusu içine çekmiştir. Bu da toplumsal yapı içinde sağlıkla ilgili bütün aktör ve taraflara önemli roller yüklemiş, sağlıkla ilgili oluşumların etkileşim ağı genişlemiştir. Bu etkileşimin doğal bir sonucu olarak, başta ekonomik etkinlikler olmak üzere, politik uygulamalar, kültür-sanat faaliyetleri ve sosyal organizasyonlar sağlık olgusu ekseninde yeni şekiller almaya başlamıştır. Böylece sağlık ve sağlıkla ilgili etkinlikler toplumsal yapıyı meydana getiren tüm paydaşların ilgisi haline gelmiştir.

Birey ve bireyin sahip olduğu tüm benliği ile sağlık ve hastalık karşısındaki tutumu ve toplumsal yapıdaki tüm aktörlerin bu tutum karşısındaki durumu, geçte olsa sosyolojinin ilgisini çekmiş, sosyologları sağlık olgusu üzerinde çözümleme yapmaya yönlendirmiştir. Bu nedenle bu çalışmada belli başlı sosyoloji kuramlarındaki bu çözümlemeler ele alınmaya çalışılacaktır. Bunun için başta sosyoloji geleneği içinde önemi bir yere sahip olan ve sağlık sosyolojisinin oluşmasında ciddi katkıları bulunan yapısal-işlevselci kurama yer verilmiştir. Özellikle bu kuram içinde ciddi eleştirilerle karşı karşıya kalan Parsons'ın görüşlerine değinilecektir. Ardından sağlık olgusu ve bu olgu karşısındaki bireyin durumunu irdeleyen, sağlık sosyolojisine mikro bir bakış kazandıran sembolik etkileşimci kuram üzerinde durulacaktır. Daha sonra modern tıptaki gelişmelerin kapitalist düzen içindeki sorgulamasını yapan ve sosyoloji geleneği içinde çatışmacı/Marksist olarak bilinen kurama geçilecektir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin toplumsal yapının tüm alanına tesir ettiğini ileri süren ve erkek egemen sağlık vurgusu yapan feminist kuram da ele alındıktan sonra, post-modernizm ve sağlık konusu ele alınacaktır. Burada sağlık olgusu açısından önemli olduğunu düşündüğümüz Foucault ve Baudrillard'ın görüşlerine değindikten sonra, kısaca modern tıbbaya yönelik ciddi eleştirilerde bulunan Illich'in düşüncelerine yer verilecektir.

2. Yapısal-İşlevselci Kuram

İşlevselcilik, toplumsal ve kültürel olguların toplumsal-kültürel sistem içerisinde yerine getirmiş oldukları işlevlerine göre çözümlenmesidir. İşlevselcilikte toplum birbiri ile ilişkili parçaların bir araya getirdiği bir bütünlüktür ve bu parçaların her biri bütünden ayrı olarak düşünülemez. Bu bakış açısına göre, toplumu oluşturan bu parçaların herhangi birinde meydana gelen değişme diğer parçalarda da bir miktar değişmeye ve bir ölçüde de bütün olarak sistemin yeniden düzenlenmesine neden olur (Theodorson ve S-Theodorson'dan Akt. Wallace ve Wolf, 2012: 43). İşlevselciliği savunanlar paylaşılan normlara ve değerlere büyük önem verirler ve bireylerin bulundukları topluma ahlâksal açıdan bağlı olduklarını düşünürler. Onlar örtük anlaşmalara dayalı toplumsal düzen üzerine yoğunlaşırlar ve toplumsal değişimin yavaş ve düzenli bir şekilde meydana geldiği konusunda görüş birliğine varırlar (Ritzer, 2011: 97; Wallace ve Wolf, 2012: 44). Bu bakış açısına çoğu zaman yapısal-işlevselcilik de denilebilmektedir. Bunun nedeni de, "bir toplumsal sistemin ayakta kalabilmesi için, karşılanması gereken işlevsel zorunluluklar veya 'gereksinimler' (needs) ile bu gereksinimleri karşılama durumunda olan yapılar üzerinde odaklanmış olmalarıdır" (Wallace ve Wolf, 2012: 42). Sağlıkta toplumsal sistem içinde yer alan bu yapıların en önemlilerinden biridir ve yapısal işlevselciler de bu nedenle sağlık sosyolojisi altında bu olguya ilgi göstermişlerdir.

Özellikle 1940'lara kadar çok fazla çalışma alanı olarak görülmeyen sağlık sosyolojisi, 1960'lardan sonra önemli bir alan olmaya başlamıştır. 1950'li yılların başında Parsons tarafından yayınlanan 'Sosyal Sistem' adlı eser ile sağlık sosyolojisi teorik sorunlara yönelerek, akademik kimliğini bulmayı başarmıştır (Cockerham ve Ritchey: 1997: 15; Gelgeç-Bakacak, 2018: 354). Parsons bu çalışmasında, doktor ve hasta rolü ve bunlar arasındaki etkileşimi inceleyen ilk sosyolog olmuştur (Oskay, 1993: 111; Barry ve Yuill, 2002: 11).

Bir sistem kuramcısı olarak Parsons, en büyük sistemin toplum olduğunu ve bu toplumun da birey-birey ilişkisine indirgenebilecek kadar alt sistemlerden oluştuğunu ileri sürmüştür. Ona göre, her sosyal sistem birbiri içine giren ve karşılıklı etkileşimde bulunan, toplumsal rollerin meydana getirdiği görece bir denge ve uyum bütünlüğüdür. Haliyle sistemin irdelenmesinde rol, statü ve kişisel rolün beklentisi, eylem ve sistem içinde bu öğelerin karşıladığı gereksinimler yani sistemin bütünleşmesine katkıları veya fonksiyonel olma durumları temel olmaktadır. Toplum tarafından belirlenen davranış kalıpları nedeniyle, öğretmen-öğrenci, usta-çırak rolü etkileşimi örneğinde olduğu gibi rollerin yerine getirilmesi

rol beklentilerinin etkileşim sürecini içerir. Bu roller arası beklenti ve etkileşimin devamlılığı da sistemin varlığı ve devamlılığı için bir gerekliliktir. Bu nedenle Parsons, doktorun ve hastanın içinde bulunduğu rol ve statüsüne bu şekilde yaklaşır. Ona göre, hem doktorun hem de hastanın sahip olduğu bu statüleri ve bu statülere bağlı olarak gerçekleştirilen davranış kalıpları toplum tarafından belirlenmiş olup, beklentileri karşılayacak işlevler içermektedir. Böylece hastalık meydana geldiğinde, doktor ve hasta etkileşime girdiğinde, her iki tarafın toplum tarafından kendilerine verilen rolleri (doktorun doktor rolünü, hastanın hasta rolünü) karşılıklı etkileşime bağlı olarak sergilemesi beklenmektedir. Rollerin bu şekilde karşılıklı olarak yerine getirilmesi bir toplumsal sistem meydana getirir. Bu toplumsal sistemde genel sağlık sistemi içinde bir alt sistem olur (Oskay 1993: 111).

Bir alt sistem olan hastanede dengenin sağlanabilmesi ancak bireylerin bu sistem içindeki rollerini sergilemesine bağlıdır. Bu nedenle dengeyi bozacak her türlü unsur tehlikeli olarak görülür. Bireyin alışılmış ve önceden tanımlanmış rollerini hastalığını mazeret göstererek yerine getirmekten kaçınmasını önlemek sistemik bir düzenlemeyi zorunlu kılmıştır. Sosyal kontrol ajanı olarak doktor görevini yerine getirerek hasta rolüne ilişkin düzenlemeyi de başarmış olur. Diğer bir söylemle bireylerin toplumun kendilerine biçtiği rolü sergilemekten kaçınmalarını ve hastalığın toplumsal alanda yaygınlaşmasını önlemek için bireylerin sahip olduğu hasta statüsü ve rolleri doktorlar tarafından belgelendirilmesi gerekir (Gelgeç-Bakacak, 2018: 356). Bunun içinde Parsons'un doktor-hasta rol ilişkisinde ön gördüğü davranış modeli önemlidir. Çünkü bu model bir sistem olan toplumda ve bir alt sistem olan tıpta da işler ve hastalığın sistemin genel dengesini tehdit etmesinin önüne geçer.

Hem hastanın hem de doktorun belirli bir davranış sergilemesine dayanan bu modele göre hasta, her zaman yardıma ihtiyaç duyan ve eğer aile bireyleri ya da arkadaşları gibi yakın çevresinin sorunun ne olduğuna ve ne yapılması gerektiğine yönelik yeterli uzmanlıkları yoksa yardımcı olamayacakları kişidir. Doktor ise özel eğitimi ve tecrübesi olan kurumsal olarak onaylanmış statüsü ve hastaya yardım etme yetkisi bulunan kişidir. Ancak doktor meşru olarak tanımlanan bu yetkisini yardıma ihtiyaç duyulursa kullanır (Parsons: 1951: 439). Bu nedenle Parsons, hastaların ve doktorların sahip olması gereken rol ve sorumlulukları belirleyip, tanımlamaya çalışmıştır. Ona göre, hasta kişiler işleriyle ve aileleriyle olan sorumluluklarını yerine getirmekle mükellef değillerdir. Dolayısıyla hasta kişinin topluma karşı herhangi bir sorumluluğu yoktur. Ancak hasta kişi kendi kendini

iyileştiremeyeceği için, doktora başvurarak profesyonel destek almak, yardım istemek gibi bir sorumluluğu vardır ve hasta kişi ancak sağlığa kavuşma arzusu içinde olursa hoş karşılanır. Bunun için hasta mümkün oldukça çabuk iyileşme isteği içinde olmalı ve iyileşmeyi bir zorunluluk olarak görmelidir. Buna karşılık doktorda, mesleki ahlâk kuralları doğrultusunda hareket etmek, kamunun ve hastanın çıkarlarını korumak, hastalığın iyileştirilmesi için tüm bilgi ve becerilerini kullanmakla mükelleftir (Parsons, 1951; Bilton vd. 2009: 357-358; Gelgeç-Bakacak, 2018: 356; Cirhinlioğlu, 2017: 54-55). Buradaki en önemli ayrıntı, hasta rolünün toplumda her zaman sergilenmesi gereken bir rol olmaktan ziyade, geçici rol olma niteliği taşımasıdır. Ancak bu durum herkesin hayatının belirli bir kısmında bu rolü oynamak zorunda kaldığını ve dolayısıyla bu rolün evrensel nitelikler taşıdığı gerçeğini de değiştirmemektedir (Cirhinlioğlu, 2017: 54-55).

Doktor-hasta rol ilişkisinde vurgulanması gereken bir diğer unsur da doktorun Parsons tarafından saptanan kalıp değişkenlerdeki konumudur. Parsons, geleneksel/modern tipolojisini geliştirerek etkili/araçsal tipolojisini beşli iki ayrı takım haline getirerek kalıp değişkenleri belirlemeye çalışmıştır. Ona göre aktörün içinde bulunduğu durumun anlamı aktör tarafından anlaşılmadan ve duruma göre hareket etme olanağını yakalamadan önce, aktör tarafından bu iki yönlü durumun birisinin seçilmiş olması gerekmektedir. Diğer bir ifade ile aktör, doğuştan getirilmiş niteliği, yaygınlığı, duygusallığı, özelliği ve birlikteliği kapsayan etkili değişkenler ile buna karşılık gelen başarıyı, özgüllüğü, tarafsızlığı, evrenselciliği ve benliği kapsayan araçsal değişkenlerden birine yönelmelidir. Bu çerçevede Parsons, doktor-hasta rol ilişkisinde bu kalıp değişkenlerden yararlanarak iki hastanede hem katılımcı gözlemci olarak hem de doktorlarla mülakat yaparak yapmış olduğu araştırmada doktorların araçsal olduklarını belirlemiştir. Zira bir meslek olarak doktorluk bunu gerektirmektedir (Wallace ve Wolf, 2012: 61-66).

Sosyoloji geleneği içinde diğer kuramların (özellikle çatışmacı/Marksist ve sembolik etkileşimcilik) sağlık olgusuna değinmesi ve çözümlemesi yapısal-işlevselci kuramın bu konudaki görüşlerini eleştirmesiyle olmuştur. Bu kuramlar getirmiş oldukları eleştiriler ile sağlık olgusuna yönelik kendi kuramlarını geliştirmişlerdir.

Örneğin çatışmacı/Marksist kuramcılara göre yapısal-işlevselci kuram, sağlık/hastalık konusuna yönelik çözümleme yaparken sürekli dengeyi/uyumu göz önünde tutmuş ancak çatışmayı geri planda bırakmıştır. Oysa doktor ve hasta arasında ihtilaflı diyebileceğimiz çatışma durumları da olabilmektedir. Örneğin hemen hemen birçok ülkede hastanın sağlıklı olup olmadığına yönelik kararı doktor tek başına verebilmektedir. Çalışan bir kişi ne kadar hasta olursa olsun

doktorun onaylaması olmadan resmiyette hasta olarak tanımlanmamakta böylece iş yerinden izin alamamaktadır. Zira birçok durumda hastanın gerçekten hasta olup olmadığına karar vermek çok kolay olmamaktadır. Doktor bazen hastalığın ciddiyeti konusunda hastaya güvenmek zorunda kalırken bazen de hastanın gerçek dışı davrandığını düşünebilmektedir. Buda doktorla hastanın arasında gerilimlere yol açmaktadır. Bu gerilime neden olabilecek başka bir örnekte hastalara tanınan önceliklerle ilgilidir. Doktorlar zaman zaman bir hastayı seçip diğer bir hastayı/hastaları dışlamaları gerekebilecek durumlarla karşı karşıya kalabilirler. Örneğin bağışlanan bir organın nakli için bir doktorun birden fazla hastası olabilir. Bu durumda doktor bu organı sadece bir hastasına takabilecektir. Ancak hangi hastayı seçebileceği konusunda ölçütler çok açık değildir. Doktor hangi kararı verirse versin her durumda seçim dışı kalan hastalarla kendisi arasında bir gerilim oluşacaktır (Cirhinlioğlu, 2017: 56-57).

Yapısal işlevselci kuramın bireyi görelî olarak küçülttüğü, önemsizleştirdiği ve toplumsal sistem içinde pasif hale getirildiği sembolik etkileşimciler tarafından ileri sürülmüştür (Cockerham ve Scambler: 2010: 6-7). Haliyle yapı kadar belirli bir düşünme kapasitesine sahip olan ve etkileşime girip davranışta bulunan bireyde önemlidir. Çünkü bu birey Parsons'ın iddia ettiği gibi kalıpları ve sınırları belirli eylemlerde bulunmayabilir. Örneğin hasta olan bir kişi iyileşmek için hastalığıyla ilgili yeterli ilgiye ve tecrübeye sahip doktora değil de geleneksel ya da alternatif tıp hizmeti veren kişi ya da kurumlara gidebilir. Aynı şekilde iyileşmek için kendisine gelen bir hastayı doktor, bu kişi ya da kurumlara yönlendirebilir. Yani hem hasta hem de doktor toplumun beklentilerine cevap verecek şekilde davranış sergileyebilir. Hem de bunları yaparken de her ikisi de hastalığın iyileşmesi konusunda en doğru kararın bu olduğunu düşünmüş olabilir.

Parsons'ın görüşleri her ne kadar birçok yönden eleştirilere maruz kalmış olsa da sağlık sosyoloji içinde merkezi teorik bir öneri olmaya devam etmektedir. Halâ hasta bakım ünitelerinde ve kliniklerde doktor-hasta karşılaşmalarını açıklamak için bu etkileşim modeli temel bir açıklama (ideal-tip) olarak kullanılmaktadır (Cockerham ve Scambler: 2010: 6-7).

3. Sembolik Etkileşimcilik

Sosyoloji geleneği içinde yapısal işlevselci olarak adlandırılan Parsons ve onun öncülük ettiği sağlık sosyolojisine meydan okuyan ilk büyük teorik yaklaşım Blumer ve Mead'in düşünceleri temelinde yükselen sembolik etkileşimci kuramsal yaklaşım olmuştur. Bu kuramsal bakış toplumsal gerçekliğin, ortak sembolik anlamlar temelinde birbirleriyle etkileşime giren bireyler tarafından mikro düzeyde inşa edildiğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda bireyler anlamlara ve yorumlara dayanarak davranışın yapısını ve durumlarını tanımlayan düşünme kapasitesine sahip görünmektedir (Cockerham ve Scambler: 2010: 8). Sosyal psikolojik bir bakış açısına sahip olan sembolik etkileşimcilik, bir beni olan bireye ve bir kişinin içsel düşünce ve duyguları ile toplumsal davranış arasındaki etkileşime yoğunlaşır. Çözümlemenin önemli bir bölümü bireyler arası ilişkilerle ilintilidir. Bireyler yapısal işlevselciliğin bahsettiği gibi dış güçler karşısında edilgen varlıklar değil, kendi hareketlerini yorumlayan, değerlendiren ve tanımlayan; kendi davranışlarına şekil ve yön verebilen kişiler olarak tanımlanır. Ayrıca sembolik etkileşimcilik bireyleri karar verme ve fikirleri oluşturma süreçleriyle de ilgilenir. Yani sembolik etkileşimciler bireylerin almış oldukları belirli kararları ve gerçekleştirdikleri belirli hareketleri bütünüyle açıklamaya ve bunların önceden belirlenmiş kurallar ve dış güçlerle açıklama olanağının olmadığını göstermeye çalışır (Wallace ve Wolf, 2012: 265-269).

Daha çok birey üzerinde duran sembolik etkileşimcilere göre hastalığı ve sağlığı belirleyen şey ağırlıklı olarak, bireyin öznel yaşamı, tecrübeleri ve anlamlandırmalarıdır. Bireyin öznel algıları ve yaşayışlarını belirleyici olduğunu ileri süren bu yaklaşıma göre, olgusal koşullar tamamen nesnel olamaz ve bireylerin tümü için uygulanması zordur. Hastalık sosyal olarak inşa edilmekte olup, birey toplumsallaşma süreci içinde edindiği bilgi ve tecrübesiyle hastalığı anlamlandırır. Var olan bulguların sıra dışı olması ve buna hastalık anlamının verilmesi kültürel bir süreçtir ve toplum tarafından bireye kazandırılır (Sarı ve Atılğan, 2012: 39-40). Bu bağlamda hastalık ve sağlık açısından 1960'lı yıllarda sembolik etkileşimciliğin temel argümanlarına dayanarak Goffman ve Becker tarafından geliştirilen etiketleme kuramı önemlidir. Çünkü bu kuram (sağlık olgusuna farklı bir anlam ve boyut kazandıran) hastalığı ve sağlığı etiketleme üzerinden ele alan birçok araştırmacının referans kaynağı niteliğindedir (Gelgeç-Bakacak, 2018: 359; 5). Bu nedenle Becker'ın en önemli eserlerinden biri olan 'Hariciler' (Outsiders) ile Goff-

man'ın, dramaturjik bir yaklaşım sergilediği 'Tımarhane' ve 'Damga' isimli eserlerinde, hastalığın sapkınlık ile özdeşleştirilerek etiketlenmesine vurgu yapmaları önemli olmuştur.

Becker (2015), sapkınlığı analiz etmeden önce bu olguyu tanımlamaya yönelik var olan yaklaşımları belirler. Bu yaklaşımlardan biri de tıbbî analojiye dayanan görüştür. Bu görüş, sapkınlığı bir hastalığın varlığını ele veren patolojik bir durum olarak görür. Bu nedenle insan organizması düzenli olarak çalıştığında sağlıklı, bir düzensizlik olduğunda ise hastalıklı kabul edilir. Akıl hastalığı ise doğrudan sapkınlığa işaret eder. Buna göre tıpkı şeker hastası olan birinin yaralarının iyileşmemesinin bir hastalık belirtisi olarak algılanması gibi, uyuşturucu bağımlısı olan birinin davranışları da akıl hastalığının belirtisi olarak değerlendirilir. Bu sebepten agorafobi de bir hastalıktır. Çünkü normal bir insan açık mekânlardan korkmamalıdır. Hatta bunun gibi boşanmalar, suç, istenmeyen siyasî liderlik, toplumsal olaylara katılıp katılmamada birer akıl hastalığının belirtisine işaretler. Becker (2015: 27), bu konuda Parsons gibi bir yapısal işlevselci olan Merton'ın görüşlerine göndermede bulunur. Onun özünde tıbbî sağlık ve hastalık tanımlamalarına dayalı bir sapkınlık modeli kurduğunu söyler. Ona göre bu modelin savunucuları, topluma ya da toplumun bazı kısımlarına bakarak toplumda istikrarı ve sürekliliği tehdit eden süreçleri sapkınlık olarak değerlendirirler. Onlar için akıl hastalığı da akıl hastalığına işaret eden tüm insan davranış ve eylemleri de birer sapkınlıktır ve bunlar düzeltilmesi gereken bozuk işlevlerdir.

Goffman'ın amprik dramaturjik bir çözümleme yaptığı tımarhane (asylums) isimli çalışması da hastanedeki hastaların toplumsal dünyasının anlaşılması açısından önemlidir. Bu eserinde Goffman, gözlem ve kavrayışlarını teorik bir perspektif ile açıklama girişiminde bulunmuştur (Poloma, 1993: 207). Kapalı alana sahip olan ve formel olarak yönetilen akıl hastanesi tam kurum açısından ideal tipi oluşturmaktadır. Hastaneye girişi yapılan hastaya yapılan ilk şey, ona eski kimliğini unutturmaktır. Bu hastalık öncesi durumdan hastalık durumuna geçişin dramatik bir değişim olduğunun göstergesidir. Çünkü hastalık öncesi durumda kişi bazı hak ve özgürlüklere sahipken hastalık başladığında bütün bunlar sona erer ve kişi psikiyatrik korumayla karşı karşıya kalır. Burada Goffman, kişinin nasıl her şeyden sıyrılır duruma getirildiğiyle ilgilenir ve bu durumun kurumun yapısının bir sonucu olduğunu ileri sürer (Poloma, 1993: 208).

Hastaların birçoğu itaatkâr olmasına karşın bazı hastalar direnir ve kişisel özelliklerini ve kimliklerini sürdürmeye devam ederler. Örneğin koğuştaki kurallara uymayı kabul etmezler ve bu durumda 'zor hasta' olurlar. Bu aynı zamanda doktor ile hastanın uyuşmazlık potansiyelini gösterir. Uyuşmazlık ayrıca diğerlerinin

kendi 'hasta olma' tanımlarının hasta üzerine empoze etme gücünden de ortaya çıkar. Yani kendisine tıbbî teşhisle ya da hastanın akrabası, arkadaşları gibi yakın çevresi veya diğerlerinin davranış biçimi yoluyla hastalığı etiketleme bileşeni söz konusu olabilmektedir. Örneğin kanser hastası olan bir kişi her şeyden önce bir kanser hastası olarak etiketlenebilir ve hasta kendisini diğerlerine önceden olduğu gibi ne kadar iyi bir arkadaş, iyi bir eş ya da iyi bir anne olduğunu kanıtlamaya çalışırsa çalışsın bunun diğerleri için bir önemi olmayabilir. Bu şekilde sembolik etkileşimcilik damgalanan etiketin ne kadar önemli olduğu üzerinde durur. Zira etiketin takıldığı hastalık, suçluluğun veya kişisel zayıflığın işareti olarak da yorumlanabilir (Sontag'dan Akt, Bilton, 2009: 359)

Goffman'ın konuyla ilgili teorik açıklamalarının bulunduğu bir diğer eseri de Damga'dır. Ona göre, bir insan ne olması gerektiği olan varsayılan toplumsal kimlikle, ne olduğu olan gerçek sosyal kimlik arasında kalmışsa damgalanır. Bu nedenle damgalanmış insanlarla normal insanlar arasındaki dramaturjik etkileşim önemlidir (Goffman, 2014). Bu etkileşimin doğasında biri itibarsız damgalama, diğeri de itibarsızlaşabilecek damgalama olmak üzere bireyin sahip olduğu damga türlerine bağlıdır. İtibarsız damgalamada aktör seyircilerin farkları bildiğini düşünür. Çünkü bu farklar herkesin görebileceği bir şekildedir. Belden aşağı felçli ya da bir uzvunu kaybetmiş birisi örneğinde olduğu gibi. Diğer damgalanma türünde ise bu farklar daha örtüktür ve diğer insanlar tarafından bilinmez ve algılanamaz. Kolostomi ameliyatı olan biri ya da heteroseksüel bilinen bir homoseksüel örneğinde olduğu gibi. İtibarsız damgalanmış birinin temel dramaturjik sorunu, bireyin sahip olduğu kusurunu diğer insanlar tarafından bilinmesinin vermiş olduğu gerilimdir. İtibarsızlaşabilecek damgalamada ise sorun diğer insanların farkı öğrenmemesi için bilgiyi idare etmektir (Ritzer, 2011: 238; Ritzer ve Stepnistky, 2012: 123). Goffman (2014), bu damgalanma türlerinin toplumda oldukça yaygın olduğunu ve insanların tamamının hayatlarının belirli kısımlarında en azından bir kerede olsa damgalandıkları sonucuna varmıştır.

Etiketleme kuramı sapkınlığı bireylerin eyleminin bir niteliği değil eylemin diğerleri tarafından tanımlanmasıyla oluştuğunu ifade etmektedir. Yani sapma, tanımsal bir süreçtir, hastalık olgusu da bu tanımlama sürecine yapılan yaklaşımlarla incelenebilir. Bu kuram, özellikle akıl hastalığı, frengi, AIDS, tüberküloz, sara gibi hastalıkları bulunan bireylerin toplumdaki diğer bireyler tarafından etiketlenmeye maruz kaldıklarını ve bundan dolayı farklı muamelelerle karşılaştıklarını belirterek, dikkatleri bu hastalıkların toplum içindeki algılanışlarına çekmiştir (Gelgeç-Bakacak, 2018: 359).

Sonuç olarak sembolik etkileşimci kuram ve bu kurama bağlı olarak düşüncelerini bildiren kuramcılar, sağlıkları bozulan bireylerin kimliklerinin toplumun diğer üyeleri tarafından yeniden inşa edilmesini ve bu yeni kimlik oluşumuna bireylerin verdiği tepkileri çözümlemişlerdir.

4. Çatışmacı/Marksist Kuram

Temelleri Marx ve Weber'in çalışmaları ile atılan çatışma teorisi, önemli bir şekilde yapısal işlevselci kuramın etkisinin azaldığı ve sembolik etkileşimciliğin yükselişe geçtiği bir dönemde ortaya çıkmıştır. Ancak bu dönemde sağlık sosyolojisi alanında çok fazla etkili olamamıştır. Çatışmanın toplumsal değişimin olmazsa olmazı olduğunu varsayan bu kurama göre toplum, çıkarları için mücadele eden çeşitli gruplardan oluşmakta ve eşitsizlik toplumsal hayatın özünü oluşturmaktadır (Cockerham, 2010: 9). Toplumsal sistemin her noktasında ihtilaf ve çatışma olduğunu ileri süren bu kuram, toplumsal normların, değerlerin ve ahlâkın toplumda birliği ve bütünleşmeyi sağladığı düşüncesinin aksine; birlik ve bütünleşmenin gücü elinde tutanların zorlamaları ile gerçekleşeceği düşüncesindedir. Haliyle çatışmacılar paylaşılan toplumsal değerlerin uyumluluk yarattığı görüşünü savunan işlevselcilerden farklı olarak toplumda düzenin sürdürülmesinde iktidarın önemi üzerinde dururlar (Ritzer, 2011: 126).

Çatışmacı kuramcılarda yapısal-işlevselci kuramcılar gibi toplumsal yapıları ve kurumları araştırıp, çözümlerler. Ancak her ne kadar toplumda işlevselcilerle aynı noktalara bakmış olsalar da tamamıyla farklı değerlendirmelerde bulunurlar. Haliyle toplumsal yapının önemli bir parçası olan sağlık konusunda da farklı düşünceleri paylaşırlar.

Sosyoloji geleneği içinde çoğu zaman Marksist olarak da anılan bu yaklaşımın savunucuları, hastalık üretiminin ve sosyal dağılım biçiminin en güçlü sosyolojik hesaplamalarından birini ürettirler. Ekonomik çıkarların hem hastalığın üretilmesinde hem de onunla başa çıkılmasındaki belirleyici rolü üzerinde durdular. Tıbbın kapitalist toplumlarda kilit bir işleve sahip olduğunu savunup, kapitalistlerin kâr peşinde olmasının yol açtığı hastalık mağdurlarını kendi durumları için suçlu bulunmalarını irdelediler. Ayrıca hastalığın nasıl tedavi edildiğini kapitalist ilişkiler içinde değerlendirdiler. Onlara göre tıp mesleği, işçi sınıfının sosyal kontrolünü, hastalığın bireyselleşmesini, depolitize edilmesini ve hastalık raporuna erişimi kontrol etmenin bir aracı olarak hareket etmektedir. İnsanları iyileştirmeyen, ancak çok büyük kârlar üreten, yüksek maliyetli, teknik iyileştirmeler uygulan-

maktadır. Kapitalist bir toplumda tıp, kapitalizmin özelliklerini yansıtır: Kâr odaklıdır, mağduru sorumlu tutar ve sınıf yapısını doktor olan insanlar (genellikle erkek, özel olarak eğitilmiş üst-orta sınıf) veya hemşireler (genellikle kadın, alt-orta sınıf) açısından yeniden üretir. Sağlık hizmetlerine erişim aynı zamanda sınıftaki eşitsizliği de yansıtmaktadır (White, 2002: 7-8).

Marksist yaklaşım, tedaviyi ve tıbbi kapitalizmin bir parçası olarak değerlendirir ve kapitalizmle ilişkisi üzerinden açıklamaya çalışır. Hem hastalık hem de tedavi kapitalist ekonomik sistemin bir ürünüdür. Dolayısıyla tıpta kapitalist ekonominin en önemli parçalarından biridir ve tedavi açısından bir faydası olmasa da, kâr amacıyla teknolojik gelişmeleri desteklemektedir. Tıbbî bilgi kapitalist sistemin vermiş olduğu zararları olağan ve biyolojik göstererek, hastalıkların politik ve ekonomik nedenlerini gizleyen politik bir araçtır (Gönç-Şavran, 2011: 160). Yani Marksist yaklaşıma göre, ekonomik çıkarlar nedeniyle tıp hizmetlerinin kapitalist toplumlarda hastalığın üretilmesi, toplumsal düzende dağılması gibi anahtar bir rolü vardır (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 245).

Günümüzde sağlık, ilaçların ve medikal malzemelerin satıldığı, maddî getirisi yüksek sağlık hizmetlerinin olduğu herhangi bir ürün, mamül madde gibi piyasada bir meta haline gelmiştir. Çünkü tıp, ticarî/endüstriyel faaliyet işlevi gören sermaye için kârlı bir işletmedir. Bu yaklaşıma göre tıp hizmetleri, insanların sağlık sorunlarını çözmekten çok, çalışan sınıfları ve halk yığınlarını toplumsal açıdan kontrol altına almaya ve tıp endüstrisinin hareket alanında tutmaya çalışmaktadır (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 245).

Hastalık ve tedaviyi sosyal eşitsizliğin farklı boyutlarına bağlayarak açıklayan (Cengiz, 2018: 140) bu kurama göre, toplumda var olan kıt kaynaklar dengesiz bir şekilde dağılmış, ekonomik gelir ve kaynaklar belirli sınıflar ve toplumsal gruplarda toplanmıştır. Bu durum aynı zamanda bu grup ve sınıfların sağlığa eşit ulaşmalarının önüne geçmektedir. Hastalıkların oluşmasında ekonomik düzey, gelir ve beslenme gibi faktörler de etkilidir. Haliyle üst gelir gruplarının hastalığa yakalanma riskleri alt gelir grubuna oranla daha azdır (Sarı ve Atılğan, 2012: 38; Gönç, 2016). Bireylerin sağlıklarını tehdit ederek onların hastalanmalarına yol açan kötü alışkanlıkları (alkol ve sigara kullanımı gibi) her ne kadar sağlıktaki eşitsizliklerin açıklanmasında rol oynasa da, tek neden olarak ele alınmamalı ancak sosyo-ekonomik çevreden tamamen bağımsız olduğu da düşünülmemelidir (Shaw ve Ark., 2009: 231). Yaşam seyrinin de bireylerin sağlığına etki eden diğer bir unsur olduğu da unutulmamalıdır (Blane, 2009). Bu bağlamda ağır ve tehlikeli koşullar içinde çalışma, nemli, rutubetli olan ve yeterli düzeyde ısınma ortamına

sahip olmayan evlerde oturma, yaşadığı yerden dolayı sürekli hava kirliliğine maruz kalma, temiz içilebilir su kaynaklarına ulaşamama gibi nedenlerden dolayı bireylerin sağlıkları bozulabilir. Buna karşılık eğitim düzeyi ve ekonomik geliri yüksek olan bireyler bütün bu sorunları yaşamadan hem şuanda hem de ilerleyen zamanlarda daha sağlıklı bir hayat sürdürebilirler. Dolayısıyla sosyal ve ekonomik açıdan dezavantajlı durumda olanlar ile olmayanlar arasında sağlık açısında anlamlı farklılıklar olduğu söylenebilir.

Kapitalist endüstri büyürken hem sağlığa yönelik ihtiyaçları arttırmakta hem de sermaye birikimiyle tutarlı bu ihtiyaçlara yönelik çözümleri kurumsallaştırmaktadır. Bu kurumsallaşmadaki en önemli mekânizma, sağlık ihtiyaçlarını belirli bir ekonomik pazar için metalara dönüştüren modern bilimsel tıbbın mühendislik modelidir. Devlet sağlıkla ilgili var olan bazı sorunların üstesinden gelmek için müdahale ettiğinde, nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeksizin, sağlık ihtiyaçlarını daha da metalaştırmak için hareket edebilmektedir (Renaud, 1975). Buda kapitalist ilişkilerin güçlü olduğu toplumlarda uygulanan sağlık politikalarında çelişiklere yol açmaktadır. Örneğin hükümetler sağlıklı bir işgücüne sahip olmayı arzu edebilirler ancak kârlılığı ya da üretim düzeylerini tehlikeye atmayı istemezler. Koruyucu sağlık yasaları onlar için çok önemlidir ancak tütün ve alkolden elde edilen gelirlerde onlar için önemlidir. Devlet sağlık bakımının belirli tiplerini politik hoşnutsuzluğu başından atmak için gündeme getirebilir ya da tıbbi politik karşıtların kontrol altında tutulmasında kullanabilir (Hillier 2001: 158). Doktorlar hastalarını genelde gözlem altında tutmaktan memnun olurlar. Bunu oluşabilecek herhangi bir sorunun üstesinden gelmenin en hızlı ve emin bir yolu olduğunu düşünürler. Ancak bürokratik kesim hastanın bir an evvel hastaneden ayrılmasını, yeni hastaların gelmesini ve daha çok hastanın tedavi edilerek hastanenin daha fazla gelir elde etmesini talep edebilmektedir (Cırhinlioğlu, 2017: 74).

Sonuç olarak bu kuramsal bakış bağlamında, hastanın sağlığı açısından sağlık bakımı örgütlü üç işlevi yerine getirir. Bunlardan birincisi, yetersizde olsa sağlık hizmetleri sunarak toplumsala ait olan hizmetleri bireye indirerek statükoyu meşrulaştırmak. İkincisi, sağlığı hastane bakımından ve ilaç tüketiminden ibaret olarak görmesi nedeniyle kapitalist üretim tarzını yeniden üretmek, üçüncüsü de hem sağlık çalışanlarının örgütlenişiyle hem de meydana getirdiği tüketim kalıplarıyla kapitalist sınıfın yapısını yeniden üretmektir (Navarro'dan akt. Gönç-Şavran, 2011: 161).

5. Feminist Kuram

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini tüm yönleriyle sorgulamaya çalışan bu kurama göre, erkekler ve kadınlar toplum içinde farklı olarak yer almalarının yanı sıra, eşitsiz olarak da konumlanmışlardır. Bu bağlamda kadınlar, toplumsal statü, maddî kaynaklar, iktidar ve kendini gerçekleştirme olanaklarını, onların toplumsal konumunu hem eğitim, meslek, ırk, din, etniklik, sınıf, milliyet olsun hem de bu etmenlerin herhangi bir kesişimi olsun paylaşan erkeklere oranla daha az elde ederler. Kadın ve erkek arasındaki eşitsizliğin biyolojik ya da kişilik farklılıklarından kaynaklı olduğunu değil, toplumsal örgütlenmeden kaynaklı olduğunu düşünürler. Ayrıca her insanın belirli bir potansiyeli ve özelliği vardır, insanlar bu potansiyel ve özellikler açısından bir ölçüde farklılık gösterebilirler ancak aralarındaki bu farklılıkların hiçbir anlamlı kalıbı cinsiyetleri farklılaştırmaz. Bunların dışında eşitsizliğe yönelik kuramların tamamı gerek kadınların gerekse de erkeklerin daha eşitlikçi toplumsal yapılara ve durumlara daha kolay ve doğal bir şekilde tepki vereceklerini varsayar. Yani onlar durumu değiştirmenin mümkün olduğunu onaylarlar fakat toplumsal cinsiyet eşitsizliği kuramcıları, bu durumun aslında çok da kolay olmadığını, kişiliğe daha fazla sızdıklarını ve kolaylıkla da değişmeyeceklerini ileri sürerler (Ritzer, 2011: 333).

Toplumsal cinsiyet farklılıklarının biyolojik olmaktan ziyade sosyal ve kültürel olarak üretildiğini savunan cinsiyetin toplumsallaşması kuramlarına göre, kadın-erkek eşitsizliğinin nedeni bu iki cinsiyetin ayrı rollere göre toplumsallaşmasıdır (Gabe, Bury ve Elston, 2004: 8-9; Chancer ve Watkins, 2011: 30; Giddens ve Sutton, 2016: 652; Günindi-Ersöz, 2016: 40). Diğer bir ifade ile bu iki cinsiyet arasındaki biyolojik farklılıklar doğuştan getirilirken, bu biyolojik farklılıklara bağlı olarak toplumsal rol ve statülerdeki ayrışmalar ise toplumsal yapı tarafından üretilmiştir. Haliyle cinsiyete dayalı eşitsizlik tüm toplumsal alanda görünür hale gelmiştir. Sağlık da bu alanların başını çekmektedir.

Eşitsizliğe yönelik feminist analizler, kadınların tıbbîleştirilmesi ve bunun sürdürülmesi üzerinde dururlar. Tıp, sağlık ve hastalık bu analizlerin temel odak noktası olmuştur. Dolayısıyla da bu tanımların çoğu, toplumsal cinsiyete dayalı etkileşimin yer aldığı bölgeyle, bedenle ilgilenmektedir. Ayrıca feministler, ataerkilliğin akut olduğu ve cinsiyetle üreme arasındaki bağın biyolojik ve sosyolojik olarak birbirine geçtiği bir alan olan doğum ve annelik üzerinde de titizlikle durmuşlardır (Bilton, 2009: 362).

Feminist kurama göre, kadınların hastalık ve ölüm deneyimlerinin göz ardı edilmesi, erkek merkezli epidemiyolojik temelli hedeflerin gelişmesine yol açmıştır. Kadınların sağlık problemleri sağlığın gelişmesi için açıklanmaya çalışıldığında, bunların zaman içinde yetersiz ve etkin olmayan çözümlere yol açtığı tıbbî hale gelme eğilimindedir. Ayrıca sağlık hizmetleri içinde kadınlara yeterli sorumluluklar verilmemekte, kadınların yetkileri sınırlandırılmaktadır (Daykin ve Naidoo, 1997: 57). Bu nedenle sosyoloji geleneği içinde feminist kuramın sağlık konusundaki temel argümanı ağırlıklı olarak kadın sağlığının ve bedeninin erkek egemen toplumlarda denetim altına alındığıyla ilgilidir. Sağlık kurumları da bu denetlemenin erkek profesyonellerin kontrolü altında yapılmasını sağlar (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 246).

Sağlıktaki cinsiyete dayalı iş bölümü, kadınların toplum içinde tahakküm altına alındıklarının göstergesidir. Sağlık konularının, kadınların ataerkil toplumdaki çocuk doğurma ve büyütme rolü ile yakından ilgili görünmesine rağmen bu durum tıbbî hiyerarşide kadınların üst pozisyonlara sahip oldukları anlamına gelmemektedir. Kadınların büyük çoğunluğu sağlık alanında çalışmalarına karşın, birçoğu düşük ücretli ve düşük statülü paramedikal ve hasta bakıcı olarak çalışmaktadır (Bilton, 2009: 362-363). Örneğin ABD’de doktorluk uzun yıllar erkek egemenliğinde kalmış kazançlı bir meslek olmuştur. ABD’de cinsiyet yayımlacılığı kadınların dişillik, aile ve evcimenlikle geleneksel ilişkisini yansıttığından dolayı büyük oranlarda çocuk doktoru olabilmesi şeklinde kendini göstermektedir. Ancak birçok kişiye göre en prestijli alt uzmanlık alanı olan, yüksek kazanç sağlanan ve yaşam ile ölüm sorumluluğunu içeren cerrahlıkta da büyük oranda erkekler çalışmaktadır (Butler, 1990). Feministler, son zamanlardaki kadın doktor oranının artışından memnuniyet duymalarına rağmen, bunun tıp fakültelerindeki erkek meslektaşlarıyla aynı ataerkil tutumu öğrendikleri için büyük bir farklılık getirmeyeceği düşüncesindedirler (Bilton, 2009: 363).

Feminist eleştiri, tıp mesleğinde ağırlıklı olarak erkeklerin yer almasına ve son yarım yüzyıl boyunca âdet dönemi, hamilelik ve çocuk doğumu dâhil kadın için doğal olan ne varsa medikalleştirilmiş olması üzerinde yoğunlaşmış bulunmaktadır. Bu konularda daha önce kadınların kendileri, aileleri, hemcinsleri tarafından işleyen tıbbî müdahaleler aslen yeni yeni ortaya çıkan tıp mesleğinin medikal ürünler yaratma piyasasının arzuları ile doğmuştur. Örnek olarak feministler çocuk doğumu hizmetinde doktor bulundurmanın çok fazla fayda sağlamadığını, doktorların doğum süreci hakkında çok fazla bilgi sahibi olmadıklarını ve tıbbî müdahalenin hem anneyi hem de çocuğu tehlikeye attığına yönelik kanıtların olduğunu ileri sürmektedirler (Bilton, 2009: 362).

Sonuç olarak, son yıllarda toplumsal cinsiyet ve sağlık sosyolojisi çalışmalarının en büyük katkılarından biri, erkek ve kadınların biyolojik oluşumlarındaki, yaşam tarzı davranışlarındaki, psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik durumdaki farklılıkların sağlıktaki cinsiyet farklılıklarını nasıl şekillendirdiğini ortaya koymaktır (Read ve Gorman, 2011: 425).

6. Post-Modern Kuram

Post-modernizm 1980'li yıllarda radikal teori ve politikanın zayıflaması, imalat sanayisinin Batı toplumlarından, az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlara kaydırılması, artan ve süreklilik gösteren tüketimciliğin küresel düzeyde yayılması, yeni bilişim teknolojilerinin geliştirilmesi kadar yeni kimlik politikası biçimlerinin oluşumunun da ortaya çıkardığı bir sonuçtur. Popüler kültürün sözlüğüne hızlı bir şekilde giren post-modern teriminin MTV, Madonna ve mobil telefonlardan ironiye, bilişim kültürüne ve iPod'a kadar her şeyi post-modern olarak nitelendirmek bu anlamda cezbedicidir. Yeni bir kültürel tarzın ve estetik stillerin gösterdiklerinden de anlaşılacağı üzere post-modernizm, kimlik, toplum ve politikayı alt üst etmiş, hiyerarşileri ortadan kaldırmış, yorumlayıcı çokanlamlılığı öne çıkarmış, ideolojik kapanmayı yıkıma uğratmış ve öz-düşünsel çoğulculuğu parlatmıştır (Elliott, 2016: 292-293). Bu bağlamda Kızılcı (1996: 47), bu dönemin taşıdığı özellikleri, gerçekliğin taklitlere dönüşümü, zamanın sürekli bir şimdiler dizisine parçalanması, heterojenlik, etniklik, rastlantısallık, parçalılık, anarşi, pastişlik, şizofreni, ironi, eklektizm, farklılık, metinleştirme, çokkültürlülük ve yerelliğe vurgu olarak sıralamıştır.

Aydınlanma projesine karşı olan ve göreciliği temel alan post-modernizmin kendisi de; mimarisi, temelleri, sınırları ve hedefleri belirsiz olan, belirsizliği merkeze koyan bir anti projedir (Vergin, 2003: 310). Bu projenin de kimilerine göre öncüsü, kimilerine göre kurucusu Foucault'dur (Ritzer ve Stepnisky, 2012: 194, Tercim, 2018: 60). Bu nedenle aynı zamanda bir post-yapısalcı olan Foucault'nun sağlık ve hastalık konusundaki görüşlerinin bilinmesin de önemlidir.

Foucault (2002: 227)'a göre hastalık, "ancak ölüm epistemolojik olarak tıbbî deneyle bütünleştğinde karşı doğadan kopup bireylerin yaşayan bedeninde vücut bulmuştur." Foucault hastalığın yüzyıllardır bağlı olduğu metafizikten koparak modern toplumdaki pozitif ilişkilerle ortaya çıkan eksiksiz biçimini bulduğunu söyler. Onun belirlemelerine göre tıp, "yalnızca hastalık ortaya çıktığında ilaç ya da ameliyatlara başvuran bir müdahale tekniği olarak görülmüyordu. Tıp bir bilgi

ve kurallar bütünü biçiminde, bir yaşam biçimi, insanın kendisiyle, bedeniyle, be- sinle, uyanıklık ve uykuyla farklı etkinliklerle ve çevreyle düşünülmüş bir ilişki kurma tarzını da tanımlamak durumundaydı (Foucault, 2003: 385).” 19’uncu yüz- yıldan önce tıp, sınıflandırıcı bir bilimdi ve hastalıkların açıkça düzenlenmiş bir sistemiydi. Fakat 19’uncu yüzyılda tıp, bireylerde ve daha büyük toplumda var olduğu haliyle hastalıklar üzerine eğilmeye başladı. Bu tarihten sonra tıp, önleyici bakım hizmetleri altında sağlıklı insanları da kapsamına aldı. Sağlıklı ve sağlıksız ve daha sonra normal ve patolojik durumları birbirinden ayıran normatif bir tu- tum benimsedi. Dolayısıyla tıp bu şekilde normal-patolojik tutumu benimseye- rek tekrar tüm insan bilimlerinin öncüsü olmuştur (Ritzer, 2011: 480). Foucaultcu bağlamda insan bilimlerinin oluşmasında tıbbın önemli rolü olduğu söylenebilir.

Foucault (Akt. Ritzer, 2011: 481), bilginin bir evrim değil, epistemik bir değişim geçirdiğini ve bununda Batı tıbbında büyük değişikliklere yol açtığını ileri sürer. Ona göre doktorlar artık eskisi gibi değildirler. Onlar hastaları bilimsel bilginin nesnesi ve pratiği haline getirmişlerdir. Diğer bir ifadeyle değişim geçiren hasta- lıkların isimleri, gruplandırılmaları, nesnelerin alanı gibi söylemin doğasıydı.

Tıp konusunda Foucault’nun önemli vurgularından biri de, insan yaşamının dok- torların otoritesiyle bağımlılığının derece ve biçimine ilişkindir. Kimi zaman dok- torlar, hastaların yaşamını en küçük ayrıntısına kadar denetlemek üzere ele ge- çirebiliyorlardı. Bunun içinde perhizde olduğu gibi bir kişinin doktora başvurması için hasta olmasına da gerek yoktu (Foucault, 2003: 385). Bedeni sabit bir ger- çeklik olarak görmeyen Foucault, insanın bedenine bakışını ve onu deneyimle- mesinin tamamen toplumsal olduğu görüşündedir. O, bilgi yapıları ile ilgilendiği için insanların bedene nasıl baktıkları ve onun hakkında nasıl konuştukları üze- rine yoğunlaşmaktadır. Onun bu konudaki postmodern bakış açısı, bir çağın dünyaya bakış ve dünyayı anlayış biçimi ile tanımlanacağı ve gücün nasıl kulla- nılacağına da buna bağlı olduğudur (Wallace ve Wolf, 2012: 505).

Foucault (2015) yönetsellik olarak adlandırdığı ve insanlar üzerinde kontrolü sağlamaya yönelik pratik ve tekniklerin değişen doğasını tartıştığı ‘Hapishanenin Doğuşu’ isimli çalışmasında bedenin (daha genele yayarsak toplumun) nasıl di- siplin altına alındığını tartışmıştır. Ona göre disiplin toplumunun temelleri hapis- hanelerdeki. Çünkü buralarda disiplin gücünü oluşturan gözlem ve kontrol araçları vardır ve insanların davranışları bu araçlar tarafından biçimlenir. Foucault, hapishanelerdeki bu yapının benzerinin toplumun diğer kurumlarında da oldu- ğunu ileri sürer. Haliyle bir sağlık kurumu olan hastanelerde bu kurumların ba- şında gelir. Dolayısıyla sağlıkla ilgili olan bu kurumlar bireyi diğer bir değişle top- lumun gözetlenip, denetlendiği ve disiplin altına alındığı yerlerdir.

Bu çerçevede Turner'ın bedene yönelik belirlemeleri de bunun en açık göstergesidir. Foucault'nun kişi, toplum ve iktidar arasındaki ilişkiler hakkındaki düşüncelerinden etkilenen Turner'a göre beden: Post-modern şehir kültürü bağlamında öz-kimlik, fiziksel öz-düzenleme ve cinselliği birbirine bağlar. Son zamanlarda insanların dinçliğe, hijyene, zayıflığa ve gençliğe yönelik ilgilerinin sürekli olarak artması tüketim kapitalizmi ile ilişkili öz-düzenlemenin devam ettirilmesinde en önemli unsurlardır. İdeal bedenın metalaştırmasına bağlı olarak bedene yönelik bu politik mücadele sadece cinsellik ve benliğin düzenlenmesine ilişkin değil, tüp bebek programları, kürtaj, çocuk bakımı, AIDS'in ilaçla tedavi edilmesi gibi yasal ve idarî yapılarda da ortaya çıkar. Burada çağdaş kültürde somutlaştırılan benliğin ilerici kurumsal yönetimine, düzenlenmesine ve gözetimine tanıklık edilmektedir (Elliot, 2017: 117).

Bireyler, etraflarını saran ve sağlıklarını tehdit eden birçok sağlık riskiyle karşı karşıya kalmakta bu risklere karşı önlemler almakta, onlar için en önemli konulardan birisi haline gelmektedir. Bu nedenle hastalıkların tedavisinden çok, sağlığın korunması ve geliştirilmesi tüketim toplumunun önceliği olmuştur (Adak, 2016: 21). Bir yandan var olan hastalıkların tedavileri devam ederken diğer yandan bireylerin sağlığı üzerinden temel söylemler üretilmekte ve beden üzerinden tıp bilimine başvuran kapitalizm; fazla üretimle birlikte, tüketen sağlıklı beden projesi inşa etmektedir (Timurturkan, 2016: 86). Bu bağlamda post-modernizmin en önemli temsilcilerinden biri olan Baudrillard'da tüketim üzerinden sağlık olgusunu sorgulamaya açmıştır. Ona göre sağlık, hayatta kalmaya bağlı biyolojik buyruktan daha fazla statüye bağlı toplumsal bir buyruktur. O değerden daha fazla bir değer yüklemidir. Sağlık bu değerler yüklemının gizemli sisteminde doğrudan güzelliğe eklenen 'form'dur. Bu güzellik ve formun göstergelerinin kişiselleştiği yerde bedendir. Bedende arzu ve mükemmeliyetçilikle güdülenmiştir. Beden, narsisizmin ve toplumsal prestijin en temel kaynaklarından biridir. O nedenle prestijle bağlantılı yaşanabilecek herhangi bir hayal kırıklığı, toplumsal ya da psikolojik herhangi bir başarısızlık bedenselleştirilir. Doktorların kutsallaştırılması ve tıbbî bedenın şuanda sahip olduğu toplumsal aşırı ayrıcalığı edinmesi bireysel bedenselleşmeyi arttırmış, bedeni bir prestij ve kurtuluş nesnesi haline getirmiştir (Baudrillard, 2013: 163).

Beden özelleştirilmiş ve kişiselleştirilmiştir. Beden her türlü ilginin, kötü, ödüllendirici ve baskı altına alıcı davranışların bir araya geldiği, ikincil, irrasyonel, pratik tedavi amacı taşımayan ve ekonomik buyrukları göz ardı etmeye kadar varan tüm bir tüketim demetidir. Bedenin özgürleşmesi onun bir ilgi nesnesi haline

gelmesine yol açmıştır. Bedeni ve bedeniyle ilişkiyi ilgilendiren her şey gibi bu ilgi olumlu ve olumsuz karşıt iki bileşenden oluşmuştur. Beden bu çifte ilginin eşanlı nesnesi olarak özgürleştirilir. Bu aynı zamanda bedenin baskı altına alıcı ilgi kuşatımını da beraberinde getirmiştir. Modern toplumsal saplantıların tamamının ifadesi bu baskıcı ilgidir (Baudrillard: 2013: 164-166).

Toplumdaki çelişkilerin hepsinin bedende özetlenebileceğini ileri süren Baudrillard (2013: 152-153), bedenin kapitalist amaçlara bağlı bir yatırım olduğunu ve eğer bedene yatırım yapılıyorsa bu bedeni kârlı kılmak içindir demektedir. Ona göre beden, bir kültür varlığı gibi şekillendirilip, düzenlenir ve sayısız toplumsal göstergelerinden biri olarak güdümlenir. Bedenin statüsü bir kültür olgusudur. Özel mülkiyetin kapitalist toplumdaki genel statüsü sadece bedene değil, aynı zamanda toplumsal pratiğe ve bu pratiğin zihindeki temsiline de uygulanır.

Sonuçta yaşadığımız toplumu bir tüketim toplu olarak gören Baudrillard, sağlığın, bedenin ve tüketimin iç içe oluşuna dikkat çeker. Ona göre, tüketilen tüm nesneler arasında en güzeli bedendir. Günümüzde fiziksel ve cinsel özgürleşme biçimi altında bedenin yeniden keşfi ve reklamda, modada kitle kültüründeki mutlak varlığı, bedenin etrafını kuşatan sağlık, perhiz, tedavi kültü, gençlik, zariflik, erillik/dişilik saplantısı bedenle ilgili bakımlar, rejimler, fedakârca uygulamalar, bedeni kuşatan arzu söylemi, bunların tamamı bedenin günümüzde kurtuluş nesnesine dönüştüğünün tanıklarındır. Bedenin bu kuşatılmışlığı ahlâkî ve ideolojik işlevde ruhun yerini almıştır (Baudrillard: 2003: 149-150).

Bunların dışında modern tıbbı yönelik ciddi eleştirilerde bulunanlardan biri de Illich'dir. Bu bağlamda Illich (2011) tıbbın bazı dönüm noktalarından geçtiğini ve her geçtiği dönüm noktasından sonra sağlık açısından bireyler üzerindeki olumlu etkisini yitirdiğini ileri sürer. Onun, birinci dönem olarak gördüğü 1900'lü yılların başı, ikinci dönem olarak gördüğü İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki yıllara kıyasla tıbbî uygulamalar açısından çok daha iyiydi. Çünkü birinci dönemde bireylere uygulanan basit tedavi yöntemleri ikinci dönemde karmaşık hale gelen tedavi yöntemlerinden çok daha faydalıydı. Ona göre, modern tıbbın hastalık yaratıcı yan etkileri ikinci dünya savaşından sonra belirginleşmiş, toplumda iatrojen (hekimlerin yol açtığı) hastalıklar yaygınlaşmıştır. Günümüze doğru gelindiğinde de yeni hastalıkların tanımlanıp, kurumsallaşmasıyla birlikte profesyonel tıp sağlık için en büyük tehdit haline gelmiştir.

Illich (2011a), 'Sağlığın Gasrı' isimli çalışmasında bu profesyonelleşen modern tıbbı yönelik yoğun eleştirilerde bulunur. Ona göre modern tıp, toplumdaki ra-

hatsız ve bıkkın insanları hasta, güçsüz ve teknik onarım gerektiren kişiler olduklarına inandırmaya çalışan bir araçtır. Tıp, yararsız tedavilerle hastaları iyileştirmek yerine onlara daha fazla zarar vermekte, onların acı çekme ya da ölme özgürlüklerini ellerinden almaktadır. Ayrıca tıbbın hastalıkları gideren değil, üreten bir yapısı vardır. Illich, modern tıbbın almış olduğu bu durumu klinik, sosyal ve kültürel iatrojenez kavramları ile açıklar.

Illich (2011: 30)'göre klinik iatrojenez, doktorların yalnızca hastayı tedavi etmek ya da sömürmek amacıyla verdikleri zararı değil, aynı zamanda kendilerini hatalı uygulama davalarından korumak için yaptıkları diğer haksız uygulamaları kapsar. Ona göre sosyal iatrojenez ise, "sağlık hizmetinin aldığı kurumsal biçimlerin cazip, olanaklı ve gerekli kıldığı sosyo-ekonomik dönüşümler nedeniyle sağlıkta ortaya çıkan her türlü bozulmayı belirtmektedir. Sosyal iatrojenez, pek çok biçimleri içeren bir etyoloji kategorisidir. Bu terim, tıp bürokrasisinin stresi çoğaltarak, kişiyi aciz duruma düşüren bağımlılığı arttırarak, yeni ıstıraplı gereksinimler yaratarak, rahatsızlık ya da ağrıya karşı tolerans eşiğini düşürerek herhangi bir dertle karşılaşan insanların başka birine sığınma aralığını daraltarak ve hatta kendi kendini iyileştirme hakkını ortadan kaldırarak yarattığı sağlıksız durumları kapsar" (Illich, 2011: 36).

Kültürel iatrojenez de, tıbbın kültürel olarak sağlığı yadsıdığını, insanın kendi iyileşme potansiyelini elinden aldığını modern tıbbın çemberindeki hastanın iyileşmek için tıbbın hapis tekniklerine mahkûm olduğunun göstergesidir. Bu iatrojenez, hijyenik ilerlemenin istenmeyen sonuçlar doğurmasını, hastalık, sakatlık ve ölüme karşı sağlıklı tepkilerin felç olmasını içerir. Bu bağlamda tıp, bireylerin acı ya da ölümleri üzerindeki kontrollerini ellerinden alır ve onların yaşamını öldürücü olmayan hastalığın yüksek düzeylerinde kontrol edilerek sürdürülmesini sağlar (Illich, 2011: 30-31).

Bu ve buna benzer şekilde modern tıbbı yöneltilen eleştirilerin yaygınlık kazanması, sağlık uygulamalarında ikili bir yapı meydana getirmiştir. Bir yandan modern tıbbî uygulamalarla bireylere müdahale edilirken, diğer yandan geleneksel ya da alternatif tıbbî uygulamalarda bir tercih olarak bireylere sunulmaktadır. Bu bağlamda Cirhinlioğlu ve Cirhinlioğlu (2011: 400-401)'na göre, modernliğin temel amaçlarından biri olan yaşamın homojenleştirilmesi post-modern dönemle birlikte terk edilerek heterojen bir görünüm kazanmıştır. Buda profesyonellerin bireylerin günlük hayatlarında var olan hâkimiyetlerinin sona ermesine neden

olmuştur. Modernliğin anormal dediği artık post-modern dönemle birlikte farklılıklar olarak adlandırılmakta ve rakip tanımayan profesyonel gücün iradesi azalmaktadır.

Böylece modern tıp uygulayıcıları (doktor, terapist, psikolog, halk sağlığı uzmanı, hemşire, sağlık memuru gibi) konumlarını geleneksel tıp uygulayıcıları (halk tabibi, mutatabbib, halk ilacı yapanlar, şifacılar, iyileştiriciler gibi) ile paylaşılmaya başlanmış, alternatif tıp yaygınlaşmıştır. Bu nedenle alternatif tıp, post-modern dönem ve sağlık konusunda ele alınması gereken diğer bir konu haline gelmiştir. Özellikle post-modernizm ile birlikte yerelliğin ön plana çıkması, pozitif/bilimsel bilgi dışındaki bilgi türleri (sezgisel, dinsel, mistik bilgiler gibi) ile de yaşamın anlaşılabilirliğinin yaygınlık kazanması sağlık alanına da tesir etmiş, bireylerin tedavi anlayış ve arayışlarını değiştirmiştir. Dolayısıyla post-modernizmle birlikte modern batı dünyasında sağlık hizmetlerinde gerçekleşen en büyük değişikliklerden biri, onaylanmayan birçok tedavinin ortaya çıkmasıdır (Kızılçelik, 1996: 107-108). Bu tedavi türlerinin başında akupunktur, avuryeda, meditasyon ve yoga yer alırken bunlara ilave alexander tekniği, aromaterapi, bach ilaçları, bitkisel tıp, hipnoz, homeopati, natüropati, osteopati, renk tedavisi, Shiatsu ve şifacılık gibi tedavi türleri de modern tıba alternatif olarak uygulanmaya başlanmıştır (Kızılçelik, 1996: 117). Günümüzde bu tedavi türlerinin bu denli artması ve insanlar tarafından artan bir şekilde tercih edilmesi modern tıbbın uğrattığı hayal kırıklığı ve almış olduğu boyutun sonucudur (Kızılçelik, 1996: 21). Bireyler artık, sağlık hizmetlerinin işleyiş biçiminden memnun olmamakta, uzun bekleme listelerinden, uzmandan uzmana gönderilip durmaktan, ekonomik kısıtlamalardan bıkmakta; ilaçların yan etkilerinden, ameliyatlara bedenlerine müdahale edilmesinden kaygı duymaktadır. Ayrıca hastaların, bedenleriyle ilgili kendi bilgilerinin konsültasyonlar ve teşhis sırasında yeterince ciddiye alınmama hissine kapılmaları, kendi tedavi ve iyileşmelerindeki rollerinden yeterince tatmin olamamaları; onları, hem ruhsal hem de fiziksel boyutları içeren ve daha bütüncül bir yaklaşım sergileyen alternatif tıba yöneltmektedir (Giddens ve Sutton, 2016: 456-458).

Post-modern kuramcılara göre, post-modern dönem modernlikten tamamen farklı bir dönem olduğu için sağlık olgusunun da kökten yeniden düşünülmesi gerekmektedir. Modernliğin temel ilkeleri ile yoğrulan bireylerin edindikleri algıları, bu yeni dönemde sona ermiştir. Bu yeni dönemle birlikte bireylerin bedensel bütünlüklerinin yeniden farkına varmaları, onların bedensel aktivitelerinin yeniden tanımlanmasına neden olacaktır (Cirhinlioğlu, 2003: 143).

7. Sonuç

Geçmişten günümüze kadar toplumlar hızlı bir şekilde değişmiş, bu değişim aynı zamanda toplumsal yapıyla birlikte bireyin kendi durumuna yönelik algısını da değiştirmiştir. Özellikle son dönemlerde toplumsal alanda yaşanan gelişmelerinde etkisiyle bireyin toplumsal yapının önemli bir parçası haline gelmesi onun kendisine olan ilgisini de arttırmıştır. Burada altı çizilmesi ve vurgulanması gereken en önemli unsurlardan biride bu ilginin karşılıksız olmadığı toplumsal yapıyı oluşturan diğer parçalar tarafından bireyin sağlık üzerinden ilgi haline getirilmiş olmasıdır. Bireyin sağlık ve sağlıkla ilgili oluşumlarla kurmuş olduğu ilişkinin her geçen gün artması onun kendisine olan ilgisini gösterirken, sadece hastalık durumlarında değil aynı zamanda hastalık dışı durumlarla da sağlık olgusu içine çekilmesi toplumsal yapıyı oluşturan diğer parçalarında bireye olan ilgisini göstermektedir. Böylece sağlık toplumsal yapıyla ilgili tüm paydaşların ilgi odağı olurken, bu ilginin arkasında yatan temel nedenleri ortaya koymakta sosyolojinin görevi olmuştur.

Bu kapsamda sosyoloji geleneği içinde yapısal-işlevselci olarak bilinen ve doktor-hasta rol ilişkisine değinen Parsons, hastalığa toplumsal düzen açısından yaklaşmış ve onu toplumsal düzeni bozabilecek bir tehlike olarak değerlendirmiştir. Ona göre hastalık, toplumsal sistemin düzenli bir şekilde işleyebilmesi için düzeltilmesi gereken bir sorundur. Bu sorunun giderilmesi için hastanın da doktorunda toplumun kendisine verdiği rolleri yerine getirmesi yeterlidir. Sembolik etkileşimci kuramda, Becker ve Goffman tarafından geliştirilen etiketleme kuramı üzerinden sağlık olgusunu irdelemiş, kişinin hastalığa yakalanmasıyla etiketlenmesi arasındaki bağa dikkat çekmiştir. Sağlığı bozulan bireylere toplumun diğer üyeleri tarafından verilen kimlikleri ve bu yeni kimlik oluşumuna bireylerin verdiği tepkileri çözümlemişlerdir.

Çatışmacı/Marksist kuram da her ne kadar yapısal-işlevselci kuramcılar gibi toplumsal yapı ve kurumlara bakmış olsa da tamamıyla onlardan farklı değerlendirmelerde bulunmuştur. Dolayısıyla sağlık konusunda da onlardan farklı düşünceleri benimsemişlerdir. Bu kuram ağırlıklı olarak ekonomik çıkar üzerinden sağlık olgusuna yaklaşmış ve tıbbın kapitalist toplumlarda nasıl daha fazla kâr sağlamanın aracı haline geldiğini ortaya koymuşlardır. Bu kuramın savunucularının sağlık konusundaki en önemli vurgusu; sağlık ve sağlıkla ilgili etkinliklerin kapitalist üretim tarzının nasıl yeniden üretilmesi için işlev gördüğüdür.

Feminist kuramcılarda her alanda olduğu gibi cinsiyete dayalı eşitsizliklerin sağlık alanında da olduğunu belirtmişler ve eleştirilerini bu yönde sürdürmüşlerdir. Onlara göre kadın, tıbbîleştirilmekte ve bu süreklilik göstermektedir. Kadınlara sağlık alanında yeterli sorumluluklar verilmemekte ve onlara yetki açısından sınırlamalar getirilmektedir. Sağlık hizmetlerindeki cinsiyete dayalı iş bölümü, kadınların toplum içinde tahakküm altına alındıklarının göstergesidir. Kadınlara hem statüsü düşük sorumluluklar verilmekte hem de kadınlar düşük ücretli işlerde çalıştırılmaktadır.

Post-modernizm ise alternatif tıp, beden ve tüketim üzerinden sağlık olgusuna yönelik argümanlar ileri sürmüştür. Özellikle burada Foucault'nun ve Baudrillard'ın bedene yönelik vurguları ön plana çıkmıştır. Foucault, sağlık üzerinden bireyin (diğer bir deyişle de toplumun) gözetlenip, denetlendiği ve disiplin altına alındığını vurgularken, Baudrillard ise beden üzerinden sağlığın bir tüketim aracına dönüştüğünü bildirmiştir. Son olarak Illich de modern tıbaa yönelik ciddi eleştirilerde bulunmuş ve tıbbın insanları tedavi edici değil, aksine hastalıkları daha fazla üreten bir yapısının olduğunu söylemiştir. Ona göre tıp, yararsız uygulamalarla insanlara faydadan çok zarar vermekte ve onların acı çekme ve ölme özgürlüklerini ellerinden almaktadır.

Sonuç olarak sosyoloji kuramlarında hastalığın nedenleri konusunda toplumsal olguların önemi üzerinde durulmakta ve genel olarak sağlık olgusuna bir sosyal kontrol aracı olarak bakılmaktadır. Ayrıca bu kuramsal açıklamalardan toplumsal yapıyı oluşturan kurumlar arasında sağlık kurumunun en önemli kurumlardan biri haline geldiği de anlaşılmaktadır. Çünkü başta ekonomik etkinliklerle ilgili yapılar olmak üzere, politik uygulamalara yönelik kurumlar, kültür-sanat ve sosyal yapılar sağlık olgusu ekseninde yeni şekiller almaya başlarken; aynı zamanda bireyleri de kendi konumlarına göre sağlık olgusu üzerinden yeniden şekillendirmektedir.

Kaynakça

- Adak, N. (2016). "Günümüz Toplumunda Sağlığa İlişkin Riskler" N. Adak (Ed.), *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde ss. 13-33, Ankara: Nobel Yayınları.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş M. Ç. (2015). "Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi", *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 25, Sayı: 1, ss. 231-250.
- Gelgeç-Bakacak, A. G. (2018). "Sağlık", E. B. Sağlam vd. (Ed.), *Sosyoloji* içinde 348-364, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Barry, A. M. and Yuill C. (2002). *Understanding Health A Sociological Introduction* London: SAGE Publications.
- Becker, H. S. (2015), *Hariciler (Outsiders): Bir Sapkınlık Sosyolojisi Çalışması*, Ş. Geniş ve L. Ünsaldı (Çev.), Ankara: Heretik Yayınları.
- Bilton, T. vd. (2009). *Sosyoloji*, K. İnal vd. (Çev), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Blane, D. (2009). "Yaşam Seyri, Sosyal Grattan ve Sağlık", M. Marmot ve R. G Wilkinson (Ed.), *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde ss. 72-97, İstanbul: İnsev Yayınları.
- Baudrillard, J. (2013). *Tüketim Toplumu*, H. Deliçaylı ve F. Keskin (Çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and Subversion of Identity*, New York: Routledge.
- Cengiz, R. (2018). "Gelenekselden Modernizme Sağlık Sorunu: Sosyolojik Bir Yaklaşım", *Studies Of The Ottoman Domain*, Cilt: 8, Sayı:14, ss. 134-157.
- Chancer, A. S. ve Watkins B. X. (2011). *Cinsiyet İrk ve Sınıf*, B. Uraz (Çev.), İstanbul: Babil Yayınları.
- Cirhinlioğlu, Z. (2003). "Post-Modern Çözülüş ve Sağlık", *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, ss. 131-148.
- Cirhinlioğlu, Z. (2017). *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Cirhinlioğlu, Z. ve Cirhinlioğlu F. G. (2011). "Postmodern Sağlığın Yükselişi ve Düşüşü", K. Canatan (Ed.), *Beden Sosyolojisi* içinde ss. 395-412. İstanbul: Açılım Kitap.
- Cockerham, W. C. ve Ritchey F. J. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*, ABD: Greenwood Press.
- Cockerham, W. C. ve Scambler G., (2010). "Medical Sociology and Sociological Theory", W. C. Cockerham (ed.) in *The Blackwell Companion Medical Sociology*, pp. 3-26, United Kingdom: Blackwell Publishing.

- Daykin, N. and Naidoo J. (1997). "Feminist Critiques of Health Promotion", R. Bunton, S. Nettleton ve R. Burrows (Ed.), *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, in pp. 57-68, New York: Routledge.
- Elliott, A. (2016). *Çağdaş Sosyal Teoriye Giriş*, S. Taşdemir-Afşar ve Ark. (Çev.), Ankara: Dipnot Yayınları.
- Foucault, M. (2002). *Kliniğin Doğuşu*, İ. M. Uysal (Çev.), Ankara: Epos Yayınları.
- Foucault, M. (2003). *Cinselliğin Tarihi*, H. U. Tanrıöver (Çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2015). *Hapishanenin Doğuşu*, M. A. Kılıçbay (Çev.), Ankara: İmge Kitabevi.
- Gabe, J, Bury M and Elston M. A. (2004). *Key Concepts in Medical Sociology*, London: SAGE Publications.
- Giddens, A. ve Sutton P. W. (2016). *Sosyoloji*, İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Goffman, E. (2014). *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare edilişi Üzerine Notlar*, Ş. Geniş ve L. Ünsaldı (Çev.), Ankara: Heretik Yayınları.
- Gönç, T. (2016). "Sağlık sosyolojisinde temel yaklaşımlar ve teoriler." *Sağlık Sosyolojisi*. Mevlüt Özben, İsmail Öz (Ed.), Atatürk Üniversitesi AÖF Yayınları.
- Gönç, T. (2016). "Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik", N. Adak (Ed.), *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* İçinde ss. 61-83, Ankara: Nobel Yayınları.
- Gönç-Şavran, T. (2011). "Sağlık, Hastalık ve Toplum", N. Suğur (Ed.), *İnsan ve Toplum*, İçinde ss. 152-187, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Günindi-Ersöz, A. (2016). *Toplumsal Cinsiyet Sosyolojisi*, Ankara: Anı Yayınları.
- Hillier, S. (2001). "Tıbbî Bilginin Sınırları", A. Nazlı (Çev.), *Sosyoloji Dergisi*, Sayı 8-9. ss.151-159.
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gaspı*, S. Sertabiboğlu (Çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Illich, I. (2011a). *Şenlikli Toplum*, A. Kot (Çev.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Kızılçelik, S. (1996). *Postmodernizm Dedikleri*, İzmir: Saray Kitabevleri.
- Oskay, Ü (1993), "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar", *Sosyoloji Dergisi*, İzmir: E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayınları, Sayı: 4, ss. 89-140.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*, Illinois: Tree Press.
- Poloma, M. M. (1993). *Çağdaş Sosyoloji Teorileri*, H. Erbaş (Çev.), Ankara: Gündoğdu Yayınları.
- Read, J. G. and Gorman B. K. (2011) "Gender and Health Revisited", B. A. Pescosolido (Ed.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing: A Blueprint for the 21st Century* in pp. 411-429, New York: Springer.

- Renaud, M. (1975). "On the Structural Constraints to State Intervention in Health." *International Health Journal of Services*, 5 (4), pp. 569-671.
- Ritzer G. ve Stepnisky J. (2012). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları ve Klasik Kökenleri*, I. Ertuna-Howison (Çev.), Ankara: De Ki Yayınları.
- Ritzer, G. (2011). *Modern Sosyoloji Kuramları*, H. Hülür (Çev.), Ankara: De Ki Basım Yayım.
- Sarı, Ö . ve Atılgan K. G. (2012). *Sağlık sosyolojisi: Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar*, Konya: Karatay Akademi Yayınları.
- Shaw, M. ve Ark. (2009). "Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar", M. Marmot ve R. G Wilkinson (Ed.), *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde ss. 226-256, İstanbul: İnsev Yayınları.
- Tercim, E. (2018), *Sağlık Sosyolojisi*, Konya: Çizgi Kitabevi.
- Timurturkan, M. (2016). "Yeni Bir Tüketim Alanı Olarak Tıbbîleştirme: Beslenme Rejimlerinin Tıbbîleştirilmesi", N. Adak (Ed.), *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde ss. 85-102, Ankara: Nobel Yayınları.
- Vergin, N. (2003). *Siyaset Sosyolojisi: Kavramlar, Tanımlar, Yaklaşımlar*, İstanbul: Doğan Kitap.
- Wallace, R. A. ve Wolf A. (2012). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları: Klasik Geleneğin Genişletilmesi*, Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*, London: SAGE Publications.



3. BÖLÜM

SAĞLIK VE KÜLTÜR

Mine BEKAR*

1. Giriş

Tüm insan grupları çevrelerine uyumda beslenme, barınma, çocuk bakımı ve eğitimi, iş bölümü, sosyal organizasyon, sağlık bakımı ve hastalıkların kontrolünü sağlamayı kapsayan benzer durumlarla karşı karşıyadır. Bu durumlar bireylerin ve grupların bakımında temeldir. İnsanlar, bu gereksinimleri karşılamak için kültürel çözümler geliştirme yetenekleri ile tanınırlar ve bu yetenekler kültürel araçları kullanarak çevrelerini değiştirmeye uyum sağlamak için önemlidir. İnsanın kültürel boyutunu anlamak antropoloji alanından ortaya çıkmıştır. Kültürel antropolojistler insan grupları ile çalışırken, bu gruplar arasındaki benzerliklerin ve farklılıkların her ikisini de anlamak için karşılaştırmalı yaklaşımı kullanmışlardır. Bu bilgi insanı anlamaya katkıda bulunmuştur. Antropoloji insan ve kültürün her ikisini de holistik (bütüncül) bir görüşle tanımlamaktadır. Kültürler çok kompleksir ve yaşamın tüm yönünü kapsar.

Çok kültürlü ülkemizde ve dünyada biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlık olan insanla çalışan sağlık profesyonelleri hareketli ve değişen koşullarda transkültürel krizlerle yüz yüze kalabilir, savaşlar, politik baskılar altında kalan insanlar ve Dünya'nın her tarafından gelen göçmenler gibi durumlar artarak sürebilir. Bu durumlar yaşanmasa da ülkenin bölgeleri, illerinde de kültürel farklılıkların olduğu akılda tutulmalı ve dikkate alınmalıdır. Sağlık profesyonelleri aynı kültürden veya farklı kültürlerden bireylerle/hastalarla ve aileleri ile sürekli etkileşim halindedir. Bu etkileşim tüm ortamlarda, özel ve mesleki yaşamda devam eder. Bu durum, açık fikirliliği, kültürel hazırlığı, sağlık yaklaşımında birey, aile ve toplumların kültürünü dikkate almayı gerektirir. Sağlık profesyonellerinin insanlara kültürel yönden günün koşullarına uygun, kabul edilebilir yardım hazırlığına

* Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

gereksinimi vardır. Sağlık yaklaşımı bireysel, saygılı, çok yönlü ve hümanistik ilişkiler içinde planlanmalı ve sürdürülmelidir (Aksayan ve Hayran, 1992:12-14, Abdullah, 1995: 715-720 , Bekar, 2001: 136-141, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

2. Kültürün Bileşenleri

Sağlık uygulamaları, alışkanlıklar, ahlâksal öğeler, din, kurallar, ilkeler, davranış kalıpları, yaşam şekilleri, aile destek sistemleri, yaşam felsefesi, beslenme, müzik, gelenekler, inançlar, sanat, dil vb. konular kültürün komponentleri içerisinde yer almaktadır. Kültürler birbirleri ile bağlantılı sistemlerdir. Sistemin bir parçasındaki değişim diğer parçaların da değişmesine neden olur. Bütünlük insanın fiziksel, duygusal, sosyal, kültürel, spiritüel, entelektüel ve çevresel olarak bütün bir varlık olduğunu vurgulamaktadır. İnsan davranışları insanların etkileşimini ve çevresel koşulları ifade eder. İnsan davranışlarının kültürel temeli sağlık bakım uygulaması için büyük öneme sahiptir. Sağlık bilimleri ve antropoloji bilimi insanı holistik bir görüşle ele almaktadır. Kültürün tüm yönleri sağlık uygulamalarında önemlidir (Aksayan ve Hayran, 1992:12-14, Bekar 2001:136-141, Bayık 2008: 92-101, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

3. Sağlık Bakım Uygulaması Üzerinde Etkili Olan Kültürel Durumlar

Sağlık ve hastalık inançları, doğum uygulamaları, çocuk bakımı ve yetiştirmeye ilişkin inanç ve uygulamalar (örneğin yenidoğan bebeği emzirmesi için annenin üç ezan geçmesini beklemesi, yenidoğanın tetanoz hastalığına neden olabilen höllük adı verilen toprağa sarılmasının yararlı olacağı, sıkı kundaklanan bebekte kalça çıkıklığı olmayacağı, kundak ne kadar sıkı olursa, bebeğin kaslarının da o kadar sıkı olacağı, yenidoğan bebek sarılık olmasın diye ya da sarılık olduğunda kundak olarak sarı bez bağlanıp, sarı yazma örtülmesi, yenidoğanın sağlığı için çok önemli olan annenin ilk sütü (colostrum) bebeğe verilirse sarılık olacağı gibi sağlığa zararlı uygulamalar), gebelik uygulamaları (uterusa şeker, soğan vb. şifalı bitki ve baharatlarla karıştırılan pamuk vb. yerleştirilirse gebeliğin oluşacağı gibi), beslenme alışkanlıkları (örneğin fazla katı hayvansal yağ ile beslenme ve besinlerin kızartılması vb.), cinsellik, cinsellikle ilgili yasaklar ya da desteklenen cinsel tutum ve davranışlar (örneğin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bireysel ve sosyal sorun olarak görülmesi aile içerisinde çözülmesi gereken gereken bir so-

run olarak görülmesine neden olarak sağlık kurumuna başvurma gerekliliği ihmal edilmektedir buda infertilite, kanser, pelvik inflamatuvar hastalık, abse vb. gelişmesine sağlık sorunlarının zaman içinde büyümesine neden olabilmektedir. Kadınların genital yol enfeksiyonlarında 'utanma', 'suçluluk', 'mahremiyet' duygusu gibi nedenlerle sağlık kurumuna başvurmaması gibi), aile uygulamaları, ideal aile büyüklüğü ve çocukların cinsiyetine ilişkin kültürel inançlar, doğum kontrolü(örneğin gebelikten korunmak için geleneksel yöntem olan vajinal duş kullanmanın vajinal enfeksiyona zemin hazırlaması) ve düşüklere ilişkin kültürel tutum ve uygulamalar, yaşlanma ile ilgili inançlar, hareket, egzersiz, ağrı tepkisi, din, ölüm uygulamaları, ölüme ilişkin tutumlar ve cenaze ile ilgili gelenekler, yas tepkisi, sözel ya da sözel olmayan iletişim biçimi, zamana oryantasyon, dokunma, mahremiyet, gizlilik, toplumda kadın ve erkek için uygun görülen roller ve haklar, toplumdaki aile yapısı aile içi etkileşim, bağlılık, endogami ya da egzogami gibi toplumlarda kabul gören evlilik biçimi, toplumda benimsenen beden tipi (şişman, zayıf, uzun boylu, vb., örneğin diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı ve kanser gibi kronik hastalıklara neden olan fazla kilonun, istenen, tercih edilen ve sağlığın göstergesi olarak bazı toplumlarda kabul görmesi), beden imgesi, giyinmeye ilişkin değerler, uygulamalar (tüm vücut kapalı giyinmenin kemik hastalıkları gelişmesi açısından risk yaratması), kişisel hijyen ve sanitasyon uygulamaları (örneğin vajinal duş ve arkadan öne doğru taharetlenmenin vajinal enfeksiyon gelişmesi açısından risk oluşturması vb.), konutun düzenlenmesi ile ilgili gelenekler, iş, meslek ve ekonomik durum özellikleri, toplumda içki, sigara, uyuşturucu kullanımına olan eğilim ve inançlar, göçmenlerin göç ettiği kültüre uyumu ya da kendi kültürünü yaşatma çabaları, spor vb. boş zamanları değerlendirme uygulamaları, geçim aracı ya da zevk olarak hayvanlarla olan ilişkiler, yerel tedavi uygulamaları vb. sağlık bakım uygulaması üzerinde etkili olan kültürel durumlar (Aksayan ve Hayran, 1992:12-14, Alleyne, Papadopoulos ve Tilki 1994: 635-637, Bekar 2001: 136-141, Bayık 2008: 92-101, Giger, 2017).

Sağlık ve hastalık kültürüne göre değişebilen kavramlardır. Hastalıkların nedenleri, görünümü ve dağılımı kültürel özellikler tarafından belirlenir ve sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi kültürlere özgü uygulamalarla yapılır. Bu nedenle kültür, sağlık ve hastalığın dinamik bir etkeni olarak görülmektedir, bazıları yöreden yöreye, aileden aileye, kişiden kişiye bazı ayrımlar göstererek hala canlılıklarını sürdürmekte, ağırlıklarını korumaktadır. Kültürel değer, tutum, inanç ve davranışlar, kişilerin yaşam tarzlarını, dolayısıyla sağlık koşullarını etkiler, Bunlar aynı zamanda kişilerin sağlık hizmetlerine karşı tepkilerini belirler. Sağlık hizmetlerinin geleneksel inançlar göz önüne alınmadan sunulması bu hizmetlerin kabul

edilmeme olasılığını artırır. Sağlığı olumsuz yönde etkilemediği düşünülen geleneksel inanç ve uygulamalara saygı gösterme kişilerin güvenini kazandıracak bir yoldur (Aksayan ve Hayran, 1992:12-14, Alleyne, Papadopoulos ve Tilki 1994: 635-637, Bekar 2001: 136-141, Bayık 2008: 92-101, Chang, Simon ve Dong 2012: 269-278, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Sağlık profesyonelleri, ailelerin ya da grupların optimum sağlığı sürdürmelerinde, bireyleri anlamada ve yardım etmede kültürel bilgiyi kullanmaktadırlar.

Leininger'e göre kültür; öğrenilen, paylaşılan, aktarılan, değerler, inançlar, yöntemler ve düşünmeye, karar vermeye rehberlik eden ve duruma uygun davranışta bulunan belirli bir grubun yaşam şekli ve uygulamalarıdır. Bazı dini törenler, ayinler, giyinme, beslenme, etnik miras ve sağlık bakım uygulamaları; kültürel davranış tanımının örnekleridir.

Kültür farklı şekillerde tanımlanabilir:

Kültür: Bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesle aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır.

Kültür: Yaşamın bünyesi, dokusudur ve her insan bir kültüre sahiptir. Doğanın yarattıklarına karşılık insanın yarattığı her şeydir.

Kültür: Bir toplumun ya da bütün toplumların birikimli uygarlığıdır, belli bir toplumun kendisidir, bir dizi sosyal süreçlerin bileşkesidir, bir insan ve toplum kuramıdır.

Kültür: Toplumda yaşayan insanların bütün öğrendikleri ve paylaştıklarını kapsayan bir kavramdır.

Davranış bilimlerinin incelediği hemen her şey kültür tarafından biçimlendirilmiştir. Örneğin; dünyaya gelen bir çocuk dilini, dinini, yeme içmesini, çevresini, sosyal yaşantısını, çocuk yetiştirmesini, görgü kurallarını, manevî değerlerini, sağlık-hastalık davranışlarını ve hatta ölümden sonraki yaşantısını belirli bir kültür kalıbı içinde öğrenir. İnsan yaşamında bazı değer, inanç ve sosyal ilişkileri öğrenerek toplumsal bir varlık haline gelir. Bunlar basit şekilde kültürü oluşturur. Kültür böylece, bize ne yapıp yapmayacağımıza ilişkin birçok şeyi öğretir. Bunlar o kadar iyi benimsenir, içselleştirilir ki bunun dışında olan şeyler doğru olarak kabul edilmez. Her toplumda belli inançlarla insanların vücutlarının nerelerinin diğerlerinden saklanacağı veya ayıp, günah olduğu kültürlerce biçimlenir. Bazı toplumlarda iyi olarak nitelenen durumlar, bazılarında çok kötü olarak tanımlanabilir. Bu nedenle toplumlararası farklılıklar hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir.

Çünkü her kültür bazı olaylara bir anlam verir ve onu belli bir biçimde yorumlar. Bu yorumların bazıları değişken, geçici bile olsa kültürün üyeleri onları olduğu gibi kabul eder (Güvenç 1996: 95-128, Harkness, Dincher 1996, Kağıtçıbaşı 1998: 27-44, Özkalp 1998:93-107, Bekar,2001:136-141, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Boyle ve Andrews, kültürün 4 temel özelliğini tanımlamıştır: Kültür öğrenilir ve kuşaktan kuşağa aktarılır. İnsanlar kendi kültürlerini doğuştan itibaren öğrenmeye başlarlar. Her insan içinde yaşadığı kültürden farklı derecelerde etkilenir. İçinde bulunduğu toplumun kültüründen tam olarak etkilenmeyen bir insanda bile kültürün kişinin davranışlarına ve o kişinin diğer insanların davranışlarını yorumlamasına etkisi kaçınılmazdır. Kültür her bireyin doğduktan sonraki yaşantısı içinde kazandığı alışkanlıklar, davranış ve tepki eğilimleridir. Dünya insanları arasında kültür benzerliğinden çok farklılığı vardır. Bir birey/hasta, sağlık profesyonelinin sorduğu basit bir soruya tamamen yanlış bir cevap verebilir. Bu tür yanlışlıklardan kaçınmak için, sağlık profesyoneli bu farklılıkların farkında olmalı, terimin anlamını açığa çıkarmalı ve birey/hasta ile aynı görüşü paylaşmalıdır. Bireyler/hastalar soruları farklı anlayabilir, bu durum, farklı kültür terim ve sözcüklerinden dolayıdır. Sorunun birey/hasta tarafından açık olarak anlaşıldığından emin olunmalıdır.

Kültür paylaşılır. Her bir bireyin sağlık, optimal sağlık, hastalık, iletişim örüntüleri kendi kültürel geçmişinden etkilenir. Kültür sosyal olarak aktarılır ve değerlerin, inançların, geleneklerin, alışkanlıkların, tabuların ve normların bir grup insan tarafından paylaşıldığı kompleks bir sistemi ifade eder. Aynı gruba mensup üyeler kültürü bilinçli ya da bilinçaltı olarak paylaşırlar. Bu ortak uygulamaların paylaşımı her gruba, kültürünün bir parçası olarak kimlik kazandırır.

Kültür bireyin çevresine uyumudur. Özel koşullara, durumlara ve insan grubunun kullanabileceği veya elde edebileceği doğal kaynaklara göre yansır. Örneğin "Kanguru bakımı" Bogata'da Kolombiya'da başlayan bir yaklaşımdır. Erken doğan bebeklerin yaşatılması için, ileri teknolojik araç-gereçlerinin yer alması gereken inkubatör (küvöz) bulunmadığından anneler bebeklerini kanguru bakımı gibi aynı şekilde sıcak tutarak büyütür. Anne bebeğini dikey durumda, göğüsleri arasında, derisi derisine mümkün olduğunca temas edecek şekilde saklar. Bu başarılı kültürel adaptasyon günümüze adapte edilmiştir.

Kültür dinamik ve değişen bir süreçtir. Kültür değişir, ancak koşullara ve grubun gereksinimlerine cevap verecek şekilde yavaş gelişir. Çevre kaynaklarının sınırlı

olduğu kavranmaya başladıkça ve çevreye verilen zararın farkına varıldıkça tek kullanımlık "kaldır at" davranışı da değişmektedir. Erkeğin para kazanan, kadının ev işleri yapan, çocuk doğuran normu değişmiş ve insanlar gereksinim ve inançları ile daha iyi uyuşan alternatif davranış normları keşfetmiştir. Hiçbir kültür dinamik olmadan, değişen dünyaya ayak uydurmadan ayakta kalamaz.

Kültür insanla, çevreyle, doğayla, madde ile vb. tüm ilişkilerin merkezinde yer alır. Tercihler kültürü belirler veya sınırlar. Dil ve davranışlar kültürün birer sembolüdür. Kişinin yaşadığı deneyimlere tepkisinin ne olacağını belirler. Örneğin; erkeğin evde çocuk bakması kadının çalışması yakın zamanlara kadar sosyal olarak kabul edilebilir değildi. Bu durum bazı toplumlarda halen kabul görmeyen bir davranıştır (Güvenç 1996: 95-128, Harkness, Dincher 1996, Kağıtçıbaşı 1998: 27-44, Özkalp 1998:93-107, Bekar,2001:136-141, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

4. Yaygın Olarak Kullanılan Bazı Kültürel Kavramlar

Stereotyp: Bireysel farklılıklar göz önüne alınmadan bireylerin ya da grup üyelerinin özelliklerinin aynı olduğunu kabul etmektir. Bir sağlık profesyoneli, belli bir kültürdeki bireye/hastaya bakım verirken, bireyin/hastanın aynı kültürden olan herkes gibi aynı davranışı göstereceğini düşünüyorsa stereotyp davranışa sahiptir. Stereotyp davranış sağlık profesyoneline bireyin/hastasının farklılıklarını ve bireyi/hastayı bireysel olarak tanımasına engel olur. Stereotyp oluşun aksine belli bir kültürden gelen birey/hasta guruplarını genelleme yaparak değerlendirmek sağlık profesyonelinin o kültür hakkındaki bilgisini artırır. Genellemeden yola çıkılarak bir topluma ait bireyin inanç ve uygulamaları, neleri yapıp yapmadığı anlaşılabılır.

Ethnosentrizm: Kişinin kendi kültürünü temel olarak alması ve diğer kültürleri kendi kültürü açısından değerlendirmesidir.

Kültürel relativizm: Kültürü o kültürün yapısı içinde, değer yargılarını kullanmadan tanımaya ve anlamaya denir. Kültürel relativizm perspektifinden bireye/hastasına yaklaşan sağlık profesyoneli kültürün özelliklerine, inanç çeşitliliği ve değişik çevrelerde, değişik sosyal ihtiyaçlar sonucu oluşan uygulamalara açıktır.

Alt Kültür (Sub cultur): Toplumun temel kültürel değerlerini paylaşan, ancak bunun dışında kendini diğer gruplardan ayıran değer, norm ve yaşam biçimleri

olan gruplardır. Örneğin Dünya'nın birçok ülkesinde gençliğin, ırkların, etnik grupların oluşturdukları çeşitli alt kültürler mevcuttur.

Kültür şoku: Bir kültürden başka bir kültüre giden bireylerin, yeni kültüre uyum sağlamakta karşılaştıkları güçlükler, sıkıntılar ve gösterdikleri tepkilerdir.

5. Kültürel Duyarlılık

Sağlık profesyoneli bireyleri görünüşleri veya isimlerine göre belirli bir etnik gruba sokmaktan kaçınmalıdır. Sağlık profesyonelinin kendi sağlık inanç ve uygulamalarına ters/zıt düşecek bireylerle karşılaşması olasıdır, bu nedenle farklı kültürlerden olan insanlara karşı duyarlı olması gerekir. Kalıplardan çok bireyin kültürünü esas alan sağlık müdahalelerini kullanması, kültüre özgü sağlık inanç ve tutumlarının etkisini anlaması, uygulanmasında sakınca yoksa, mümkünse kişinin kendi kültüründe kullandığı tedavi yöntemlerini bakımıyla birleştirmesi, kültürel körlükten, ethnosentrizmden, kültür empoze etmekten, stereotyp yaklaşımdan uzak olması gerekir (Mc Cann Flynn, Burrough ve Heffron 1984: 261-291, McGee 1994: 789-792, Harkness, Dincher 1996, Bekar,2001:136-141, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Değer ve inançları şekillendirmede kültürler aşağıda yer alan benzer bileşenleri paylaşırlar. Bunlar;

İnsanın doğası: Bazı kültürler insanın özünde iyi, bazıları insanın özünde şeytan olduğunu ancak iyi olma potansiyelinin olduğunu, bazı kültürler her ikisinin karışımı olduğunu düşünür.

İnsanın insanlarla ve doğayla ilişkisi: İnsanın içinde bulunduğu çevreyi ne kadar kontrol edebileceğine ilişkin görüşleri ve kültürel davranışları da farklıdır. Bazı gruplar insanın çevresini kontrol etmede, yönetmede hiçbir gücünün olmadığını düşünürken (Örneğin; kaderci yaklaşım hastalık, ölüm, felaketlerin Allah'tan geldiği ve insanın bunun için bir şey yapamayacağı inancına sahiptir) bazıları ise kontrolün kendi elinde olduğunu düşünür.

Zamana odaklanma zamanı algılama: Tüm kültürler geçmiş, gelecek ve şimdiki zamanla ilgili bir görüşe sahiptir. Bazı kültürlerde insanlar geleceğe odaklanırken bazıları şimdiki zamana, bazıları ise geçmişe odaklanır.

Yaşamın amacı: Yaşamın anlamı ile ilgili görüşler direkt olarak değerlerle ilişkilidir. Yaşamda sürekli başarılı olmak, birey olmaya önem vermek kültürel beklentiler arasındadır.

Kişilerarası ilişkiler: Kişiler arası ilişkiler kültürel değerlerden etkilenir. Bazı kültürlerde ilişkiler aile ve geniş aile üzerine odaklanır. Çalışma ya da evlenme durumunda ailenin kararı gibi grup hedefleri bireysel hedeflerin önüne geçer. Soyun devamı önemlidir, akraba evlilikler vb. durumlar görülür. Bazı kültürlerde bireysel hedefler, otonomi, kendi kendinden sorumlu olmaya daha değer verilir. Bireysel ilişkiler öne çıkar.

Aile içi ilişkiler ve rol beklentileri, aile yapısı ve karar verme gücünde de kültür önemli bir belirleyicidir. Bazı ailelerde sosyal iletişim ağı sadece geniş aile içinde olabilir (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan,1995:450-455, Rothrock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134, Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6. Kültür ve Sağlık

Kültürel değerler kişinin sağlık ve hastalıkla ilgili davranışlarını inançlarını ve tutumlarını etkiler. Sağlığı etkileyen kültürden kültüre değişen 6 kültürel fenomen vardır:

İletişim: İletişim sağlık yaklaşımının tüm aşamalarında temeldir ancak sağlık profesyoneli ve bireyin/hastanın farklı kültürlerden gelmesi sözel ve sözsüz iletişime bir engel oluşturabilir. Bazı kültürlerde kişisel problemlerin, örneğin cinsel sorunların karşı cinsle konuşulması uygun görülmebilir. Etkin iletişim kurulmadığında birey/hasta rahatsız olmuş, bunalmış, izole ve uyumsuz olabilir.

Mesafe: Kişisel mesafe bireyin çevresindeki alanı ifade eder ve kültürler göre farklılık gösterir. Örneğin, bazı kültürler diğer kültürler göre daha fazla mesafeye ihtiyaç duyarlar. Mesafe kişisel güvenlik, mahremiyet ve otonomi ile ilgilidir.

Sosyal Organizasyon: Sosyal organizasyon insanın kendi kültür ve davranışlarını öğrendikleri çevredir. Aile, okul dini gruplar gibi birimlerden oluşur.

Zaman: Zamanın önemi ve anlamı kültürden kültüre değişir. Geleceğe oryante kültürlerde bireyler kendilerine uzun vadeli hedef ve planlar yaparken bazı kül-

türler şimdiki zamana oryantedir. Zamana olan oryantasyon sağlık eğitimini etkileyebilir. Şimdiki zamana odaklanan insanlar gelecekte olabilecek bir problemi önlemeye ilişkin davranışları yapmakta sıkıntı yaşayabilirler.

Çevre: Çevre, birey veya toplumun doğayı kontrol etmede kullanılacak aktiviteleri planlama yeteneğini tanımlar. Çevrede sağlık ve hastalığa ait inançlar da yer alır. Yüksek derecede içsel kontrole sahip kültürler hastalıkların önlenebileceğine ve toplumsal çalışmalarla sağlık düzeyinin yükseltilebileceğine inanırlar.

Biyolojik Farklılıklar: İnsanların fiziksel, genetik, enzimatik farklılıkları nedeni ile ilaçlar farklı ırklarda farklı metabolize olurlar. Irk, vücut yapısı, deri rengi, hastalıklara yatkınlık, beslenme biçimleri kültürden kültüre farklılık gösterir. Vücut yapısı, boy, kemik dansitesi, burun biçimi, kas yapısı vb. kültürlerde farklıdır (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan,1995:450-455, Rothrock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134 , Bekar, 2001:136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları ve Kültür Arasındaki İlişki

Sağlık ve hastalık kavramları kültürden kültüre değişir. Bazı gruplar hastalığı vücuttaki patolojik bir olayın sonucu olarak görürken bazıları dışsal kaynaklara bağlayabilir. Bazıları nazar değmesi, bazıları ise ceza olarak tanımlayabilir. Dolayısıyla tedavi biçimleri de farklılık gösterebilir. Akupunktur, bitki çayları, otlar, ibadet-dua etme gibi sağlığın algılanması ve baş etme yöntemleri, kültürel değerlerle ilgilidir. Bu nedenle bireylerin bakış açıları ve beklentileri sağlık hizmetlerini sunarken dikkate alınması gereken durumlardır.

Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik olarak yapılan kuşaktan kuşağa taşınan geleneksel uygulamalar da (sünnet, nazar duası, bitkiler vb.) vardır. Kültürel inanç ve uygulamaların dikkatli değerlendirilmesi etkin bir sağlık bakımının oluşturulması açısından önemlidir. Bireylerin kültürünün, uygulamalarının tanınması, olası sağlık risklerine karşı sağlık profesyonelinin uyanık olmasına da yardım eder. Örneğin; beslenme şekli yağlı, acılı vs. olan bir kültürler ile hipertansiyon, diyabetes mellitus, serebrovasküler hastalık, mide kanseri ilişkisi ile sebze ağırlıklı beslenen kültürler ve sağlık ilişkisi farklılık göstermektedir. Sağlığa zararlı kültürel uygulamaları tanılamak da değişim açısından önemlidir (Mul-

holland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan,1995:450-455, Roth-roock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134, Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.2. Kültürel Gelenekler, İnançlar ve Değerler

Gelenekler, inançlar ve değerler tüm kültürlerin sağlam yapılarıdır. Bir sağlık profesyonelinin dünyadaki kültürlerin hepsini bilmesinin olanaksız olmasına rağmen, mesleği gereği karşılaştığı kültürler hakkında bir şeyler bilmesi gerekir.

Gelenekler alışkanlık uygulamalarıdır veya belirli koşullar altında alışılmış uygulama yöntemleridir. Kişinin bileğine mavi boncuklardan oluşan bir bilezik takması, konuşurken doğrudan doğruya konuştuğu kişinin gözlerine bakmaması, bir erkeğin cerrahî operasyondan önce vücudundaki kılları tıraş etmek istemesi, yeni doğan bir bebeğin höllük adı verilen toprağa sarılması veya doğumdan sonra banyo yapılmaması gibi uygulamalar geleneklere ilişkin örnekler arasındadır.

İnançlar veya normlar insanların davranışlarına rehberlik eden kurallardır. Kurallar kişiye, belirli bir durumda nasıl davranmaları, nasıl davranmamaları gerektiği konusunda, uygun olan davranışı göstermelerini anlatır. İnançları değerlendirmek daha zordur. Çünkü doğrudan gözlenemezler, ancak doğru sorular sormak suretiyle öğrenilebilirler. Örneğin, “şu anda sizi rahatsız eden sorun hakkında siz ne düşünüyorsunuz?” sorusunun yanıtı tıbbî açıklamaların benzerini içerebilir, Allah tarafından, günahlarının cezası olarak gönderildiği şeklinde açıklanabilir veya bilerek ya da dikkatsizlik sonucu kendisine verildiği biçiminde ifade edilebilir.

Değerler, davranışın yöneldiği amaçlardır. Değerler hangi toplumsal davranışların iyi, doğru olduğunu belirten, paylaşılan ölçüt veya fikirlerdir. Değerler bilinçaltındadır ve birey onlara sahip olduğunun farkında bile olmayabilir. Onları değerlendirmek oldukça zordur. Farklı kültürlerin ortak sahip olduğu, yaşamın temelleri hakkında birkaç kavram elde edilmiştir. Örneğin “Çevre hakkında ana değeriniz nedir? Çevrenin sizi kontrol ettiğine inanır mısınız, yoksa çevre ile uyum halinde yaşayarak birlikte mi olursunuz? İnsanların çevreyi kontrol ettiğine inanır mısınız?” soruları sorulabilir. “Gidişin bu olduğunu düşünüyor muyum, ya da davranışlarım inançlarımı yansıtıyor mu?” merak edilebilir. Aynı zamanda, “Başkalari ile ilişkileriniz hakkında neye inanırsınız? Ailenin bir grup olarak kendi içindeki

bireylerden daha önemli olduğuna mı yoksa bireyin bağımsızlık ve egemenliğinin en üstün olduğuna mı inanırsınız?” gibi sorular sorulabilir. Başarı, disiplin, ahlâk, insancıl olma, yeterlilik, kendini geliştirme, adalet, eşitlik, özgürlük, uyumluluk, akılcılık, bilimsellik, demokrasi, saygı, grup çalışmasına inanç vb. kavramlar değerlere örnektir.

İnsanların sağlık ve hastalık hakkındaki görüşleri farklıdır. Hastalık ve sağlığın yaşamın kaçınılmaz bir dengesi olduğuna inananların yanı sıra hastalığın kişinin hatalarından dolayı doğaüstü güçler veya Allah tarafından bir ceza olarak gönderildiğine inanan insanlar da vardır. Bu tür değerler hastaların motivasyonu ve sağlık hizmetlerine tepkilerinde keskin, önemli etkilere sahiptir.

Sağlık profesyoneli, farklı gelenek ve uygulamalarla karşılaştığında kültürel çatışma doğabilir. Örnek olarak iki aysberg verilirse; bir aysberg sağlık profesyoneli, diğeri bireyi/hastayı temsil etmektedir. Gelenekler aysbergin tepesine yakın bölgede, su hattının üzerinde gözlenebilir, bunlar tanınabilir ve uğraşılabilir. En büyük zorluk çatışan değerlerde yatar ki o da su altında iyice saklanmışır. İki aysberg çarpıştığı zaman, çarpışma en dipte, gerçek etkinin olduğu yerde hissedilir (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418 , Rajan,1995:450-455, Rothrock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134 , Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.3. Kültürel Sağlık Yaklaşımının Gelişimi

Sürekli nüfus değişikliklerinin ve göç olaylarının etkisi ile transkültürel bakıma olan gereksinim ve ilginin giderek artması transkültürel yaklaşımın önemini ortaya koymuştur. Bireyin/hastanın kültürünün dikkate alınması konusu hala sorun oluşturmakta ve ihmal edilmektedir.

Hemşire teorisyen Dr. Madeleine Leininger, antropoloji dalında doktora yapan ilk hemşiredir. Transkültürel hemşireliğin ilk kurucusu ve transkültürel bakım teorisinin öncüsüdür. Leininger, 1950'lerin ortalarında çocuklarla birlikte çalışırken, çocuklar arasında kültürel farklılıklar olduğunu ve çocukların davranışlarını etkileyen kültürel faktörlerin sağlık profesyonelleri tarafından anlaşılamadığını gözlemlemiş ve buradan yola çıkarak transkültürel sağlık girişimlerinin planlanmasına daha çok önem vermeye başlamıştır. Leininger değişik kültürlerde yetişen bireylere uygun bakım verebilecek nitelikte sağlık profesyoneli yetiştirilmesinin

önemini vurgulamıştır. Çünkü farklı kültürlerde yetişen insanların da kendi kültürel varlıklarını açıkça ifade etmeleri, temel insan haklarıdır. Onların kültürel değerlerine saygı duyulmalı ve gerekli sağlık bakımı verilmelidir. Leininger'in belirttiği gibi sağlık profesyoneli bir anda kendini hareketli ve değişen koşullarda Dünya'nın her tarafından insanlarla etkileşim halinde bulabilir. Bu etkileşim evde, hastanede, özel yaşamda ve mesleki yolculuklarda devam eder. Yükseköğretimde, farklı kültürden öğrencilerin sorunları ile yüz yüze gelebilir. Transkültürel yaklaşım, sağlık profesyonellerini, diğer kültürden insanlarla yaratıcı çalışma yollarına götürebilir ve büyük çapta, sağlık profesyonellerinin dünya görüş ve perspektifini genişletebilir.

Sağlık profesyonelleri transkültürel krizle yüz yüze kalabilirler. Savaş kurbanları, politik baskılar altında kalan insanlar ve Dünya'nın her tarafından gelen göçmenler, artarak sürebilir ve sağlık profesyonelleri onlara yardıma çağrılabilirler. Geçmişte ve günümüzde yaşanan tarihi anlar sorun yaratarak bazı göç hareketlerine neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu insanlara kültürel yönden günün koşullarına uygun, kabul edilebilir yardım hazırlığına, bu insanların yeni yaşamlarını kurarken, yeni bir kültürde nasıl yaşayabileceklerinin yollarını keşfetmeye gereksinimleri vardır. Transkültürel yaklaşım, hümanistik ve resmi çalışmanın bilimsel alanı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık uygulamaları da farklılıkları, benzerlikleri, sağlık ve hastalık kalıplarını karşılaştırmalı olarak inceler, araştırır. Dikkatini kültürel inançlara, değerlere, bölünmüş kültürlerin yaşam tarzına yöneltir, elde ettiği bilgileri bireylere, ailelere ve özel kültür gruplarına, özel-kültür veya evrensel-kültür hizmetleri sağlamakta kullanır. Leininger, transkültürel sağlık yaklaşımı bilgisinin temelini sağlam olarak geliştirmek olduğunu bildirir ve bu bilgiye sağlık alanında transkültürel kavramı, teorileri ve sağlık eğitiminde uygulama, araştırma ve klinik uygulamalarda başvurmanın gerekliliğini vurgular (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan,1995:450-455, Rothroock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134, Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.4. Kültürel Yaklaşım

Transkültürel sağlık yaklaşımı farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine odaklanmıştır. Sağlık-hastalık bakım uygulamalarına, inançlara, değer-

lere-saygılı alt kültürler ve bilimsel, hümanist bilgiyi ortaya çıkaran, yarattığı bilgileri sağlık bakım alanları olan "özel-kültür ve evrensel-kültür alanlarında kullanıma geçiren bir alan olarak tanımlanmıştır.

Sağlık bakım yaklaşımı hem objektif (nesnel) hem de subjektif (insanî) olup, subjektif yöne ağırlık vermektedir. Bireylerin/hastaların sağlık ve hastalık durumlarını, teşhis edip, cevap verirken subjektif hizmet sağlanır.

Transkültürel sağlık bakım yaklaşımı çoğu kez, yakın, içten birbirine benzer ilişkilerle bağlıdır. Ancak bu gerçeğe rağmen birçok sağlık profesyoneli bilerek ya da bilmeyerek bu hizmeti önemsemezler. Sağlık profesyonelleri sık sık etnosentrizm eğiliminde olup çok kültürlülük değer ve kurallarını ertelemektedirler. Baskın olan kültürden çok kültürlü sağlık bakım eğitimine doğru, yeni bir eğitim gereklidir.

İnsan transkültürel yaklaşımda ilk temadır. Transkültürel sağlık bakım hizmetleri, her düzeyde sağlık hizmeti veren kurumlarda, düzeye göre kolaylaştırılıp sağlanabilir. Her sağlık profesyoneli, her sağlık görevlisi ve her yönetici, kültürel ağırlıklı, duyarlı bir kültürel hizmet sunabilir, bunu geliştirebilir. Bireye/hastaya, hastanede kaldığı süre içerisinde uymak ve yapmak durumunda olduğu dini uygulamaları olup olmadığını sormaktan tutun, karşı cinsten hekime muayene olmak istemeyen bir bayan hastaya, onu fiziksel olarak muayene için bayan bir doktoru görevlendirmeye, hastanedeki levhaları iki dilde yazmağa kadar her şey, çalışan her birey transkültürel hizmette etkili olabilir (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418 , Rajan,1995:450-455, Rothroock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134 , Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017). Ancak, burada sağlık profesyonelleri ayrıcalıklı bir pozisyondadır, Leininger'in teorik yapısında transkültürel sağlık hizmetlerini sağlık profesyonelleri sağlarlar. Belirtilen örnekler, kültürel sağlık hizmetleri içerisinde kültürel bir insan olmanın nasıl bir şey olduğunu gösterir. Kültürel olarak duyarlı sağlık bakım hizmeti sağlamanın özelliği ve önemi kişisel ve mesleki olarak çok boyutludur. Kültürel duyarlılık ve duyarlı olmak saygı göstermektir. Saygı göstermek ise, güveni artırmada ve tedavi, bakım ilişkilerinde ilk adımdır. Sağlık profesyoneli bireye/hastaya kendi kültürünü ifade izni vermekle, uygun kültürel bakım sağlamakla, bireyin/hastasının daha anlayışlı, uyumlu olma şansını artırır, uygulanan tedaviyi daha iyi anlamasını ve yararlanmasını sağlar. Seçme şansı, birey/hasta tarafından kullanılmalı, dışardan empoze edilmemelidir.

Transkültürel sağlık bakım hizmeti bütüncül bir yaklaşımı yansıtır. Sağlık profesyoneli, kültürel bir değerlendirme yaparken bireyin/hastanın yaşam tarzı ve uyduğu kalıplar, sağlık inanç ve uygulamaları, kültürel değer normları, beklentileri, kültürel tabuları ve batıl inançları dünya görüşü, kültürel çeşitlilik ve bölünmüşlük, kültürel benzerlikler, ayin, dini tören gibi uyduğu şekil ve yollar, halk ve mesleki tedavi sistemleri, davranışa özel hareketler, kültürel değişiklik ve birikimi değerlendirmelidir.

Kültürel özel yaklaşımın benimsenmesi bir tehlikeyi de beraber taşır, o da bir kültür içindeki değişiklikler için değerlendirme yapılırsa meydana gelir, oysa amaç değişik kültürler için yukarıdaki değerlendirmenin yapılmasıdır. Bireysel farklılıklar akılda tutulmalıdır. Aynı kültüre sahip kişilerin hastalık ve sağlık durumlarında aynı tepkiyi göstereceklerini düşünmek yanıltıcıdır. Bireyin/hastanın değerlendirmesi objektif ve subjektif yönden yapılmalıdır, Çünkü objektif değerlendirme açık, tam veya uygun bir tablo veremeyebilir. İnsanları, derilerinin rengine, şive, aksan, giysi gibi yalın, objektif esaslara göre kategorize etmekten kaçınılmalıdır. Birey tamamen eşya, mal, mülk, madde koleksiyonu değildir. Sadece kültüre göre de değerlendirilemez, bireyi anlamak zorunluluğu vardır; insan olarak özelliklerini bulmaya çalışmak gerekir. Bireyin özü, kültürel ve felsefe olarak seçimleri sonucu ortaya çıkar. Bireysel yaklaşıma gereksinimi vardır.

Transkültürel sağlık uygulamalarının avantaj ve dezavantajları sadece birey/hasta bakımı ve sağlık bakım konuları ile ilgilidir. Bireyde/hastada artarak gelişen uyumluluk, daha çok saygı, verilen kültürü esas alan anlayış ve bilginin artması, ırkçılığın azalması, bütüncül yaklaşımlar sayesinde artan kendine güven hem birey/hasta, hem de sağlık profesyoneli için transkültürel yaklaşım sayesinde başarılabilir. Başlangıçta bu uygulama zaman ve enerji kaybı olabilir, hem ruhsal hem de fiziksel olarak, insanları, yanlış olarak etiketleme ve belki de bireyin "tek olan kişiliğine" dikkat etmeme riski olabilir. Transkültürel sağlık yaklaşımının avantajları risklerinden daha fazladır (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418 , Rajan,1995:450-455, Rothroock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134 , Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.5. Transkültürel Üçlü

Kültürel bölünmüşlüğü sağlık bakım uygulamalarındaki yeri konusunda sağlık profesyoneli birey/hasta karşılaşmasında üç karşılıklı etkileşim belirtilmiştir:

"Sağlık profesyonelinin kültürü", "hastanın kültürü" ve "ortamın kültürü." Birey/hasta, 'sağlık profesyoneli –birey/hasta' ilişkisini etkileyen tek varlık değildir. Sağlık profesyonelleri kendi öz geleneklerini, inançlarını ve değerlerini" bu üçlü transkültürel ilişki" içerisine taşırlar. Bir bireyin/hastanın özel kültürünü anlayan sağlık profesyoneli hala denklemin bilinmeyen bir parçası olabilir. Kendini anlama, kültürel olarak bölünmüş bireyi/hastayı anlamak için başlama noktası olabilir. İki aysberg su altında buluştuğu zaman, sağlık profesyoneli bilinci altındaki kendi kültürel davranışının farkına varmadığı sürece, kültürel çatışmanın neden ortaya çıktığını da anlamayacaktır. Kültürel yönden kendini anlamadan, sağlık profesyonelinin kültürel çatışmaya negatif reaksiyonu muhtemelen ethnocentrism, stereotyp, kültürel körlük ve kültürel empoze şeklinde olacaktır.

Kültürel körlük, sağlık profesyoneli, bireyin/hastanın farklılıklarını önemsemez, bunlar yokmuş gibi tedaviye devam ederse ortaya çıkar. Kültürel körlük, kültürel farklılığın ifade edilmesine önem vermemenin belirtisidir. Kültürel empoze kültürel ethnocentrism ile yakından ilişkilidir. Sağlık profesyoneli, kendi kültür normlarına bireyin/hastasının uymasını veya hastanenin, sağlık kurumunun normlarına uymasını beklediği, umduğu zamanlarda ortaya çıkar. Sağlık profesyoneli, "Burada benim ortamımdasın/hastanemdesin ve bizim yöntemlerimize uymak zorundasın." biçiminde düşünebilir. Bu tür olumsuz davranışlar birey/hasta-sağlık profesyoneli ilişkilerinde kopmaya neden olabilir. Aynı zamanda birey/hasta güven duygusunu kaybedeceği için sorunlara yol açar. Bazı hastaneler, taburcu olmak üzere olan hastalara anket formu doldurarak, hastanede kaldıkları sürede almış oldukları tedavi ve bakımdan memnun olup olmadıklarını sormaktadırlar. Bireyler/hastalar, oldukça kaliteli bir hizmet almalarına rağmen, bazıları verilen hizmetten tatmin olmadıkları yanıtını verebilir. Bunun nedenlerinden biri, kültürel gereksinimlerine yanıt verilmediği, fark edilmediği şeklinde olabilir.

Kültürel üçlünün üçüncü bölümü, sık sık karşılaşılan bürokratik hizmetlerin düzenlenmesidir. Burada birey/hasta ve ailelerinin karşılıklı etkileşimi sağlanmalıdır. Bireyler/hastalar sıklıkla kalite ve rahatlık beklerler. Birey/hastaların hasta olan akrabalarına da dikkat ve bakım sağlanmasının ailenin rolünü genişleteceği düşüncesi ile tavsiye edilmektedirler (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan, 1995:450-455, Rothrock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134, Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.6. Kültürel Sağlık Bakımı, Kararları ve Eylemleri

Leininger, kültürel bakım farklılığı ve evrenselliği teorisinde üç model önerir, eylem ve karar modelleri diye bilinen yöntem sağlık profesyonellerine kültürel olarak uygun hizmet vermede rehberlik eder. Sağlık profesyoneli, karar ve eylemlerini etkileyen profesyonel bir sistem dahilinde çalışmaktadır. Aynı zamanda kültürel bölünmeye uğramış birey/hasta ile çalışıyor olabilir, halk sistemi dahilinde karar ve eylemlere rehberlik yapılabilir. İki sistem arasında çatışma potansiyeli mevcuttur. Sağlık profesyoneli birey/hastası ile çatışmadan kaçınmak ve kültürel içerikli, uygun hizmet sağlamak için bireylerden/hastalarından ve ailelerinden gelenek, inançlar ve değerler hakkında bilgi toplamalı, topladığı bilgileri bireyin/hastanın içinde bulunduğu sağlık durumunu iyileştirme, geliştirme sürdürme ve sağlığa zararlı davranışları düzeltme yolunda kullanmalıdır. Sonra da aşağıdaki yollardan birini seçerek bireyin/hastanın gereksinimlerini karşılar, kültürel çatışmayı en az düzeye indirebilir.

Kültürel bakımın sağlanması ve korunması, yardım, destek veya profesyonel eylem ve kararlarla olur, bunlar bireyin/hastanın özel kültürünü korumaya, belirli bir sağlık durumuna kavuşmasına veya hastalıktan kurtulmasına yardım eder. Örneğin, diyet sınırlaması olmayan bir birey/hasta, her zaman kullandığı ve midelerini rahatlatan bitkisel çayın ailesi tarafından getirilmesini ister. Sağlık profesyoneli çayın içerisinde ilaçlarla etkileşim yapacak bir şey olmadığını öğrenir. Bireyin/hastanın ailesi çayı getirmeye devam etmesi için teşvik edilir. Karar ve eylem biçimi bireye/hastaya zarar verici olmayıp, bireye/hastaya göre de faydalı olabilir, olabilecek en kötü şey ise çayın nötr olmasıdır. Yine de bireyin/hastanın bakış açısından kültürel inançlarının korunmuş olması önemlidir.

“Kültürel bakım hizmeti sağlama veya bunu görüşme, yardım edici, destek sağlayıcı veya profesyonel eylem ve kararları yerine getirmede güçlü ve yetkili olma; bunlar bireye/ hastaya özel kültüre uyumlu olmada, sağlık durumuna yararlı olmada, tatmin olmada veya ölümle yüz yüze gelindiği durumlarda bireye/ hastaya yardımcı olurlar.” Hem birey/hasta hem de hastane veya her ikisi de bu metotta rehberliğe ihtiyaç duyabilir. Ölüm anı yaklaşan hastanın ve ailesinin dini uygulamalarını yerine getirebilmelerine ortam ve dini lider sağlamak gibi.

Kültürel bakım hizmetini yenilemek veya yeniden oluşturmak yardım edici, destekleyici ve profesyonel eylem ve kararlara sahip olmayı gerektirir. Bireyin/hastanın, yaşantısını değiştirmesinde, kültürel olarak anlamlı ve doyurucu yeni bir yaşam için yeni kalıplar kurmasında, sağlıklı yaşam geliştirilmesinde profesyonel

eylem ve karar verme yetisine sahip olunmalıdır. Sağlık profesyonelleri bireylerin/hastalarının kültürel inançlarını anlayıp, ancak profesyonel ve etnik olarak bir destek sağlayamayacaklarına da inandıkları durumlarla karşılaşabilirler, hastaya zarar vereceklerini düşünebilirler. Örneğin bir anne, bebeği ishal olduğu zaman bebeğine sıvı verilmemesi gerektiğini düşünebilir. Sağlık profesyoneli bu inanca saygı gösteremez. Bebeğin şiddetle ihtiyacı olan sıvının yarısının verilmesini de pazarlık konusu yapamaz. Her ikisi de potansiyel yaşamsal tehlike oluşturur. Tehlikeli olmayan saygın bir yol, sağlık profesyonelinin, annenin bu inanç sistemini değiştirmek, yeniden yapılanmasını sağlamak için anne ile çalışmaya başlamasıdır. Örneğin, annenin bebeğine vermeğe istekli olduğu iki tür uygun sıvı olabilir, ya da anne evde bulundurduğu sıvılardan bir karışımı oral yoldan bebeğe vermeğe istekli olabilir (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan, 1995:450-455, Rothroock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134 , Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.7. Kültürel Değişkenler

Sağlık bakımı hizmetlerinde karşılaşılan kültürel inanç ve uygulama farklılıklarına ilave olarak günlük davranışlarda da farklılıklar vardır, bunlar çok az veya bilinçli olarak dikkate alınmazlar. Sağlık profesyoneli-birey/hasta etkileşiminde bu tür farklılıkların bilinmesi, kişilerin karşılıklı etkileşimi için temel etmendir. Bireyler arasında saygı ve güveni artırma, bakım hizmetleri kalitesi, bireyin/hastanın doyumu ve kendine güveni açısından yararlıdır. Zaman kavramı, yakınlaşma mesafesi, dokunma, göz teması doğum ve ölüm oranı, acıya tepki, ailenin baskıcı yapısı cinsel rol, çocuk sayısı ve sırası, inanç ve uygulamaları, sağlık görevlileri ile iletişim yapısı, hastane bakımında ailenin rolü kültürel değişkenler için birkaç örnektir. Örneğin Doğu Hindistan ve Ortadoğu kültürleri ısrarla, sağlık hizmeti veren kişinin aynı cinsiyetten olmasını tercih eder. Bu isteğin, mümkün olduğu zaman, aile sağlık bakım hizmetleri veya bireyin/hastanın değerlendirilmesi sırasında dikkate alınması iyi olur. Bütün bu faktörler kültürler içinde aynı anda birlikte rol oynarlar, ne zaman özel bir değişiklik yapıp yapmayacaklarının saptanmasına yardım ederler. Birey/hasta veya aile, kültürel farklılık ve benzerliklerin değerlendirilmesinde en iyi veri kaynağıdır. Sağlık profesyoneli, potansiyel farklılıklara karşı uyanık olmalıdır, bu farklılıklar bireyin/hastanın sağlık bakım hizmetlerine karşı, sağlığını yeniden elde etmede ve sağlığını korumada eleştirel cevabı, tepkisi olabilir. Kültürel değişkenler kültürlerle göre farklılık gösterebilir.

Kültürel değişkenlerden dokunma sağlık bakım hizmetlerinin önemli bir bölümüdür. Özel bir kültürde dokunmaya karşı tepki olduğunun bilinmemesi sorun yaratabilir, korkuya neden olabilir, yasak olabilir. Sağlık profesyonelleri, kültürlerinin gereği davranışlarına yön veren bireylere veya hastalara kültürlerini tanıyarak dokunabilirler veya dokunmayabilir.

6.8. Transkültürel Yaklaşım Süreci

Bireyin/hastanın tıbbî tanısı ne olursa olsun, transkültürel sağlık yaklaşımında, bireyin/hastanın sahip olduğu inanç ve uygulamalarını yansıtan, onları dikkate alan sağlık bakım hizmetlerini planlamak yer almaktadır ve bu da sağlığın elde edilmesinde çok önemlidir. Transkültürel sağlık yaklaşımında, tanıların resmi sınıflandırma sistemi içinde yeterli ölçüde, birlik olarak ele alınıncaya kadar sağlık profesyonelleri yazılı, uygun, kültürel yaklaşımda kendi yaratıcılıklarına güvenmek zorunda kalabilirler. Belki de yeni tanımlar önerilebilir ki kültürel olarak ızdırap çekmek, uzlaşma sağlanmış sağlık inançları, sarsılmış inançlar, inanç sisteminde çatışma, büyü korkusu, biyolojik değişimler, sağlık hizmet yapısına alternatifler ve değişim sendromları da buna dahildir (Mulholland,1995:442-449, Potter, Perry, 1995:402-418, Rajan,1995:450-455, Stanhope ve Lancaster, 1996:117-134, Bekar, 2001:136-141, Tomey ve Alligood, 2010: 458-469, Purnell,2013, Ray, 2016:540-562, Foronda vd., 2015:210-217,Yeager ve Bauer-Wu, 2013: 251-256, Giger, 2017).

6.8.1. Birey/hasta ve aile eğitimi

Birey/hasta ve aile eğitimi sağlık profesyoneli için çok zor olabilir, çünkü birey/hasta kendisini ifade edecek düzeyde dil bilmeyebilir. Bir tercüman veya bir yorumcu kullanılabilir. Ancak tercüman veya yorumcu aracılığı ile de önemli bilgi aktarımları yanlışlığı olabilir. Tercüman ve yorumcu bulunmayabilir, sağlık profesyoneli sık sık ziyaretçileri veya diğer hastaları tercüman olarak kullanır. Lisan kelime kelime çevrilemez ve bir mesajın tam doğru olarak alınamama riski yüksektir. Bazen bireyin/hastanın okula giden çocuklarına uygunsuz olarak tercümanlık yaptırılmaktadır, örneğin doğum kontrolü hakkında annesine tercümanlık yaptırılan bir çocuk gibi. Çocuk ne kadar iyi dil bilirse bilsin, kullanılan cinsel konudaki kelimelerin anlamını bilecek cinsel eğitimi almamış olabilir veya kültürel tabuları bir çocuğun, özellikle de erkek çocuğun annesi hakkında konuşmalarını sınırlandırabilir.

Sağlık profesyonelinin gereksinim duyabileceği bir başka şey de, kadının kocasının veya yaşlı bir aile bireyinin konuşma esnasında hazır bulunmasıdır. Ailenin yapısı, bu bireylerin herhangi bir öğretme-öğrenme ve karar alma çalışmaları sırasında hazır bulunmalarını gerekli görebilir. Bazı kültürler bireyi bağımsız ve sorumlu tek kişi olarak görür, o kültürde kendisi hakkında ne iyi ise birey karar verebilir. Ancak bu durum birçok kültür için doğal ve iyi karşılanmaz, diğer aile bireyleri özellikle de yaşlılar, yaşlı erkekler birey/hasta için neyin en iyi olduğu kararının verilmesinde tamamlayıcı bir rol üstlenirler. Her durumda hem birey/hasta hem de ailenin önemli bireyleri iyi bilgilendirilmelidir. Bu durumda öğretim seansları bireye/hastaya verilen bir konferans değil tüm katılımcılar arasında bir diyalog, etkileşim olur. Bireyler/ hastalar, toplantıda kimlerin bulunacağını, ne zaman yapılacağını, önemli kişiler katılacaksa bilmelidirler. İlgili öğretim materyalleri, bireyin/hastanın kendi dilinde, temin edilebilirse sağlanmalıdır (Mulholland, 1995: 442-449; Potter ve Perry, 1995: 402-418; Rajan, 1995: 450-455; Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134; Bekar, 2001: 136-141; Purnell, 2013; Ray, 2016: 540-562; Foronda vd., 2015: 210-217; Giger, 2017).

Teknolojik gelişim, göç, ayrıca günümüzde yaşanan savaş ve çatışma sorunlarının yol açtığı göç ve mülteci olayları nedeni ile bugün sağlık bakımının kültürel yönü daha da fazla önem kazanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin kültürel komponentlerin ve bu komponentlerin davranış ve uyuma etkisi hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri sağlık bakım yaklaşımı sürecini kullanarak çağdaş bakım sağlayabilirler. Transkültürel sağlık bakım yaklaşımı sürecinin veri toplama aşaması çok önemlidir, Sağlık profesyonelleri sağlık ve hastalık uygulamaları ile ilgili olarak sağlık ve hastalık davranışlarını etkileyebileceğinden kültürel mirasın farkında olmaları gerekmektedir. Bireylerin/hastaların kültürel yapısını ve gereksinimlerini değerlendirmek çok önemlidir.

6.8.2. Veri toplama

Dil, din, ayinler, sağlık görüşleri ve uygulamaları, beslenme, aile sistemleri, gebelik, doğum, çocuk yetiştirme ve ölüm uygulamaları, zaman oryantasyon yaklaşımları, yerleşim bölgesi, dokunma, mahremiyeti veya gizleri, kültürel değerlendirmeler ve planlama stratejileri çağdaş sağlık bakımı sağlamada temeldir. Değerlendirme holistik ve çok yönlü olmalıdır. Birey/hasta veya aile, kültürel farklılık ve benzerliklerin değerlendirilmesinde en iyi veri kaynağıdır.

6.8.3. Planlama

Transkültürel sağlık bakım planı veri toplama aşamasında toplanan verilere dayanır. Bireylerin/hastaların kültürel oryantasyonu ile ilgili kavramlar plan içerisine alınmalıdır. Plan bireysel, holistik ve çağdaş olmalıdır. Eğer hasta dil bilmiyorsa planlamaya iyi bir tercüman alınmalıdır. Bazı büyük ilaç firmaları tıbbî ve sağlık bakım terimlerini birkaç dile çevirmektedirler. Dini liderleri plan içerisine katmak gerekebilir. Bakımın planlanmasında bireyin/hastanın hastalığının nedeni konusundaki görüşünü bilmek temeldir. Bu görüşle bağlantılı her hangi bir davranış değerlendirilmelidir. Bireyin/hastanın ağrısı varsa bunu ceza olarak görebilir. Sağlanan bilgi sağlık ve hastalık uygulamaları için planlamaya yardımcıdır. Eğer bireyler/hastalar alternatif tedavi yöntemi olarak halk tedavisi ya da şifalı bitki almak istiyorlarsa kontrendike olabileceğinden, halk tedavisinin ya da şifalı bitkilerin orijini belirlenmelidir.

6.8.4. Uygulama

Uygulama aşaması transkültürel sağlık bakım sürecinin dinamik bir sürecidir. İlk adım birey/hasta, aile ya da grupla güvenli bir ilişki geliştirmektir. Birey/hasta ya da grupları ethnosentrik standartlara dayanarak yargılamadan değerleri ile ele almak gereklidir. Sağlık profesyoneli iletişim tekniklerini kullanarak ilişkiyi sürdürmelidir. Dil problemi varsa değerlendirilmeli ve planda materyal kaynaklar ya da tercümanlar için konsültasyon yapılmalıdır. Sözel ya da sözel olmayan teknikler kullanılabilir. Gerekirse bireyin/hastanın halk ilaçları ve şifalı otları sağlık profesyoneli tarafından sağlanabilir ve hekim tarafından istenen diğer ilaçlarla birlikte verilebilir. Halk tedavi uygulamalarından uygulama sırasında yardım istenebilir mümkünse teşvik edilmelidir. Sağlık açısından sakıncası yoksa geleneksel inançlar tıbbî tedavi ile birlikte desteklenebilir. Bugünün sağlık bakım sisteminde sağlık profesyonelleri farklı etnik gruplarla farklı bireylerle/hastalarla çalışmaktadırlar. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin sağlık bakım planının tüm aşamalarında kültürel olarak duyarlı olmaları gerekir.

6.8.5. Değerlendirme

Planın sonuçlarını değerlendirme sürecidir. Birey/hasta davranışları planlama aşamasında formüle edilen amaçlar, hedefler ve sonuç kriterleri kullanılarak değerlendirilir ve ölçülür. Bireyler/hastalar arasındaki birçok kültürel farklılıklar not edilmelidir. Bu kültürel nüanslar açıkça görülen davranışlardan ziyade duygular ve tutumlardan kaynaklandığı zaman problemin özel nedenini belirlemek ve de-

ğerlendirmek güç olabilir. Problemin nedeni sağlık profesyoneline güvensizlikten ya da sağlık bakım sisteminden kaynaklanabilir. Birey/hasta ailesinden ve yakınlarından bilgi almak değerlendirme aşamasında çok yardımcıdır ve sağlık profesyoneline ek bilgi sağlayabilir. Sağlık bakım planı yeni bulgularla tekrar gözden geçirilebilir (Mulholland,1995:442-449, Potter, Perry, 1995:402-418, Rajan,1995:450-455, Stanhope ve Lancaster, 1996:117-134, Birol, 1997: 80-81, Bekar, 2001:136-141, Purnell, 2013, Ray, 2016: 540-562, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Kültür insanların fiziksel, sosyal ve çevrelerine uyumda primer stratejidir. Hastalıkların yokluğu ya da varlığı özel çevresel durumlara uyumu başarmanın bir ölçüsüdür. Tüm kültürlerde insanlar rahatsızlık ya da hastalıkları çözümüleme çabasına sahiptir. Sağlık profesyonellerinin temel bilgisinde kültürel kavramların kapsamı sağlık bakımının etkisi için gereklidir. Bu durum yalnızca sağlık ya da hastalıkla ilgili kültürel farklılıkların önemini vermez sağlık profesyonelinin bakış açısını da genişletir. Evrensel insan deneyimleri ve problemlerin çözümünün nasıl araştırıldığı ve kültürlerde bulunan farklılık ve benzerliklerin her ikisini de tanımak için bir yoldur. Sağlık profesyonellerinin sağlık bakımı verirken kültürel olarak duyarlı olmaları gerekir ve bunun farkındalığı artırılmalıdır. Bireye/hastaya sağlık hizmet vermede ön koşul bireyi/hastayı tanımaktır. Bireye/hastaya sağlık yaklaşımı sağlayan tüm sağlık profesyonelleri transkültürel sağlık yaklaşımını bütün açıklığı ile anlamak durumundadır.

Bireylerin içinde yaşayıp, öğrendiği ve diğerlerine aktardığı kültürel değer, tutum, inanç ve davranışları, özellikle de sağlığı etkileyebilecek olanları tanıma, birey/hastanın bakımında, iletişim kurmada ve sürdürmede anahtardır.

Sağlık profesyoneli;

Bireylerin/hastaların kültürü hakkında bilgi sahibi olmalıdır, onların inançlarını, değerlerini ve uygulamalarını incelemelidir, bireylerin/hastaların kültürlerine duyarlı olmalıdır, değerleri ve inançlarına saygı göstermelidir, ethnosentrizimden ve stereotyp yaklaşımdan kaçınmalıdır, temel sağlık bakım eylemleri holistik olmalı, bir fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel değerlendirme kadar kültürel de olmalıdır.

Tüm sağlık profesyonelleri kültürel bilgilerini artırmak ve uygun olarak sağlık bakım sürecinde kullanmak için kaliteli ve holistik sağlık bakımı sağlamak için çaba harcamalıdır. Sağlığı yükseltmek için sağlık profesyonelleri bakım vermelidir, bakmak için öğrenmeyi sürdürmelidir, çoğu zaman bireyler/hastaları onların en

iyi öğretmenleri olabilirler. Sağlık profesyonelleri, kültürel olarak duyarlı olmak ve mümkün olabilecek en iyi bakımı sağlayabilmek için tüm bireylere/hastalarına kalplerini ve akıllarını açmaları gerekir. Karşılıklı paylaşım ile olabilecek en iyi bakımı sağlayabilirler (Mulholland,1995:442-449,Potter,Perry,1995:402-418, Rajan,1995:450-455, Stanhope ve Lancaster, 1996:117-134, Bekar, 2001:136-141, Purnell, 2013, Ray, 2016: 540-562, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Sağlık profesyonellerinin kültürel olarak duyarlı ve yeterli bakımı geliştirmeleri için;

Sağlık yaklaşımı sağlarken kültür kavramını merkez olarak almaları, kültürel gereksinimleri ile uyumlu bakım sağlamaları, herhangi bir kültürel gelenek içinde var olan bireysel farklılıkların ve tercihlerin farkında olmaları gerekir. Bakım bireye özgüdür, bireyin kültürünün eşsizliğine olan duyarlılığı, kültürel inanç ve değerleri içerir. Etnik gruplar ve ırklar arasında var olan sağlık ve hastalıkta dikkat edilmesi gereken bireysel farklılıkları anlamak gereklidir. Bakım sağlık davranışına bireyin karar vermesini kolaylaştırma stratejilerini güçlendirmeyi kapsar. Sağlık profesyoneli kendi kültürünün farkında olmalı ve sağlık bakım alanında önyargı ve ırkçılığa karşı koyarken bireysel tercihleri tanımalıdır ve sağlık, hastalık tedavi ve bakım kavramlarının karşıt kültür boyutlarının farkında olmalıdır.

Hastanın kültürel çerçevesinde çalışmak için istekli olmalıdır.

Dil paylaşımı gereksinimi ile sağlık profesyoneli-hasta ilişkisine engel olan durumlarda özellikle etkin iletişimi kolaylaştırmaya istekli olma çabaları gerekmektedir.

Herhangi birisi farklı kültüre sahip insanlarla çalışmak, karşılıklı etkileşimde bulunmak zorunda değildir; transkültürel farklılığın temel görünümünü oluşturmak, bunun temel anlayışını ortaya çıkarmak durumunda değildir. Sağlık profesyonellerinin birçoğu farkına varmaksızın transkültürel konumda bulunmaktadır. Hastanede hasta olarak bulunmak bile kendi başına yabancı bir ülkeyi ziyaret gibidir. Gıysiler değişik, konuşulan dil sık sık anlamsızmış gibi, yemekler alışılmışın dışında, kurallar ve izlenen yollar tamamen yeni. Transkültürel uygulamalara aşina olan bir sağlık profesyoneli tarafından bakılmak, anlaşılacak, sadece bir kavram olarak kalmamak hem felsefî hem de transkültürel bilgiye ve anlayışa sahip olmak bir fırsat sunabilir. Dünya'nın farklı ve insan ilişkileri içinde bir bütün olduğu fark edilmelidir.

Bakım, bireysel, saygılı, çok yönlü ve hümanistik ilişkiler içinde planlandığı gibi olmalıdır. Transkültürel sağlık bakım hizmetleri verilirken bunlar uygulanır. Ölüm

öncesinde, dini ibadet için aileye fırsat sağlamak, birey/hasta için istediği uygun yiyeceği diyeti sağlamak, dinsel inancının özelliğine bir saygı ve önem vermek olur, ayrıca bir tercümanı ihtiyaç duyulunca bulundurmak da transkültürel farklılıklara saygıyı dile getirir (Miller,2009:92-93, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Umut edilir ki, transkültürel sağlık yaklaşımı, sağlık profesyonellerine rehber olur ve bireylerin ve hasta olan insanların dünya görüşü kavramı değişir ve renklenir.

Sağlık profesyonelleri, transkültürel sağlık hizmeti vermek için teşvik edilme gereksinimindedir, ayrıca bunu yapmakla başkalarına da model ve örnek olunabilir. Bilgi birikimi ile, araştırma ve uygulama ile oluşacak deneyimler başkaları ile paylaşılabilir, ek olarak sağlık bakım müfredatına transkültürel sağlık bakım uygulamaları, kursları dahil edilebilir (Mulholland 1995:442-449, Potter, Perry, 1995: 402-418, Rajan,1995:450-455, Rothroock, 1996:540-562, Stanhope ve Lancaster, 1996: 117-134, Bekar, 2001.136141, Purnell, 2013, Foronda vd., 2015:210-217, Ray, 2016: 540-562, Giger, 2017).

6.9. Kültürel Tevazu (Cultural Humility)

Güç ayrılıklarının, güç dengesizliklerinin ve farklılıklarının var olduğu çok kültürlü Dünyada Kültürel tevazu (Cultural Humility) kavramı; bireylerle etkileşime girerken açıklık, açık olma, kendinin farkında olma/öz farkındalığa sahip olma, egosuzluk/ egosuz olma, farklı kültürden bireylerle isteyerek etkileşime girdikten sonra kendini yansıtma ve öz eleştiri yapmayı içeren bir açıklık, öz-farkındalık kavramıdır. Kültürel Tevazu kavramı, profesyonellerin diğer kültürler hakkında bilgi edinmelerini ve kültürel farklılıklara duyarlı olmalarını sağlayan yaşam boyu süren bir süreçtir. Dünyamızın artan çeşitliliği ve farklı kültürlerin birbirine karışması nedeniyle, profesyonel Dünyadaki kültürel yeterliliğin önemi daha belirgin hale gelmiştir.

Kültürel tevazu kavramı, hem kültürel bakım hem de kültürel yeterlilik ile ilgilidir, fakat bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Kültürel bakım teorisi; kültürel faktörlerin insanların sağlığı ve hastalıkları görüş ve deneyimlerini, sağlık bakım ve tedaviyle ilgili seçimlerini nasıl etkilediğini açıklar.

Bu çerçeve, din, ekonomik, eğitimsel faktörler, kültürel değerler, inançlar, gelenekler ve yaşam biçimleri dahil olmak üzere sağlık bakımı verirken birçok farklı

kültürel faktörün göz önüne alınması gerektiğini göstermektedir (Juarez vd., 2006:97-102, Foster, 2009:100-107, Schuessler, Wilder ve Byrd, 2012: 96-99, Hook vd., 2013: 353-366, Foronda vd., 2015:210-217, Hook, 2014:277-280, Giger, 2017).

Sağlık profesyoneli bakım verirken, kişilerin kültürlerini bakıma entegre etmek ve karşılıklı ortak hedefler geliştirmek ve bakımlarında en iyi yaklaşımı geliştirmek için birey/hasta ve ailelerle iş birliği yapmalıdır.

Bu teori herhangi bir birey, hasta, aile, grup, topluluk, azınlık grubu veya kurum için bir bakım modeli olarak kullanılabilir.

Kültürel yeterlilik kavramı, hemşirelik, ebelik ve sağlık alanında geniş çapta kabul görürken, kültürel yeterlilik terimi ulaşılabilecek ve uzmanlaşılabilecek bir dizi bilgi ve beceri anlamına gelmektedir.

Kültürel yeterlilik kavramı, kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel beceri, kültürel karşılaşmalar ve kültürel istek kavramlarını içerir. Sağlık profesyonelinin kültürel duyarlı bir bakım sağlama isteği ve motivasyonu, kültürel yeterliliğinin temel anahtarıdır.

Bununla birlikte, aynı kültürden ya da farklı geçmişlere sahip birey/hastalar ve ailelerle etkili bir iş birliği yapmak, etkili bir şekilde ortaklık kurmak, bilgidен, klinik beceriden daha fazlasını gerektirir. Bu aynı zamanda açıklık, açık olma, dinleme, öğrenme, iş birliği yapma ve müzakere etmeye istekli olmayı ve açık fikirli olmayı da gerektirir. Bu tutum, kültürel tevazu uygulandığında görülen farktır (Juarez vd., 2006:97-102, Schuessler, Wilder ve Byrd, 2012: 96-99, Hook vd., 2013: 353-366, Isaacson, 2014:251-258, Foronda vd., 2015:210-217, Hook, 2014:277-280, Fahlberg, Forondo ve Baptiste, 2016:14-16, Giger, 2017).

Sağlık profesyonelleri kültürel olarak yetkin olsalar da, bilgi ve becerilerini sergilerken gösterdikleri tutumları, varsayımlara ve basmakalıp inançlara dayandırmamalıdır

İletişimleri sırasında, bireye, aileye uzman olmaları nedeniyle onlardan üstün oldukları mesajını vermemelidir. Bu tutum, sağlık profesyonelinin birey/hasta ve ailesiyle etkili bir iletişim kuramamasına neden olur. Kültürel tevazu bakıma entegre edilmelidir (Hook ve Watkins, 2015:661-662, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Kültürel tevazu; merak, araştırma, kendini yansıtma, eleştirel düşünme ve yaşam boyu öğrenme sürecidir. Kültürel tevazu kavramı, açık bir zihin ve kalp, açık fikir

ve istek korunduğu sürece, her bireyle yaşanan her karşılaşmada şekillenmeye devam eden bir süreçtir. Kültürel Tevazu, en iyi kalitede birey/hasta bakımını sağlamak için tüm sağlık profesyonelleri için gereklidir. Kültürel tevazu, sağlık profesyonellerinin, hastalarının kendi inançları, değerleri ve sağlık hedefleri arasındaki farkları ve benzerlikleri incelemelerine olanak sağlayan, yaşam boyu süren bir kendini yansıtırma ve özelleştirme sürecidir.

Kültürel tevazu, kendi kültürel önyargılarına karşı çıkmayı, tüm kültürlerle ilgili her şeyin bilinemeyeceğini fark etmeyi, tüm kültürler hakkında öğrenmeye yaşam boyu bir amaç ve süreç olarak yaklaşmayı ve tüm kültürlerin bireylerine/hastalarına karşı mütevazı ve saygılı olmayı sağlayan bir tutumdur. Kültürel tevazu, bir bireyin veya hastanın kişisel, kültürel deneyimlerini öğrenmek için aktif bir katılımı teşvik eder (Foster, 2009:100-107 , Matthew, Hockett ve Samek, 2018: 33-37, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Öz-eleştiri, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Kültürel alçak gönüllülük, mütevazı kalmayı ve birinin diğer kültürler hakkındaki eksik bilgisinin farkında olmasını önerir. Kendini değerlendirme ve kültürler hakkında öğrenme yaşam boyu devam eden bir süreçtir; her birey karmaşık bir kültürel kimliğe sahip çok boyutludur. Kültürel tevazu ayrıca kendi kültürel önyargılarını eleştirmeyi gerektirir. Kültürel tevazu varsayımlara, yargılara ve önyargılara karşı çıkmayı önerir, diğer kültürlerin bireyleriyle etkileşime girdiğinde öğrenen olmayı teşvik eder.

Sağlık profesyonelinin yükümlülüğü ve sorumluluğu yaşamlarının en savunmasız ya da en önemli anlarında bireylerle/hastalarla ve ailelerle çalışırken onlarla iş birliği yapmak, onları savunmak ve güçlendirmektir.

Bunu etkili bir şekilde yapabilmek için, özellikle bireyler karar verme durumunda kaldıklarında ya da zor kararlarla karşı karşıya kaldıklarında onların yanında olmayı ve onları dinlemeye istekli olmayı gerektirir (Schuessler, Wilder ve Byrd, 2012: 96-99 Juarez vd., 2006:97-102, Hook vd., 2013: 353-366, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Sağlık profesyoneli kendi önyargılarının farkında olmalıdır ve sağlık profesyonelinin görevi onlar adına karar vermek değil, birey/hasta ve ailesini bilgilendirmek, danışmanlık yapmak, durumlarını kolaylaştırmak ve onları savunmaktır. Birey/hastalar ve aileler bir karar verdiklerinde, bu kararı bakım planına entegre etmek ve onları desteklemektir.

Açık görüşlülük ve kabul edici bir tutum sergileyen bu yaklaşım, güven ve iletişimi pekiştirirken diğer yandan da birey/hasta ve ailelerin ortaya çıkabilecek sonuçların

kabulüne doğru ilerlemesine yardımcı olmaktadır (Schuessler, Wilder ve Byrd, 2012:96-99 Juarez vd., 2006:97-102, Hook vd., 2013: 353-366, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

“Kültürel tevazu; bireylerin ve toplumların yararı için kendini değerlendirme ve kritik etme, sağlık profesyoneli- birey/hasta arasındaki güç dengesizliğini düzeltme ve karşılıklı yarar sağlanan bir ilişki kurmaya dayanan yaşam boyu sürecek bir süreçtir.

Chang, Simon ve Dong (2012) kültürel tevazuyu, QIAN modeli ile tanımlamıştır. Bu sözcüğün baş harfleri kullanılarak Çince olarak tanımlama yapılmıştır.

Q: Humbleness → Alçakgönüllülük, Kendini sorgulama ve değerlendirme

I: Bidirectional Cultural Immersion → Çift yönlü kültürel anlayış

A: Active Listening → Aktif ve etkili dinleme

N: Flexibility of Negotiation → Karşılıklı anlaşmada esneklik

Foronda (2008) kültürel duyarlılıkla ilgili bir kavram analizi yapmıştır. Bilgi, farkındalık, anlayış, saygı ve değiştirme/uyarlama kavramlarından bahsetmiştir. Kültürel tevazunun içinde olması gereken kavramlar ve nitelikler ortaya çıkarılmıştır.

Bu nitelikler; açıklık, kendinin farkında olma, destekleyici ilişki, egosuzluk, kendini yansıtma ve eleştirme olarak sıralanmaktadır. Kültürel tevazu yaşam boyu süren bir süreç olarak aktarılmaktadır.

Açıklık: Bir birey açık görüşlü olmalı ve kendisinden farklı kültürdeki insanlarla etkileşime açık olmalıdır. Açıklık, bir kişinin yeni fikirler keşfetmeye gönüllü olma davranışı kazanması olarak tanımlanabilir.

Bu kavrama eşdeğer kullanılan bazı kelimeler ise; gösterişsiz, açıklık, açık görüşlülük, açık fikirlilik, açık olma vb. kelimelerdir. Kültürel tevazu için açık görüşlülük ilk adım olarak ifade edilebilir.

Farkındalık, Kendinin Farkında Olma/Öz Farkındalık: İkinci nitelik olarak karşımıza çıkar. Bir bireyin, kendi güçlü yanlarının, sınırlılıklarının, değerlerinin, inançlarının, davranışlarının farkında olması ve başkalarının onu nasıl gördüğünün farkında olması şeklinde tanımlanmaktadır.

Farklı kültürlerden bireylerle çalışırken birey karşısındakinin değer, inanç ve davranışlarının farkında olmalıdır. Ancak bunu yapabilmesi için önce kendinin farkında olması gerekir. Kendinin farkında olduktan sonra sürece devam edebilir

Egosuzluk: Bir bireyin tevazu sahibi ve alçakgönüllü olmasını, egosunu bir yana bırakmasını ifade eden bir kavramdır. Egosuzluk, alçakgönüllü olmak ve tüm insanları aynı düzlemde görmek olarak tanımlanabilir.

Bu kavrama eşdeğer kullanılan bazı kelimeler ise; Alçak gönüllülük, ılımlılık, tevazu sahibi, egosuz olma, gerçekçi, tarafsız olma, eşitlikçi olma vb. kelimelerdir. Bu kavram, bir kişinin eşit insan hakları sistemini kabul etmesi ve her türlü güç ayrımını ve hiyerarşiyi düzeltmesi olarak ifade edilebilir.

Destekleyici İlişki/Etkileşim: Kişilerin birbirleriyle karşılaşması ve iletişim kurması, bunun da karşılıklı olumlu bir alışveriş ile sonuçlanması şeklinde tanımlanmaktadır.

Bu kavramın çatısı altında kullanılan bazı kelimeler ise; iki kişinin etkileşimi, paylaşma, başkalarıyla etkileşimde sorumluluk alma, kesişimsellik vb. kelimelerdir.

Kendini Yansıtma ve Eleştirme: Ele alınan son niteliktir. Düşüncelerin, fikirlerin ve davranışların yansıtıldığı önemli bir süreçtir. Bu kavramın çatısı altında kullanılan bazı kelimeler ise; bir kişinin kendisi hakkında düşünmesi, kendini değerlendirme ve eleştirme, kendini keşfetme, bilgi edinme, içe bakış, iç gözlem vb. kelimelerdir. Kendini yansıtma ve eleştirme, sürekli devam eden bir yolculuk ya da sonsuz bir süreç olarak ifade edilebilir. Kültürel tevazuya sahip olduğunda ve bu bağlamda bakım verildiğinde; Karşılıklı güçlenme, güvenilir ve saygılı ilişki, en iyi sağlık bakımının verilmesi en iyi sağlık sonuçlarının kazanılması ve yaşam boyu süren öğrenme gibi olumlu çıktılar alınmaktadır. Bu sonuçlar şu çıktılarla da örtüşmektedir:

Saygı, saygılı ilişki, güven, sürdürülebilir ilişki, karşılıklı yarar sağlanan ilişki, iyi bir birey/hasta-klinik dinamiği, dürüst ve güvenilir ilişkiler inşa etmek, karşılıklı anlayış ve iş birliği, birey/hasta savunuculuğu vb.

En iyi bakıma ulaşmada kültürel tevazunun kullanılması etkili bakım, tedavi, etkili karar verme, etkili iletişim, anlayış, yaşam kalitesinde artma, gelişmiş bakım ve memnuniyet ile sonuçlanır (Lawton, 2006:97-102, Schuessler, Wilder ve Byrd, 2012: 96-99 Juarez vd., 2006:97-102, Hook vd., 2013: 353-366, Foronda vd., 2015:210-217, Fahlberg, Forondo ve Baptiste, 2016:14-16, Giger, 2017).

6.10 Kültürel Tevazuda Anahtar Noktalar

Sağlık profesyonelleri meslek yaşantısında, birey/hastalar ve aileler ile çalışmaları sırasında kültürel tevazu pratiğini nasıl yapabilirler? Kültürel tevazuyu nasıl uygulayabilirler?

Açık, araştırmacı ve meraklı olma: Birey/hastadan ve ailesinden, onlar için neyin önemli olduğu ve neyin kaçınılması gerektiği hakkında bilgi edinilmelidir. Böylece bireyin/ hastanın yaşamında ya da yaşamının sonunda istekleri, talepleri yerine getirilebilir. Mümkün oldukça kendi tercihleri ile uyumlu kaliteli bakım sağlamak için açık bir kalple ve zihinle yaklaşılmalıdır.

Kendi kendinin farkında olma: Kendinden haberdar olma. Kendileri için "en iyi" olduğuna inandığınızdan farklı bir şey isteyen birey/hastaları veya aileleri yargılıyor muyuz? Önyargımız, değerlerimiz ve varsayımlarımız çoğu zaman bilinçsizdir, düşüncelerimize ve eylemlerimize yakından bakana kadar tanımadığımız şeylerdir.

Başkalarının farkında olma: Kültürel tevazu iki yönlü bir caddedir ve bir ortaklıktır. Sağlık profesyoneli olarak kendi sorumluluğumuzu, görevimizi yerine getirmemize rağmen, bireyin/hastanın ve ailenin derinden tutulan inanç veya önyargılardan etkilenebileceğini anlamak gerekir. Tarihsel travma, toplumsal baskılar, haklardan mahrum bırakma ve kişisel deneyimler, sağlık profesyoneli-birey/hasta ortaklığının önündeki engeller olabilir. Başkalarının farkında olunmalıdır. Örneğin, yıllar önce yaşanan olumsuz bir deneyim daha sonra hastane ve sağlık profesyoneli hakkında derinden olumsuz inanç, fikir oluşturabilir.

Egosuz olma: Düşünce ve ifadelerin çeşitliliği beklenmeli ve kabul edilmelidir. Hoşgörüyle karşılanmalıdır. Çatışmanın, özellikle de insanların kayıp, kriz yaşadıkları dönemde ya da sevdiklerini kaybetmekten korktukları dönemde, yaşamın doğal bir parçası olduğu kabul edilmelidir. Farklı durumlarda kişisel duygu ve tepkilerin farkında olunmalıdır. "Tetikleyicilerin" tanımlanması sayesinde kendimizi tehdit altında hissettiğimizde savunma yapmaktan veya kendimizi uygunsuz bir şekilde ortaya koymaktan kaçınabiliriz. Bunun yerine, alçakgönüllülük ve gerçek bir merakla hem sözlü hem de sözsüz iletişimden haberdar olunmalıdır. Güç dengesizliklerinin farkında olunmalıdır. Ortam düzenlenmeli, bireye/hastaya ve aileye fırsat, söz hakkı ve kontrol sağlanmalıdır.

Kendini yansıtma-eleştirme: Birey/hasta ve ailesiyle etkileşimler eleştirel olarak değerlendirilmelidir. Ne iyi gitti? Neler iyileştirilebilirdi? Ne geliştirilebilirdi? Hatalar olabilir. Hatalardan ders alınmalı ve ilerlemeyi geliştirmenin yolları bulunmaya çalışılmalıdır.

Yaşam boyu öğrenmeyi benimseme: Birey/hastalar ve ailelerine sorarak öğrenmek, tüm cevapları bildiğini varsaymaktan daha uygundur. Kişilerin ve ailelerin ne istediklerini, gereksinimlerini ve değerlerini bilme konusunda istekli ve hazırlıklı olunmalıdır. Birey/hastaların isteklerini, gereksinimlerini ve değerlerini ifade etmelerine izin verme. Onlara değer verildiği gösterilmelidir. Onlardan öğrenilen bilgiler bakımlarını planlamada ve uygulamada kullanılmalıdır. Kültürel tevazuyu uygularken onlardan öğrenilenler kullanılmalıdır (Lawton, 2006:97-102, Schuessler, Wilder ve Byrd, 2012: 96-99 Juarez vd., 2006:97-102, Hook vd., 2013: 353-366, Foronda vd., 2015:210-217, Giger, 2017).

Kültürel tevazu; bakış açısında ve yaşamda tümünden bir değişimi içerir. Kültürel tevazuya sahip olmak; güçsel uyumsuzlukların ve dengesizliklerin farkında olmak, bireylerle iletişimde alçakgönüllü olmak demektir. Bu süreç hemen gerçekleşmez, sürekli devam eder. Zaman, eğitim, çaba ve kendini yansıtma ile bu süreç gerçekleşir.

Kültürel tevazu kavramı için daha çok çalışmalara ve araştırmalara alanda ihtiyaç duyulmaktadır. Konu hem meslek içi hem de meslekler arası incelenmelidir. Daha iyi anlaşılması ve bir temel oluşturulması adına kültürel tevazu kavramı için genel bir çerçeve oluşturulmalıdır. İş gücünün, sağlık profesyonellerinin ve toplumun bu konu hakkında eğitimi önemlidir. Kültürel tevazu kavramının sağlık eğitim ve uygulama alanına entegre edilmesi sağlık profesyonellerinin kültürel açıdan uygun bakım ile sağlık sorunlarına çözüm bulmalarında daha iyi hazırlık sağlayacaktır. Liderler kurumlar içerisinde değerlendirme ve sürekli gelişim teknikleri oluşturmalarıdır (Tervalon ve Murray-Garcia, 1998:117-125, Lawton, 2006:97-102, Hook vd., 2013:353-366, Fisher-Borne, Cain ve Martin, 2015:165-181 Hook ve Watkins, 2015: 661-662, Foronda vd., 2015:210-217, Hook vd., 2016: 149-166, Fahlberg, Forondo ve Baptiste, 2016:14-16, Giger, 2017).

Kaynakça

- Abdullah SR. (1995). Towards an Individualized Client's Care: Implication for Education. The Transcultural Approach, *Journal of Advanced Nursing*, 22 (4),715-720.
- Aksayan S, Hayran O. (1992). Sağlık, Hastalık ve Kültür, *Sendrom*, 4(2), 12-14.
- Alleyne, J., Papadopoulos, I., & Tilki, M. (1994). Antiracism within transcultural nurse education. *British Journal of Nursing*, 3(12), 635-637.
- Bayık Temel A. (2008). Kùltùrlerarası (Çok Kùltùrlù) Hemşirelik Eğitimi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2),92-101.
- Bekar, M.(2001).Kùltùrlerarası (Transkùltürel) Hemşirelik. *Toplum ve Hekim*,16(2),136-141.
- Birol L. (1997). Hemşirelik Süreci, 3 baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., izmir, s 80-81 .
- Chang, E., Simon, M., Dong, X. (2012). Integrating cultural humility into health care professional education and training . *Adv in Health Sci Educ.Theory Pract.*,17(2):269-278.
- Fahlberg, B., Forondo, C., Baptiste, D. (2016). Cultural humility: The key to patient/family partnerships for making difficult decisions. *Nursing*, 46 (9), 14-16.
- Fisher-Borne, M., Cain, J. M., & Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education*, 34(2), 165-181.
- Foronda, C., Baptiste, D. L., Reinholdt, M. M., & Ousman, K. (2015). Cultural Humility: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(3), 210-217.
- Foster, J. (2009). Cultural humility and the importance of long-term relationships in international partnerships. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(1), 100-107.
- Giger J N. (2017). *Transcultural Nursing Assessment and Intervention*. Seventh Edition. Elsevier. St. Louis, 2017.
- Güvenç B. (1996). İnsan ve Kültür, 7 basım, Remzi Kitabevi, İstanbul, s 95-128.
- Harkness CA, Dincher J R. (1996). Cultural Considerations, *Medical Surgical Nursing Total Patient Care*, 10th Edition, Mosby Company, St. Louis, s 143-153.
- Hook, J. N., Davis, D. E., Owen, J., Worthington Jr., E. L., & Utsey, S. O. (2013). Cultural humility: Measuring openness to culturally diverse clients. *Journal of Counseling Psychology*. 60(3), 353-366.
- Hook, J. (2014). Engaging Clients with Cultural Humility. *Journal of Psychology and Christianity*, 33(3), 277-280.

- Hook, J. N., & Watkins, C. E., Jr. (2015). Cultural humility: The cornerstone of positive contact with culturally different individuals and groups? *American Psychologist*, 70(7), 661-662.
- Hook, J. N., Watkins Jr, C. E., Davis, D. E., Owen, J., Van Tongeren, D. R., & Marciana, J. R. (2016). Cultural humility in psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 70(2), 149-166.
- Isaacson, M. (2014). Clarifying Concepts: Cultural Humility or Competency. *Journal of Professional Nursing*, 30(3), 251-258.
- Juarez, J. A., Marvel, K., Brezinski, K. L., Glazner, C., Michael M., Towbin, M. M., Lawton, S. (2006). Bridging the Gap: A Curriculum to Teach Residents Cultural Humility. *Family Medicine*, 38(2), 97-102.
- Kağıtçıbaşı Ç. (1998). *Kültürel Psikoloji Kültür Bağlamında İnsan ve Aile*, Yapı Kredi Yayını, 1. Baskı, İstanbul, s 27-44.
- Mc Cann Flynn J B, Burrough Heffron P. (1984). *Nursing From Concept to Practice* Robert J., Brady Company, Bowie, Maryland, s 261-291.
- McGee, P. (1994). Culturally sensitive and culturally comprehensive care. *British Journal of Nursing*, 3(15), 789-792.
- Matthew, S., Hockett, E. and Samek, L. (2018). Learning Cultural Humility Through Stories and Global Service-Learning. *Journal of Christian Nursing*, 35(1), 33-37.
- Miller, S. (2009). Cultural Humility is the First Step to Becoming Global Care Providers. *JOGNN*. Vol. 38, Issue 1. 92-93. doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00311.x
- Mulholland, J. (1995). Nursing, humanism and transcultural theory: the 'bracketing-out' of reality. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 442-449.
- Özkalp E. (1998). Sosyolojiye Giriş, Anadolu Üniversitesi, Eğitim, Sağlık ve Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları, No:140, Eskişehir, s 93-107.
- Potter, P.A., Perry, AG. (1995). *Basic Nursing Theory and Practice*, 3rd Edition Mosby- Year Book, Inc., St. Louis, s 402-418.
- Purnell, L D. (2013). *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*, F. A. Davis Company. 4 th. Edition. Philadelphia.
- Rajan, M. F. J. (1995). Transcultural nursing: a perspective derived from Jean-Paul Sartre. *Journal of advanced nursing*, 22(3), 450-455.
- Ray, M. A. (2016). *Transcultural caring dynamics in nursing and health care*. FA Davis.
- Rothroock j.e, (1996), *Perioperative Nursing Care Plannig*, 2nd Edition, A Time Mirror Company, Mosby Year Book. St. Louis, s 540-562.

- Schuessler, J. B., Wilder, B., & Byrd, L. W. (2012). Reflective journaling and development of cultural humility in students. *Nursing Education Perspectives*, 33(2), 96-99.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (Eds.). (1996). *Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals*. Mosby. 2th Edition St. Louis, Baltimore, s 117-134.
- Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9, 117-125.
- Tomey A.M, Alligood MR. (2010). *Nursing Theorists and Their Work*, Seventh Edition. The CV Mosby Company, St. Louis. s 458-469.
- Yeager, K A., Bauer-Wu, S. (2013). Cultural humility: Essential foundation for clinical researchers. *Appl Nurs Res.* 26(4), 251-256.



4. BÖLÜM

SAĞLIK EKONOMİSİ

Nurperihan TOSUN*

Canser BOZ**

Özgür ASLAN***

1. Giriş

Bu bölümde sağlık ekonomisi çerçevesinde sağlık ve yoksulluk ilişkisi incelenmiştir. Bu kapsamda öncelikle ekonomi biliminin ve sağlık ekonomisi disiplininin tanımı ve çerçevesi açıklanmış, daha sonra veriler yardımı ile Dünyada ve Türkiye’de yoksulluk ve sağlık kavramları açıklanmıştır. Bölümün son kısmında ise sağlık ve yoksulluk ilişkisi teorik olarak ele alınmıştır.

Ekonomi, Yunanca ev anlamına gelen “oikia” ve kural anlamına gelen “nomos” kökeninden gelir ve ev yönetimi, diğer bir ifade ile de ev idaresi anlamında kullanılmaktadır. Ekonomi en genel tanım ile sınırlı (kıt) olan kaynaklar ile artan eğilimli olan insan ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan sosyal bir bilimdir.

Ekonominin bağımsız bir bilim olarak ortaya çıkması 1776 yılına dayandırılmaktadır. 1776 yılında Adam Smith’in yayınlamış olduğu “The Wealth of Nations (Ulusların Zenginliği)” adlı eserde ekonomi ilk kez sistematik bir biçimde ele alınmıştır (Smith, 2014). Çelik’e göre ekonomi kıt kaynakların mal ve hizmet üretiminde nasıl kullanılacağını, üretilen mal ve hizmetlerin toplumda ne şekilde dağıtılacağını inceleyen sosyal bir bilimdir (Çelik, 2013). Ekonominin sosyal bir bilim olmasının nedeni temeline insanı almasıdır. Alfred Marshall da ekonominin en önemli tarafının insan olduğunu belirtmektedir (Marshall, 1948).

Sınırlı kaynakların mal ve hizmet üretiminde kullanılmaları ile ilgili olarak bazı temel sorular vardır. Bu sorular bütün toplumlar için geçerli olup şunlardır (Ertek, 2012:11):

* Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

** Arş. Gör., İstanbul Cerrahpaşa-Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

*** Prof. Dr., İstanbul Cerrahpaşa-Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

Ne, ne kadar üretilecek?

Nasıl üretilecek?

Nerede üretilecek?

Kimin için üretilecek?

İnsanoğlu ister birey olarak ister ise de topluluk halinde yaşamını devam ettirebilmek için gereksinim duyduğu mal ve hizmetleri üretmek ve bunları tüketmek zorundadır. Daha fazla mal ve hizmetin tüketilmesi için ise daha fazla üretim yapılması gereklidir. Gerekli olan daha fazla üretimin eldeki kaynakları ile nasıl yapılacağı, hangi yöntemlerin kullanılacağı, neyin kimin için nasıl üretileceği ise genel ekonomi biliminin temel konularını oluşturmaktadır (Tıraş, 2013:129).

Sağlık ekonomisi ise ekonomi biliminin yukarıda sıralanan konularının önemli uygulama alanlarından birisini oluşturmaktadır. Culyer'e göre sağlık ekonomisi, ekonominin bir uygulama alanıdır. Ona göre sağlık ekonomisi; finans ve sigortacılık, endüstriyel organizasyon, emek piyasası ve kamu ekonomisi gibi geleneksel ekonominin uygulama alanlarından oluşmaktadır (Culyer, 1981:3). Williams da sağlık ekonomisinin tanımı konusunda Culyer ile paralel görüşleri savunmaktadır. Williams sağlık ekonomisini, "ekonomi biliminden tamamen bağımsız kendine has kuralları olan ayrı bir disiplin değildir" şeklinde ifade etmektedir. Culyer ve Newhouse'a göre ise sağlık ekonomisi ağırlıklı genel ekonominin kurallarının sağlık sektörüne uygulanması olsa da ekonomi literatürüne kendine has bazı eklemeler de yapmıştır. Bunlara; beşerî sermaye modeli ve sağlık talebi, sağlıkta değer ve çıktı hesaplama yöntemleri, hastalıkların ve tedavilerin maliyet etkililik analizleri, refah ekonomisi ve sağlık, sağlık sigorta ekonomisi, yaşlanma teorileri, asimetrik bilgi ve sağlık, eksik rekabet piyasaları ve sağlık, arzın yarattığı talep gibi konular örnek verilebilir (Culyer ve Newhouse, 2000).

Ekonomi bilimi kıt olan kaynaklar ile artan eğilimli olan insan ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan sosyal bir bilim olarak tanımlandığına göre sağlık ekonomisi de kıt olan kaynakların en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanılması ile toplumun ihtiyacı olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürerek, toplumun sağlık seviyesini yükseltmeye çalışan bir disiplindir şeklinde tanımlanabilir.

Modern anlamda ekonominin doğuşunun 1776 yılında A. Smith'in eseri olan "Ulusların Zenginliği"ne dayanmaktadır. Sağlık ekonomisinin ise ilk olarak hangi dönemlerde ekonomi literatüründe yer aldığı halen tartışılmaya devam etmekte-

dir. M. Feldstein 1995 yılında yazmış olduğu "Sağlık ve Sağlık Hizmetlerinin Ekonomisi" isimli makalesinde sağlık ekonomisinin geçmişinin 30 yıla dayandığını belirtmiştir. Feldstein'e göre 1960'lar öncesinde de sağlık ekonomisi üzerine bazı çalışmalar mevcuttur. Örneğin Petty, Simon Kuznetz ve Milton Friedman (1945) gibi ekonomistlerin bu alanda çalışmaları vardır. Milton Friedman'ın 1945 yılında hekim gelirlerini incelediği çalışması da buna örnektir. Ayrıca bu dönemlerde Fein ve Klarman gibi bilim adamlarının da sağlık politikaları ile ilgili çalışmaları mevcuttur. Ancak 1960'lar önemli sayıdaki ekonomistin modern ekonomi araçlarını kullanarak sağlık alanında çalışma yapmaya başladıkları dönemdir (Feldstein, 1995).

Sağlık ekonomisinin gelişmesinde ki önemli adımlardan biri de İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra 1950'lerde Amerika'da tıp fakültelerinde bağımsız bir ders olarak okutulmasıdır (Mutlu ve Işık, 2012:25).

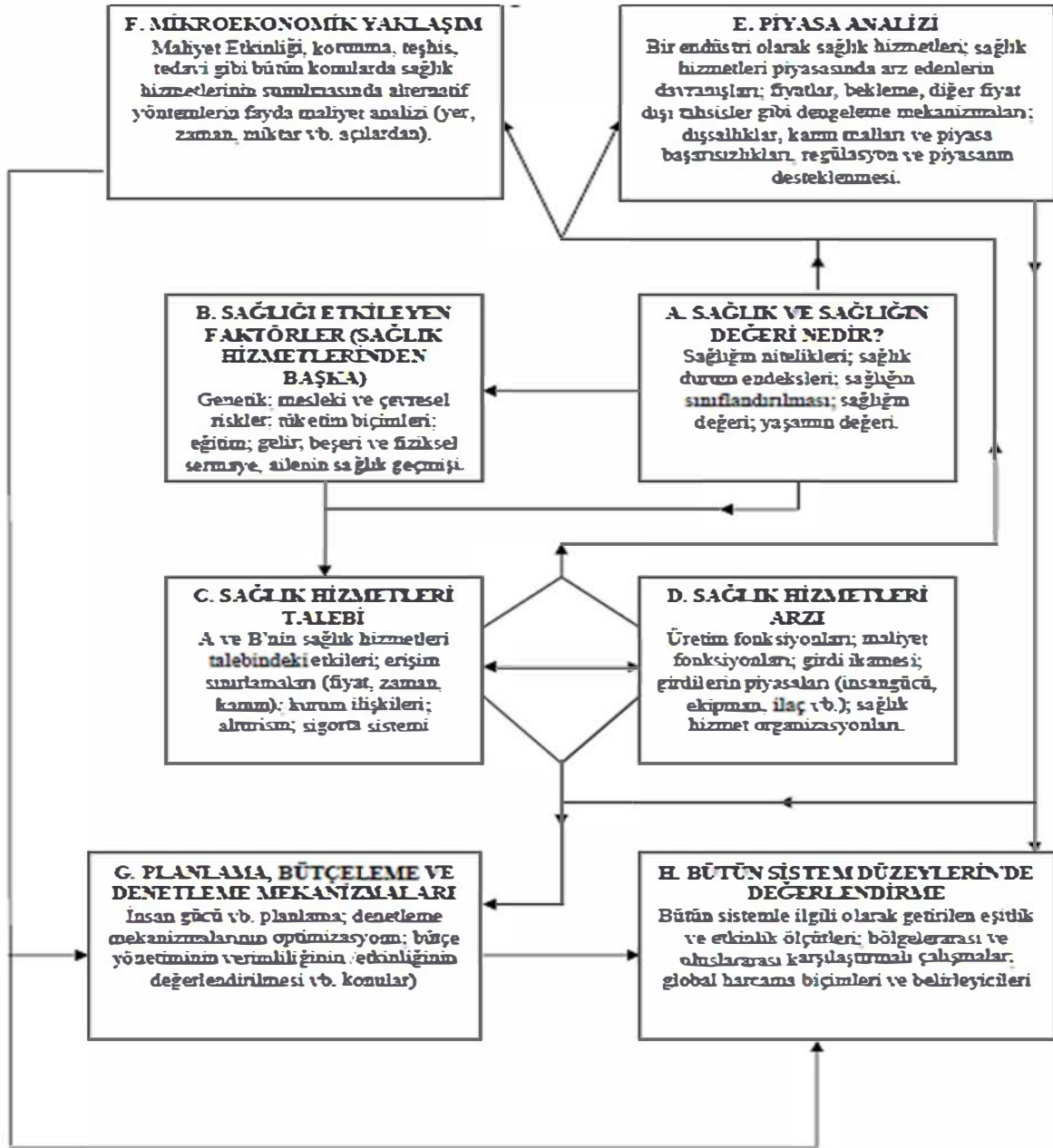
Culyer ve Newhouse'a göre ise sağlık ekonomisinin başlangıcı ile ilgili bir tarih verilecek ise bu 1963 yılında Arrow'un çalışması olabilir (Culyer ve Newhouse, 2000). Arrow bu makalesinde sağlık hizmetleri piyasasının temel özelliklerinden olan belirsizlik kavramını detaylı bir şekilde incelemiş ve sağlık hizmetlerini refah ekonomisi bakış açısı ile ele almıştır.

Mushkin'e göre (1958) sağlık ekonomisinin ekonomistler tarafından uzun süre ihmal edilmesinin nedenleri ise sağlık sektörünü diğer klasik pazar ekonomisinden ayıran karakteristik özelliklerinin varlığıdır. Bu özelliklerin birkaçı şu şekildedir (Mushkin, 1958):

Sağlık hizmetlerinde kardan ziyade sosyal faydanın ön planda olması,
Piyasa fiyatının belirlenmesinde arz ve talebin yetersiz kalması,
Sağlıkta homojen bir üretim yapısının olmaması, bunun da sağlık hizmeti sunanlar arasındaki bilgi, beceri ve deneyim farklılığından kaynaklanması bu nedenle de fiyat rekabetinin yapılamaması,
Sağlık hizmetlerinin kişisel olması, bireye özgü olması,
Sağlık hizmetlerinin genellikle ikamesinin olmaması nedeniyle ekonominin temel gereklerinden olan seçim imkânının çok sınırlı olması,
Sağlık hizmeti kullanımı sırasında hizmeti alan ile hizmeti sunan arasında olması gerekenden çok daha fazla düzeyde olan bilgi asimetrisi,
Sağlık hizmetlerinin genel pazar ürünlerinin aksine bireysel faydanın yanında ciddi şekilde sosyal fayda da içermesi olarak sıralanmıştır.

2. Sağlık Ekonomisinin Çerçevesi

Williams 1987 yılında sağlık ekonomisinin kapsamını açıklamak için sıklıkla kullanılan Şekil 1'de yer alan sistematik yapıyı oluşturmuştur (Culyer ve Newhouse, 2000).



Şekil 1. Sağlık Ekonomisinin Çerçevesi (Tıraş, 2013).

Williams modeli sağlık ekonomisinin temel uygulama alanlarını ve bunlar arasındaki ilişkileri açık bir şekilde göstermektedir. Okların yönü önemlidir. Okun çıktığı kutucuk okun gittiği kutucuğu etkilemektedir. Örneğin B kutusunun içinde yer

alan unsurlardan birisi olan gelir düzeyi sağlık hizmetleri talebini doğrudan etkilemektedir. Benzer şekilde C ve D kutuları arasında karşılıklı bir ilişkiden söz edilebilir. Çünkü sağlık hizmetleri piyasasında hem arz talep üzerinde etkili hem de talep arz üzerinde etkilidir. Şeklin orta kısmında dört kutucuk yer almaktadır bunlar A, B, C ve D kutularıdır. Culyer'in ifadesine göre bu bölüm sağlık ekonomisi bakımından makine dairesidir (Çalışkan, 2008). Şeklin dış kısmında yer alan dört kutucuk ise E,F,G ve H ise sağlık ekonomisinin uygulama boyutunu içermektedir. Bu alanlar daha çok makine dairesi içinde yer alan kutucuklardaki ifadelere göre farklı farklı düzenlenmektedir. A,B,C,D,E,F,G ve H kutuları genel olarak sağlık ekonomisinin temel uğraş alanlarını göstermektedir.

Kitabın bu kısmında veriler yardımı ile dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve sağlık kavramları açıklanmıştır.

3. Dünyada ve Türkiye'de Yoksulluk

Yoksulluk kavramının kökenleri çok eskilere dayanmakta olup bu kavram düşük yaşam koşullarında ve bazı insanların marjinalleşmiş sosyal konumlarında kendini göstererek ortaya çıkmaktadır. Ancak, yoksulluğun daha acil bir sosyal problem haline geldiği ve daha fazla dikkat çektiği zamanlar vardır. Çünkü yoksulluk büyüme ve gelir dağılımı ile yakından ilişkilidir. Yoksulluk kavramı önceleri az gelişmiş ülkelerin temel bir sorunu gibi ele alınmakta iken günümüzde çoğu gelişmiş ülkelerin de önemli ve mücadele ettikleri sorunlar arasında yer almaktadır. Hızlı nüfus artışı, bireylerin yaşamlarını sürdürecekt gıda gibi temel kaynaklara ulaşamama, işgücüne katılamama az gelişmiş ülkelerin yoksulluğun nedenleri arasındadır. Gelişmiş olan ülkelere ise devlet ve toplum kurumlarından dışlanmanın beraberinde getirdiği yoksulluk ile mücadele edilmekte ve düşük gelirli kesimler için gelir desteği, sağlık ve eğitim hizmetleri, işsizlik sigortası gibi imkânlar sunulmaktadır (Türk ve Ünlü, 2016; Kızılar, 2017; Daşlı, 2015)

Farklı ülkeler arasında büyüme, eşitsizlik ve yoksulluk arasındaki ilişki önemli ölçüde değişmektedir. Örneğin, 1970'lerin ikinci yarısından başlayarak, farklı büyüme yörüngelerine ilişkin zaman serisi verileri bazı ülkelere mutlak yoksulluğun arttığını, bazılarında ise azaldığını göstermiştir (Buğra ve Keyder, 2005). Türkiye'nin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkelere yoksulluk önemli sorunlar arasındadır. Bu konuyu önemli bir sorun haline getiren nedenler arasında gelir dağılımındaki adaletsizlikler, ulusal gelirin paylaşımındaki düşüklük, ekonomik dalgalanmalar ve krizler ve başarılı olamayan politikalar vb. sayılabilir. Türkiye'nin

tarihsel süreci değerlendirdiğimizde 1980'ler önemli yapısal süreçlerin ve köklü değişimlerin yaşandığı dönemlerdir. Bu değişimlerle birlikte ülkenin ekonomik ve toplumsal yapısında da köklü değişimler yaşanmıştır. 1980'leri takiben 1990'lı yıllarda yaşanan krizlerle birlikte ise ekonomi küçülmüş bu durumda işsizliğin artmasına neden olmuştur. Sonuç olarak da tüm dünyada etkilerini gösteren küreselleşme, neoliberal politikalar ve ekonomik krizlerle birlikte ülkemizde adaletsiz gelir dağılımının oluşmasına, zengin ile fakir arasındaki makasın giderek açılmasına ve beraberinde yoksulluğun artmasına neden olmuştur (Tas ve Özcan, 2012).

Kitabın bu bölümünde yoksulluk kavramının tanımına değinilecek olup dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve sağlık ilişkisi tartışılacaktır.

3.1. Yoksulluk

Mingione'nin (1996) aktardığına göre "yoksulluk kavramının ilk tanımı S. Rowntree tarafından 1901 yılında yapılmıştır. S. Rowntree yoksulluğu toplam kazançlarla ilişkilendirmiş olup bireylerin yaşamsal faaliyetlerini sürdürmeleri için gerekli olan asgari yiyecek, giyim ve fizikî ihtiyaçlarını kazançları ile karşılayamamalarıdır." Bu konudaki önemli araştırmacılardan biri olan Amartya Sen ise yoksulluğun sadece düşük gelirle veya sosyal dışlanma ile çerçevelendirilmemesi gerektiğini daha geniş açılardan da ele alınmasını ileri sürmektedir. Sen yoksulluk kavramını irdelerken sosyal, biyolojik, kültürel, ekonomik, tarihi ve ideolojik çerçevede mevcut koşullar ile ortama odaklanılmasını önermektedir (Boz, 2012). Chambers'e (1995) göre yoksul insanların gerçekleri yerel, karmaşık, çeşitli ve dinamiktir. Gelir, yoksulluk için önemli olsa da yoksunluğun sadece bir yönüdür. Yazara göre yoksulluk mal varlığı, gelir ve fizikî gereksinimlerin yokluğu olup dezavantajlı olma, hastalık, izolasyon, fiziksel zayıflık, güçsüzlük, savunmasız olma ve aşağılanma durumlarını da kapsamaktadır. Uzun'a (2003) göre karmaşık bir kavram olan yoksulluk asgari yaşam düzeyini sürdürmek amacıyla toplumun belirli bir kesiminin gıda, barınma ve giyim gibi en temel ve basit ihtiyaçlarını karşılayabilmesidir. Ayrıca yazara göre yoksullukla mücadelede sürdürülebilir makroekonomik politikalar ve istikrarlı büyüme çok önemlidir.

Yoksullukla ilgili farklı tanımlar ve bu doğrultuda farklı sınıflandırmalar yapılsa da temel kabul gören iki temel sınıflandırma mevcuttur. Bunlar mutlak yoksulluk ve göreceli yoksulluk kavramlarıdır. Mutlak yoksulluk, hane halkının veya bireyin yaşamını sürdürmesi için gerekli olan asgari seviyedeki ya da diğer bir ifadeyle en

temel ihtiyaçlarını karşılayamama durumudur. Buradaki en temel ihtiyaçlarda yani minimum tüketim ihtiyaçları gıda ve gıda dışı ısınma, elektrik, barınma ve giyim gibi ihtiyaçlar olarak belirtilmektedir (Sarıkoca ve Daşlı, 2016). Göreli Yoksulluk; bireyin temel ihtiyaçlarını karşılaması ancak toplumun ortalama refah düzeyinin altında kalması olarak ifade edilebilir. Toplumsal bazda incelenen göreli yoksulluk, bireyin imkânları ve yoksunlukları da esas alınmakta olup, asgari ihtiyaçlarının yanında doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık, eğitim, temiz içme suyu gibi hizmetlerden yararlanabilmesini de kapsamaktadır (Açıkgöz ve Yusufoğlu, 2012).

Bir ülkede refah seviyesi yüksek olsa bile bu refah seviyesinin altında olan bireylerle birlikte göreli yoksulluk da görülebilmektedir. TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'na (2015) göre 2014 yılında Avrupa Birliği (AB) üyesi 28 ülke için göreli yoksulluk oranı %10,8 iken Türkiye'de bu oran %15 olarak belirlenmiştir. AB içinde göreli yoksulluk oranları en yüksek olan ilk dört ülke sırasıyla; Romanya (19,1), Bulgaristan (15,9), İspanya (15,9) ve Yunanistan'dır (15,8). Yine AB içinde göreli yoksulluk oranları en düşük ilk üç ülke sırasıyla; Çek Cumhuriyeti (5,2), Finlandiya (5,5) ve Hollanda (5,9)'dır. Türkiye açısından göreli yoksulluk değerlendirildiğinde ise 2007 yılında 16,3 olan bu oran 2013'de 15,0 ve 2017 yılında ise 13,5'e gerilemiştir (http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_64_20151110.pdf).

3.2. Dünyada Yoksulluk

Küresel nitelikte önemli bir sosyolojik problem olan yoksulluğun azaltılmasında kaydedilen ilerlemeye rağmen, aşırı yoksulluk içinde yaşayan insan sayısı halen kabul edilemez bir şekilde yüksektir. Yapılan araştırmalara göre 2015 yılında dünya nüfusunun yüzde 10'u aşırı yoksulluk sınırı olan günde 1,90 ABD dolarının altında yaşamaktadır. 1990 yılında yüzde 36 olan yoksulluğun 2015 de yüzde 10'a düştüğü gerçeğine rağmen halen yoksulluk gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler için ciddi etkileri olan bir sorundur. 2015 yılında 736 milyon insan, 1990'da ise 1,85 milyar insan bir günde 1,90 doların altında yaşamını sürdürmüştür.

Dünya da aşırı yoksulların bölgelere ve ülkelere göre küresel dağılımı incelendiğinde; Güney Asya (Bangladeş ve Hindistan) ve Sahra Altı Afrika (Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Etiyopya ve Nijerya) aşırı yoksulluğun yaşandığı bölgelerdir. Hindistan, 2015 yılında 170 milyon üzerindeki fakir nüfusu ile küresel yoksulluğun çeyreğini oluşturan ülkedir. Güney Asya Bölgesindeki beş fakirden dördü Hindistan'da yaşamakta olup, dünyada fakir nüfusa sahip olan birinci ülkedir.

Yüzde 13,4'lük yoksulluk oranına rağmen, Hindistan'ın 1,3 milyar olan toplam nüfusu ülkede aşırı fakirlik yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar küresel yoksulların çoğunluğunun kırsal kesimde yaşamakta, tarım sektöründe istihdam edilmekte ve 18 yaşın altında yetersiz eğitim göstermektedir. Ayrıca kadınlar ve çocuklar özellikle fakir ülkelerde kaynaklara ve temel hizmetlere orantısız şekilde daha az erişime sahiptirler (World Bank, 2018).

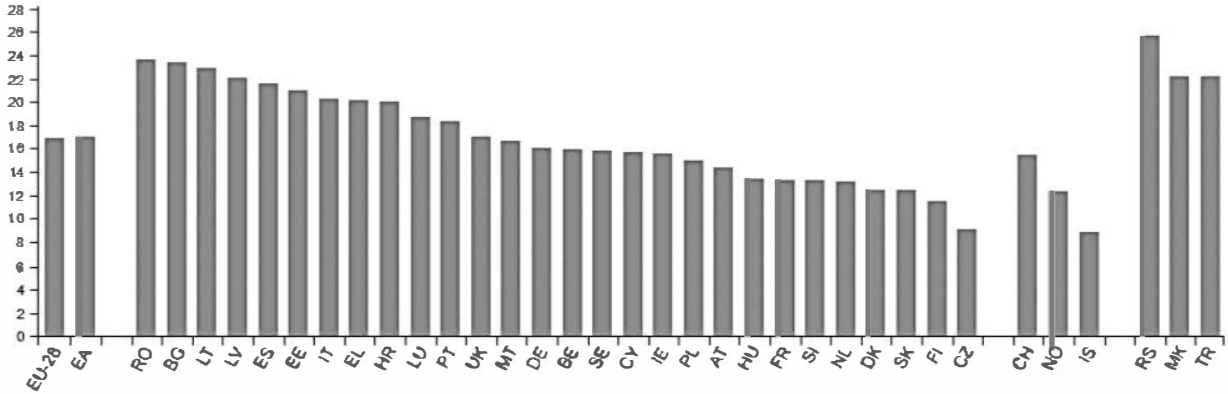
Dünya Bankası 2011 yılı Raporu'na göre de "en yoksul on ülke kişi başı milli gelirleri ile birlikte; Malavi (830\$), Togo (820\$), Mozambik (770\$), Sierra Leone (750\$), Orta Afrika Cumhuriyeti (730\$), Nijer (680\$), Eritre (630\$), Brondı (380\$), Liberya (300\$) ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti'dir (290\$)." Dünya'nın en yoksul ülkelerinin gayri safi milli hasılları 290 dolar ile 830 dolar arasında değişirken, Norveç, Singapur, ABD, İsviçre, Hong Kong, Avusturya, İrlanda, Danimarka, Kanada, Finlandiya Dünya'nın en zengin on ülkesinin de gayri safi milli hasılları 58.500 ile 35.660 arasında değişmektedir. Bu rakamlarda bize zenginle fakir arasında eşitsizliğin şiddetini göstermektedir.

Tablo 1. Bölgelere göre küresel yoksulluk oranları, 1990–2015

Bölgeler	1990	1993	1996	1999	2002	2005	2008	2011	2013	2015
Doğu Asya ve Pasifik	61.6	54.0	41.1	38.8	29.9	19.1	15.1	8.6	3.6	2.3
Avrupa ve Orta Asya	2.9	5.0	7.2	7.8	5.9	4.9	2.8	2.1	1.6	1.5
Latin Amerika ve Karayip	14.2	13.2	13.8	13.6	11.8	9.9	6.9	5.6	4.6	4.1
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	6.2	6.7	5.8	3.8	3.2	3.0	2.7	2.7	2.6	5.0
Güney Asya	47.3	44.9	40.3	39.3	38.6	33.7	29.5	19.8	16.2	12.4
Sahra-Altı Afrika	54.3	58.9	58.2	57.7	56.4	50.7	47.8	45.1	42.5	41.1
Dünya	35.9	33.9	29.4	28.6	25.6	20.7	18.1	13.7	11.2	10.0

Kaynak: World Bank, 2018

Tablo 1'de yıllara göre bölgelerin yoksulluk oranları verilmiştir. 1990 yılında dünya genelinde yoksulluk oranı 35,9 iken 2015 yılında bu oran 10,0'a düşmüştür. 1990 yılında en yoksul bölgeler sırasıyla Doğu Asya ve Pasifik, Sahra Altı Afrika ve Güney Asya iken bu oran 2015 yılında Sahra-altı Afrika ve Güney Asya olmuştur.



Şekil 2. Avrupa Yoksulluk Riski Oranı, 2017

Kaynak: Eurostat

Şekil 2’de görüldüğü üzere 2016 yılı verileri ile Avrupa’daki yoksulluk risklerine ait bulgular verilmiştir. Avrupa Birliği’nin 28 ülkesinin yoksulluk oranı 16.9, Avrupa Bölgesinin oranı 17.0’dır. Yoksulluk riski bölge ortalaması ve üzerinde bulunan ülkeler 25,7 ile Sırbistan, 23,6 ile Romanya, 23,4 ile Bulgaristan, 22,9 ile Litvanya, 22,2 ile Kuzey Makedonya 22,2 ile Türkiye, 22,1 ile Lethonya ve 21,6 ile İspanya, 21,0 ile Estonya, 20,3 ile İtalya, 20,2 ile Yunanistan, 20,0 ile Hırvatistan, 18,7 ile Lüksemburg, 18,3 ile Portekiz, 17,0 ile Birleşik Krallık’tır. İzlanda (8,8) ve Çek Cumhuriyeti (9,1) ise bölgede ki en düşük ortalamaya sahiptir.

3.3. Türkiye’de Yoksulluk

Son otuz yılda, Türkiye sosyal, ekonomik ve kültürel alanları kapsayan yoğun bir dönüşüm içine girmiştir. 1980’lerin başında neoliberalizmin etkisiyle Türkiye küresel ekonomiye entegrasyonu hedefleyen dışa dönük, pazar odaklı bir kalkınma stratejisi benimsemiştir. Bu durumda ilerleyen yıllarda tarımsal reformlarda, kayıtlı imalat sektöründe ve / veya devlete ait işletmelerde istihdam olanaklarında bir düşüş ve işgücü piyasasının dengelerinde değişim şeklinde etkilerini göstermiştir. Ülkenin yaşadığı yapısal dönüşüm yaşam standartlarını yükseltmiş ve bazılarına yeni istihdam olanakları ve sosyal entegrasyon mekânizmaları sunarken, aynı zamanda diğerleri için daha zor bir yaşam kurmuştur. Bu ekonomik, sosyal ve kültürel dönüşümlerin bir sonucu olarak, yoksulluk insidansı özellikle 1990’ların sonlarından bu yana kırsaldan göçlerle birlikte şehirlerde artmış ve daha belirgin hale gelmiştir (Koca, 2015; Gürses, 2010:257-258).

Mevcut durumda ise Türkiye dinamik gelişmekte olan pazarı ile orta gelirli bir ülkedir. Ticaret Bakanlığı verilerine göre " 2017 yılı itibariyle Dünya'nın 17. Avrupa'nın 6. Büyük ekonomisine sahiptir. Kişi başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla, 2018 yılında, 2002 yılına göre yaklaşık 3 katına çıkarak 3.581 dolardan 9.632 dolara yükselmiştir." (Ticaret Bakanlığı, 2019).

Türkiye yoksulluğun azaltılmasında önemli bir ivme kazansa da gelir eşitsizliklerinin yaşanmasıyla birlikte bu konu halen ciddi sosyolojik bir sorun teşkil etmektedir. Yoksulluk oranı 2004'de yüzde 27,3 iken 2016 yılında bu oran yüzde 9,9'a gerilemiştir. Dünya Bankası bu oranı üst orta gelir seviyesi ve altındaki ülkelerde satın alma gücü paritesine göre kişi günlük 5.50 dolar ile belirlemiştir. Kazançtaki büyüme ve istihdam, 2008-2009 yıllarındaki ekonomik durgunluğa rağmen, bu dönemde yoksulluğun azaltılmasında ana etkenlerdir. Buna karşın, işsizlik 2018'den bu yana artmakta olup enflasyon oranı yüzde 20,3'e, yıllık gıda enflasyonu ise Ocak 2019 da yüzde 30,9'a yükselmiştir. Bu durumda da fakir insanlar gelirlerinin büyük bir kısmını gıdaya harcadıkları için bu yüksek gıda enflasyonundan orantısız bir şekilde etkilenmişlerdir. Bu durumla mücadele etmek için de hükümet düşük gelirli haneleri korumak için asgari ücreti yüzde 26 artırmış ve istihdam destek programlarını açıklamıştır (World Bank, 2019).

TÜİK tarafından yürütülen 2017 yılı Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması sonuçlarına göre (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27823>):

Görelî yoksulluk oranı %13,5'dir.

Tek kişilik hanehalklarının yoksulluk oranının %8,2, bağımlı çocuğu olmayan hanehalklarının yoksulluk oranı %3,8, bağımlı çocuğu olan hanehalklarının yoksulluk oranı ise %17 olarak bulunmuştur.

Eğitim seviyesine göre yoksulluk incelendiğinde; okur-yazar olmayanların %25,4'ü, bir okul bitirmeyenlerin %21,7'si, lise altı eğitimlilerin %11,7'si, lise ve dengi okul mezunlarının %5,5'i ve yükseköğretim mezunlarının %1,5'i yoksuldur. Eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %60'ına göre sürekli yoksulluk oranı %14'dür.

Gelire dayalı görelî yoksulluk oranının en yüksek olduğu bölge %13,2 ile TR61 (Antalya, Isparta, Burdur) olarak saptanmıştır.

Görelî yoksulluk oranının en düşük %5,3 ile TRC1 (Gaziantep, Adıyaman, Kilis) bölgesidir.

Toplumsal en zengin %20'sinin gelirinin en yoksul %20'sinin gelirin oranı 7,5'dir. Yoksulluk, bireylerin sağlığa erişim, eğitim, sosyal hayata katılım gibi konularda dezavantaj yaşamalarına neden çok yönlü bir sosyolojik olgudur. Sonuç olarak

gelir dağılımındaki adaletsizlik ve yoksulluk dünyada geri kalmış ülkelerin olduğu kadar gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerinde de değişik oranlarda ortak bir sorundur. Küresel nitelikte bir sorun olan yoksulluk rakamlarla ifade edildiğinde günümüzde iki milyara yakın insan aşırı yoksulluk sınırının altında, üç milyara yakın insan ise yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır. Bu nedenle de yoksullukla mücadele de ulusal ve Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kurumlar da önemli rol oynamaktadır (Daşlı, 2018).

3.4. Yoksulluk ve Sağlık İlişkisi

Ekonomik büyüme ve yoksulluk arasında bir ilişki mevcuttur. Bir yorum, büyümenin yoksulluğu azaltma noktasındaki önemli korelasyonu vurgularken, diğer bir yorum ise finansal kalkınmanın yoksulluğu azaltmaya yardımcı olduğunu, ancak etkisinin doğrusal olmadığını vurgulamaktadır. Yoksulluk, ülkelerin çoğu için önemli bir sorundur. Ayrıca, bir ülkenin yoksulluğu azaltmada başka kaynaklardan tasarruf ettiği paranın nasıl kullanılacağını belirtmek için yoksulluğu azaltma stratejisi inşa etmesi gerekmektedir. Sağlık eşitsizliğinin yoksulluk üzerindeki etkisinin ampirik çerçeveden büyük ölçüde belirsiz olması son derece mümkündür (Kurşun, 2015).

Yoksulluk ve hastalık/sağlık arasındaki ilişki basit değildir. Bu ilişki çok yönlüdür. Kötü sağlık, yoksulluğa yol açan kısır döngü için sebep olabilir ve sonuçta yoksulluk, sağlık statüsünün kötüleşmesine neden olabilir. İlişkiler diğer yandan olumlu çalışabilir. Etkili üretim, üreme ve vatandaşlık için iyi fiziksel ve zihinsel sağlık esastır, üretken geçim stratejileri ve risk yönetimi ise birey sağlığı ve sağlık statüsünü korumak için kritik öneme sahiptir (Grant, 2005).

Yoksulluk, yetersiz beslenmeyle sonuçlanan çocuklarda yetersiz gıda alımına neden olmaktadır. Beş yaşın altındaki bazı çocuklar bodur büyümenin kanıtladığı yetersiz beslenmeden mustarıptır. Kötü beslenme, sadece doğrudan değil aynı zamanda çoklu enfeksiyonlarla birlikte düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl milyonlarca ölüme yol açmaktadır. Bunun nedeni düşük beslenme durumunun bir çocuğu enfeksiyonlara yatkın hale getirmesidir. Kötü beslenmiş bir bireyin immünolojik pozisyonu bozulmadığında, enfeksiyon seyri daha ciddi hale gelir, bu nedenle bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerde artış olur. Yoksulluk nedeniyle, çocuk bakımı, ebeveynlerin çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayacak kaynakları yetersiz olduğu için karmaşık hale gelmektedir. Anneler geçimlerini sağlayabilmek için sokaklarda çalışmak zorunda kalmakta ve çocuklar daha büyük

kardeşlerinin bakımı altında, uygun beslenmeden evde bırakılmaktadır (Ngoma ve Mayimbo, 2017).

“Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yoksulluk sorunundan özellikle yaşlılar, özürlüler, kadınlar ve çocuklar daha fazla etkilenmektedir. Ancak yoksulluk daha ayrıntılı incelendiğinde, en büyük ve önemli etkiyi, çocuklar üzerinde gösterdiği görülmektedir. Yeterli ve dengeli beslenme kadar güvenli ve sağlam bir konut da çocukların temel ihtiyacıdır. Yalnız beslenme yetersizliğine ek olarak yoksul çocukların karşılaştıkları güçlükler arasında yer alan elverişsiz konutlarda ve kalabalık ortamda yaşama, su ve sanitasyon olanaklarına yetersiz erişim ve yetersiz korunma nedeniyle çocukların sağlıkları olumsuz etkilenmektedir” (Şener ve Ocakçı, 2014).

Diğer yandan, Ergül (2005)’in ifade ettiği üzere “yoksul insanların yaşadıkları alt sosyoekonomik çevreler yüksek suç oranları, coğrafi hareketlilik, evlilikte uyumsuzluk, boşanma gibi sorunlara, bunlarda fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.”

Sağlık risklerinin en büyük yükü, özellikle yoksul, çok az örgün eğitim görmüş ve meslekleri düşük olan toplumlarda özellikle de kadınlar ve çocuklar gibi dezavantajlı insanlardan kaynaklanmaktadır. Kadınlar ve çocuklar sıklıkla, protein ve enerji eksikliğinden özellikle de iyot, demir, A vitamini ve Çinko gibi mikro besinlerdeki eksikliklerle daha da kötüleşen sağlık sorunlarından muzdariptirler (Ngoma ve Mayimbo, 2017).

Yoksullar daha kötü sağlık sorunları yaşamakta ve daha genç yaşta ölmektedirler. Düşük gelir durumunda ortalama çocuk ve anne ölümleri ile hastalık seviyeleri daha yüksek, sağlık hizmetlerine ve sosyal korunmaya daha sınırlı erişim vardır. Diğer yandan cinsiyet eşitsizliği dezavantajlı kadın ve kız çocuklarının sağlığını daha fazla etkilemektedir. Özellikle yoksul insanlar için, sağlık da çok önemli bir ekonomik varlıktır ve geçim kaynakları da buna bağlıdır. Yoksul veya sosyal açıdan savunmasız bir kişi hastalanır veya yaralanırsa, tüm hanehalkı gelir kaybına uğrayıp yüksek sağlık bakım maliyetlerine inen bir fasit döngüye sıkışıp kalabilir. Yoksul insanlar, hastalığa daha yatkın oldukları ve sağlık hizmetlerine ile sosyal sigortaya daha sınırlı erişime sahip oldukları için bu aşağı doğru sarmallara karşı daha savunmasızdır (OECD, 2003).

Bazı sağlık riskleri çocuklar ergenliğe eriştikçe ortaya çıksa da, diğer riskler ortaya çıkmakta ve tehditler tehlikeli barınaklardan, mahallelerden veya şantiyelerden derinde kalmaktadır (Sverdlik, 2011).

Sağlık ve yoksulluk ayrılmaz bir şekilde iç içe geçmiş durumdadır. Emzirmek, okula gitmek, yiyecek yetiştirmek için çalışmak, bir aileyi beslemek, temel sağlık seviyesine bağlıdır. Bununla birlikte, bir milyardan fazla insan günde 1 dolardan daha az kazanmaktadır (Murray, 2006).

Aşırı yoksulluk birçok yönden sağlıkla etkileşime girmekte ve çeşitli insanî yetenekleri, olanakları ve fırsatları engellemektedir. Dünya'nın her yerinden gelen kanıtlar, yoksulluk, açlık ve yoksul çocuk sağlığı arasında bir bağlantıyı desteklemektedir. Zayıf çocuk sağlığı ve açlık, düşük okul performansına dolayısıyla daha sonra ise kişinin iyi bir iş bulamamasına ve ailesini destekleyememesine neden olmaktadır (Murray, 2006).

Sağlığın herkes için bir "hak" olduğunu düşünen birçok insan gibi, kısa vadeli iyileşme, kaçınılmaz olarak, yoksulluk ve sağlıksız arasındaki kısır bağlantıyı kesmeyi amaçlayan destekleyici ekonomi politikasına ve sağlık odaklı kalkınmaya bağımlı görünmektedir (Murray, 2006). 2000 yılının Eylül ayında, 189 ülkenin lideri New York'ta Birleşmiş Milletler'de bir araya gelmiş ve daha güvenli, daha müreffeh ve adaletli bir dünya oluşturmak için birlikte çalışma taahhüdü olan "Milenyum Deklarasyonu"nu onaylamıştır. Deklarasyon, "Binyıl Kalkınma Hedefleri" olarak bilinen ve 2015 yılına kadar ulaşılması gereken sekiz zamana bağlı ve ölçülebilir hedefleri belirleyen bir yol haritasına dönüştürülmüştür. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (United Nations, 2000):

Aşırı yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması,

Evrensel ilköğretime ulaşmak,

Cinsiyet eşitliğini teşvik etmek ve kadınları güçlendirmek,

Çocuk ölümlerini azaltmak,

Anne sağlığının iyileştirilmesi,

HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele,

Çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması,

Kalkınma için küresel bir ortaklık geliştirmek.

Dünya'daki yoksulluk ve kötü sağlık, ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır. Küresel çapta milyonlarca insan için sağlıksızlığın sebepleri politik, sosyal ve ekonomik adaletsizliklerden kaynaklanmaktadır. Yoksulluk hem sağlığın sebebi hem de sonucudur. Yoksulluk, sağlıksızlık olasılığını arttırmaktadır. Kötü sağlık, toplumları

yoksulluk içinde hapsetmektedir (<https://www.healthpovertyaction.org/news-events/key-facts-poverty-and-poor-health/>).

Yoksulluk ve ayrımcılığı sürdürebilen ekonomik ve politik yapıların, yoksulluk ve sağlıksızlığın üstesinden gelinmesi için dönüştürülmesi gerekmektedir.

Marjinal gruplar ve korunmasız bireyler genellikle en kötü şekilde etkilenmektedir. Bu gruplar bilgiden, paradan veya hastalıkları önleme ve tedavi etmelerine yardımcı olacak sağlık hizmetlerine erişimden yoksun kalmaktadır.

Yoksul ve savunmasız insanlar, sağlıklarını bilerek riske sokan sert seçimler yapmak zorunda kalabilirler.

Yerli topluluklar da dahil olmak üzere, marjinalleşmiş grupların karşılaştığı kültürel ve sosyal engeller, sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları ve sağlıkları için ciddi sonuçları olduğu anlamına gelebilir. Bu da orantısız yoksulluk seviyelerini sürdürmektedir.

Doktorların ücretlerinin maliyeti, bir sağlık merkezine ulaşmak için bir ilaç ve ulaşım kursu, kendilerine bakması ya da tedaviye ulaşmaları ve ödemeleri için onlara yardım etmeleri gereken akrabaları için yıkıcı olabilir. En kötü durumlarda, hastalık yükü, ailelerin mülklerini satmaları, çocukları okuldan almalarına hatta dilencilik yaptırmaya başlaması anlamına gelebilir.

Bakım yükü genellikle eğitimden vazgeçmek zorunda kalabilecekleri veya hanelerin masraflarını karşılamaya yardımcı olmak için ücretli işlerde bulunabilecek kadın akrabaları tarafından üstlenilmektedir. Eğitimden kaçınmanın, bir kadının daha sonraki yaşamdaki olanakları ve kendi sağlığı için uzun vadeli etkileri bulunmaktadır.

Aşırı kalabalık ve kötü yaşam koşulları, tüberküloz gibi hava kaynaklı hastalıkların ve pnömoni gibi solunum yolu enfeksiyonlarının yayılmasına katkıda bulunabilir. Açık yangınlara veya geleneksel sobalara güvenmek ölümcül iç mekân hava kirliliğine yol açabilir. Yiyecek, temiz su ve sanitasyon eksikliği de ölümcül olabilir.

3.5. Yoksulların Sağlığına Yatırımın Arkasındaki Temel Argümanlar

Sağlığa yapılan yatırım giderek artan bir şekilde önemli ve önceden tahmin edilemeyen bir ekonomik kalkınma aracı olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nun gösterdiği gibi, gelişmekte olan ülkeler yoksulluk döngüsünden çıkacaksa, sağlık sonuçlarında önemli ölçüde iyileştirilmiş bir ön şartı vardır. Kısmen örtüşen ancak her durumda toplam etkiyi sağlayan yolların sayısı (OECD, 2003):

Daha yüksek emek verimliliği: sağlıklı çalışanlar daha üretkendirler ve daha yüksek ücret almaktadırlar. Bu; üretimi, işletme karlılığını ve tarımsal üretimi artırmaktadır.

Yüksek yerli ve yabancı yatırım oranları: Artan emek verimliliği, yatırım için teşvikler yaratmaktadır. Ek olarak, HIV/AIDS gibi endemik ve salgın hastalıkların kontrol altına alınması, hem kendileri için büyüme fırsatlarını artırarak hem de personeli için sağlık risklerini azaltarak yabancı yatırımları teşvik etmektedir.

Gelişmiş insan sermayesi: Sağlıklı çocuklar daha iyi bilişsel potansiyele sahiptir. Sağlık geliştikçe, devamsızlık oranları ve erken okulu bırakma oranları düşmekte, çocuklar daha iyi öğrenmekte ve insan sermayesi bazında büyüme ortaya çıkmaktadır.

Daha yüksek ulusal tasarruf oranları: Sağlıklı insanlar, tasarruflara ayırmak için daha fazla kaynağa sahiplerdir. Daha uzun yaşayan insanlar emeklilik için tasarruf sağlayabilirler. Bu tasarruflar, sermaye yatırımı için fon sağlamaktadır.

Demografik değişiklikler: Hem sağlık hem de eğitim alanındaki iyileştirmeler doğurganlık ve ölüm oranlarının düşmesine katkıda bulunur. Bir gecikmeden sonra doğurganlık ölümden daha hızlı düşer, nüfus artışını yavaşlatır ve "bağımlılık oranını" (aktif çalışanların bağımlılara oranı) azaltır. Bu "demografik temettü"nün düşük gelirli ülkeler için kişi başına gelirden önemli bir büyüme kaynağı olduğu gösterilmiştir. Daha iyi sağlık bakımı ve eğitimin yaygınlaşmasıyla aile büyüklüğü azalır. Çocukların, çocukluk hastalıklarının bilişsel ve fiziksel sonuçlarından korunmaları ve okulda çok daha başarılı olmaları daha olasıdır.

3.6. Yoksul Yanlısı Sağlık Yaklaşımı

Gelişmekte olan ülkeler sağlık sistemlerini iyileştirme süreçlerinde, geleneksel hükümet sağlık kaynaklarını yoksul insanların bakım aradığı büyük ve büyüyen bir özel sağlık sektörüyle bütünleştirme zorluğuyla karşı karşıyadır. Bu "karma sağlık sistemlerinde", devlet kurumları tarafından işletilen merkezi olarak planlanmış sistemler, benzer veya tamamlayıcı ürün ve hizmetler için yan yana özel pazarlarla mevcuttur (Dimovska vd., 2009).

Yoksul insanlar birçok koşuldan orantısız bir şekilde etkilenmektedir. Bunlar bulaşıcı hastalıklar (HIV / AIDS), çocukluk hastalıkları (kızamık, çocuk felci) ve üreme sağlığı sorunlarını içerir (Bird ve Busse, 2006). Bu yoksul insanlar tam olarak uygun bakıma erişimde aşırı zorluk yaşamaları en muhtemel olan gruptur. Tedaviye erişimin doğrudan resmi ve gayri resmi maliyetleri ve sağlık tesislerine ulaşmada ortaya çıkan maliyetlerle karşı karşıyadırlar. Anne ve beş yaş altı ölümler, hem

yoksulluğun hem de sağlık hizmetlerinin kalitesinin hassas göstergeleridir. Sağlık sonuçları, uygun fiyatlı ve kaliteli sağlık hizmetlerinin mevcudiyetinden (ve erişilebilirliğinden) çok daha fazlasıdır (Bird ve Busse, 2006).



Şekil 3. Morbidite ve Mortaliteyi Etkileyen Sağlık Dışı Bakım Faktörleri

Kaynak: (Bird ve Busse, 2006)

Yoksul sağlık yanlısı bir yaklaşım, yoksulların sağlığının geliştirilmesi, korunması ve iyileştirilmesine öncelik veren yaklaşımdır. Kaliteli halk sağlığı ve kişisel bakım hizmetlerinin adil finansman mekânizmaları ile sağlanmasını içermektedir. Bu yaklaşım eğitim, beslenme, su ve sanitasyon gibi yoksulların sağlığını etkileyen alanlarda politikalar içermesi ile sağlık sektörünün ötesine geçmektedir. Son olarak, sağlık hizmetlerinde ticaretin etkileri, fikri mülkiyet hakları ve sağlık araştırmalarının finanse edilmesi, gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulların sağlığına etki ettiği için küresel eylemle ilgilidir. Yoksul yanlısı bir sağlık yaklaşımı dört temel ayağa dayanmaktadır (OECD, 2003).

Sağlık sistemleri, sağlık personeli tarafından sunulan destekleyici, önleyici ve iyileştirici hizmetleri ve destek yapılarını (örneğin ilaç tedarik sistemleri) içermektedir. Hem kamu hem de özel sektör hizmetlerini, resmi ve gayri resmi, geleneksel

hizmetleri ile ev ve aile temelli bakımı içermektedir. Gelişmekte olan birçok ülkede sağlık sistemleri zayıf ve parçalıdır; bunun sonucu olarak dünyadaki milyonlarca yoksulun ihtiyaç duydukları kamu sağlık hizmetlerine ve kişisel bakıma erişimi mevcut değildir. Bu bakımdan en büyük zorluk, savunmasız ve özel ihtiyaçları olan gruplara ulaşmak için sağlık hizmeti sunumunda cinsiyet, etnik ve sosyo-ekonomik önyargıları ele almaktır.

Yoksul ve sosyal açıdan savunmasız olanları, sağlık hizmetlerinin yoksullaştırıcı maliyetlerinden korumak için sağlık finansmanı ve daha geniş sosyal koruma stratejileri gerekmektedir. Bu, yoksulların sosyal korunmasının kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmesi bağlamında, risk biriktirme, çapraz sübvansiyon ve sağlık şoklarına karşı korumanın arttırılmasını gerektirmektedir.

Sağlık sektörünün ötesindeki temel politika alanları. Özellikle yoksul insanların sağlığı, gelir, eğitim düzeyi, gıda güvenliği, çevre koşulları ve suya ve sanitasyona erişim dahil olmak üzere çok çeşitli faktörlerle belirlenmektedir. Ekonomi, ticaret ve maliye politikaları aynı zamanda hanehalkı gelirlerinin ve beslenme durumunun önemli belirleyicileridir. Bu nedenle, asıl amacı sağlık olmayan, ancak sağlık çıktılarını etkileyebilecek olumlu veya olumsuz olabilecek politika ve faaliyetlerin sağlık üzerindeki etkilerini değerlendirmek gerekmektedir. Bu açıdan yapılması gereken olumlu etkileri optimize etmek ve istenmeyen etkileri ortadan kaldırmak veya azaltmaktır.

Politika tutarlılığını ve küresel kamu mallarını teşvik etmek. Uluslararası kamu malları tedariki, ticaret ve yatırım konusundaki çok taraflı anlaşmalar ve çevre sözleşmeleri gibi uluslararası eylemler, diğer yoksul yanlısı sağlık stratejilerini tamamlamalıdır.

4. Sonuç

Sağlık ve ekonomi arasında çok yönlü bir ilişki mevcuttur. Toplumdaki bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için genetik özelliklerinin yanında, barınma, eğitim, yeterli ve dengeli beslenme, iş ve çalışma koşulları, kaynaklara ulaşacak yeterli gelir düzeyi gibi çok çeşitli faktörler bulunmaktadır. Tüm bu yoksulluk eksenli faktörler bireylerin sağlık konumunu etkilemekte olup bireylerin sağlıklı yaşam sürelerini belirlemektedir. Sağlık ve ekonomiyi inceleyen yaklaşımlardan biri de ülkelerin gelişmiş statüsüne göre hastalıkların prevalansının değişmesidir. Örneğin çocukluk çağı obezitesi özellikle de gelişmiş ülkelerde önemli bir sorundur. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ise hem gelişmiş hem de

de gelişmekte olan ülkeler için önemli bir finansal ve ekonomik risk oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise salgın hastalıklar ve çocuk ölümleri ön plana çıkmaktadır. Sağlık ve ekonomi arasındaki bir diğer ilişki ise bireylerin hastalık dönemleri boyunca verimlilik ve üretimde ki kayıplarla birlikte gelirinde azalma yaşamaları veya cepten yapılan yıkıcı sağlık harcamaları nedeni ile kişilerin yoksullaşmasıdır (Çilingiroğlu, 2012; Ergül ve Kalkım, 2011; Erkoç ve Yardım, 2011, Ercan ve Biçer, 2019; Biçer, Tosun & Sağlık, 2018). Bu durumda da sağlıkta finansal koruma ve sağlık ekonomisi kavramları ön plana çıkmaktadır.

Yoksulluk gerek gelişmiş gerekse az gelişmiş ülkelerde farklı boyutlarda ortaya çıkan ve farklı politikalarla mücadele edilen önemli toplumsal ve küresel bir sorundur. Yoksulluğun nedenleri ve nasıl ortaya çıktığı konuları ile ilgili çok fazla madde sıralanabilir. Çok boyutlu ve sosyal bir kavram olan yoksulluğun nedenleri; iktisadi, siyasî, ekolojik-demografik ve sosyolojik faktörler olarak sınıflandırılabilir. İktisadi faktörler arasında; iş gücü piyasası, işsizlik, piyasanın yapısı, enflasyon, ekonomik krizler yer alırken siyasî faktörler arasında; savaşlar, yolsuzluk, iç çatışma, terörizm vb. yer almaktadır. Nüfus baskısı, göçler, doğal afetler, iklim koşulları vb., ekolojik-demografik faktörler içinde yer alırken; hane halkının özellikleri, boşanma, ölüm, özürlülük, zayıflık ve korunmasızlık da sosyolojik faktörler arasında yer almaktadır (Çelik ve ark., 2017). Yoksulluğun pek çok olumsuz da sonucu olmaktadır. Yoksul bireyler yemek ihtiyacının yanında giyim, barınma, sağlık, kültür ve diğer insanî gereksinmelerini yeterli düzeyde karşılayamamaktadır. Sağlık özelinde değerlendirildiğinde ise yoksul bireylerin yetersiz beslenme, sağlıksız koşullar, sağlık hizmetlerine erişim vb. nedenlerle de hastalık ve sakatlığa ulaşma riskleri de daha yüksektir.

Yoksulluğun ortadan kaldırılmasında yoksullar lehine iktisadi büyüme ve beşerî sermayenin güçlendirilmesi mücadele politikaları arasındadır. Beşerî sermayenin güçlendirilmesinde ise eğitim ile birlikte sağlık önemli rol oynar. Sağlık bireyler için olmazsa olmazdır. Sağlığın insan ve toplum üzerinde pek çok önemli etkisi vardır. Mükemmel sağlık kişinin sahip olacağı önemli bir değerdir. Sağlıklı insanlar hayattan keyif alırlar, işgücü piyasasında sağlıklı insan daha yüksek gelir düzeyi elde eder, daha yüksek gelire bağlı olarak tüketim düzeyi daha yüksek olur ve doğal olarak refah seviyesi yükselir.

Makro açıdan bakıldığında ise sağlık bir ülkede en önemli yapısalardan birisi olarak kabul edilir ve gelişmişliğin hem temel göstergelerinden birisi hem de gelişmişlik seviyesinin belirleyicilerinden birisidir. Yani gelişmişlik seviyesi ile sağ-

lık arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur. David Singer ve Ragnar Nurkse tarafından ortaya konulan Yoksulluk Kısır Döngüsü Teorisine göre "yoksul ülkeler yoksul oldukları için yoksuldurlar." Diğer bir ifade ile düşük gelir elde eden bir ülke, düşük tasarruf yapabilecek ve haliyle yatırımlarının oranı da düşük olacaktır. Devletin tüm çabalarına rağmen eldeki bu düşük yatırım ile yine düşük bir gelir elde edilecektir. Düşük gelir nedeni ile ülkenin eğitim ve sağlık gibi iki temel beşerî sermaye seviyesi de düşük olacaktır. Bu nedenle ülkenin beşerî sermaye seviyesi de düşük olacak bu durum düşük üretim düzeyi ile sonuçlanacak ve yine gelir seviyesi ve sağlık-eğitim seviyesi yetersiz olacaktır (Canbolat, 1999). Sağlık bu kısır döngüyü kırabilecek eğitim ile birlikte en önemli yapısalardan birisidir. Sağlık düzeyi yüksek insanlar işgücü piyasasında yüksek verimlilik ile çalışabilir ve üretim ve gelir ülkenin sağlık stokunun yüksek olması ile arttırılabilir (Zweifel ve ark, 2009). Sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik şekilde kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu topluma en iyi şekilde bölüştürme amacı olan sağlık ekonomisi disiplini sağlık stokunun yükseltilmesinde ve dolayısıyla yoksullukla mücadelede önemlidir.

Kaynakça

- Açıkgöz, R., Yusufoglu, Ö. Ş. (2012). Türkiye’de Yoksulluk Olgusu ve Toplumsal Yansımaları. *Journal of the Human and Social Science Researches*, 1(1), 76-117.
- Arpacioğlu, Ö., Yıldırım, M. (2011). Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi, *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4(2), 60-76.
- Bıçer, F. D., Tosun, N. & Sağlık, E. (2018). Effects of the Urban Image on the Destination Image in Health Tourism: The Case of Sivas. *International Journal of Health Management and Tourism*, 3 (2), 87-98.
- Bird, K., Busse, S. (2006). Pro-poor policy An overview, *The poverty-wellbeing platform*.
- Boz, Ç. (2012). Adam Smith ve Amartya Sen, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(3), 71-96.
- Buğra, A., Keyder, Ç. (2005). Poverty and social policy in contemporary Turkey, *Boğaziçi University Social Policy Forum*.
- Canbolat, İ. (1999). *Gelişmekte Olan Ülkeler ve Dış Politika*. İstanbul: Alfa Yayıncılık.
- Chambers, R. (1995). Poverty and livelihoods: whose reality counts?, *Environment and Urbanization*, 7(1), 173–204.
- Culyer, A. J., Newhouse, J. (2000). *Handbook of Health Economics*. London: Elsevier Science.
- Culyer, A. J. (1981). Health, Health Economics and Health Economists. M. Van de Gaag içinde, *Health Economics and Health Economists*. Amsterdam.
- Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 29-50.
- Çelik, K., Vurak, İ. Y., Tuncer, G. (2017). Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluğun Genel Görünümü: 2002 Sonrası Döneme İlişkin Bir Değerlendirme, *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Journal of Social Sciences*, 5: 41-79.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çilingiroğlu, N. (2012). Temel Kavramlar ve Sağlık Ekonomisi. Çağatay Güler, Levent Akın (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* içinde (s.1584-1588). Hacettepe Üniversitesi Yayınlar: Ankara.
- Daşlı, Y. (2015). Sosyal Yardımların Sorunlu Alanı: Muhtaçlık Tespiti, *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 39, Sayı: 2, s. 135-154.
- Daşlı, Y. (2018). Yoksullukla Mücadelede Yeni Bir Yaklaşım: İşlevsel Yoksulluk, *Turkish Studies Vol. 13* (26), 459-474.

- Dimovska, D., Stephanie. S., Sofi, B. ve Hanna, P. (2009). *Innovative pro-poor healthcare financing and delivery models*. Washington, DC: Results for Development Institute.
- Ercan, T., Biçer, D. F. (2019). Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği, *BMIJ*, 7(2): 998-1021.
- Ergül, Ş. (2005). Yoksulluk Sağlık İlişkisi Ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 2.
- Erkoç, Y., Yardım, N. (Ed.) (2011) T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara: Anıl Matbaası.
- Ergül, Ş., Kalkım, A. (2011). Önemli Bir Kronik Hastalık: Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite*, *TAF Prev Med Bull*, 10(2): 223-230
- Ertek, T. (2012). *Temel Ekonomi (3. Baskı b.)*, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Feldstein, M. (1995). The Economics of Health and Health Care: What have we learned? What have I learned?, *American Economic Association*, 85(2), 28-31.
- Grant, U. (2005). *Background Paper for the Chronic Poverty Report 2008-09 Health and Poverty Linkages: Perspectives of the chronically poor*.
- Gürses, D. (2010). *Children and Child Poverty in Turkey*. Hunner-Kreisel C., Andresen S. (eds) Kindheit und Jugend in muslimischen Lebenswelten içinde. VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Koca, M. (2015). Sosyal Dışlanma Sorunu Ve Asgari Gelir Desteğinin Gerekliliği, *Journal of International Social Research*, 8(39), 501-510.
- Kıziler, N. (2018). Türkiye’de Yoksullukla Mücadele ve Sosyal Transfer Harcamaları, *Journal of Life Economics*, 4(1), 77-100.
- Kurşun, A. (2015). Determination Of The Relationship Between Poverty And Health Inequality, *Akademik Bakış Dergisi*, 48, 118-126.
- Marshall, A. (1948). *Principles of Economics (8. Edit b.)*, New York: The Macmillan Company.
- Mingione, E. (1996). *Urban Poverty in the Advanced Industrial World: Concepts, Analysis and Debates*, Urban Poverty and Underclass: A Reader, Ed: E. Mingione, Blackwell, Oxford.
- Murray, S. (2006). Poverty and health, *CMAJ*, 174(7): 923.
- Mushkin, S. J. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*, 73(9). 785-794.

- Mutlu, A., Işık, A. (2012). *Sağlık Ekonomisine Giriş (3. Baskı)*. Bursa: Ekin Yayın Dağıtım.
- Ngoma, C., Mayimbo, S. (2017). The Negative Impact of Poverty on the Health of Women and Children, *Ann Med Health Sci Res*, (7). 442-446.
- OECD. (2003), *Poverty and Health*, OECD Publications, Paris, France.
- Öztürk, M., Çetin, B. I. (2009). Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluk ve Kadınlar, *Journal of Yasar University*, 3(11), 2661-2698.
- Sarıkoca, E. ve Daşlı, Y. (2016). Yoksulluğun Dünyada ve Türkiye’de Seyri, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 43, Nisan 2016.
- Smith, A. (2014). *Ulusların Zenginliği*. İstanbul: Türk İş Bankası Kültür Yayınları.
- Sverdlik, A. (2011). Ill-health and poverty: a literature review on health in informal settlements, *Environment & Urbanization*, 23(1), 123–155.
- Şantaş, F. (2017). Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle İlişkisi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı No: 13, 545-591.
- Şener, D. K. ve Ocakçı, A. F. (2014). Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Çok Boyutlu Etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 13, Sayı 1.
- Taş, H. Y., Özcan, S. (2012). Türkiye’de ve Dünyada Yoksulluk Üzerine Bir Araştırma, *International Conference On Eurasian Economics*, 423-430
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme, *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 125-152.
- Ticaret Bakanlığı, 2019, https://ticaret.gov.tr/data/5b90d20a13b8760beca887fa/Ekonomik_Gorunum_Mart.pdf Erişim Tarihi: 12.07.2019
- Türk, T., Ünlü, H. (2016). Yoksullukla Mücadele Politikaları: 2000 Sonrası Türkiye Örneği, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2016, 7(14), 92-104.
- United Nations (2000), The Millennium Development Goals, <https://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/List%20of%20MDGs%20English.pdf>
- Uzun, A. M. (2003). Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler*, 4(2), 155-173.
- World Bank, (2011). Wold Devolopment Indicators. http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/wdi_ebook.pdf Erişim Tarihi: 15.06.2019
- World Bank, 2019, Poverty & Equity Brief Europe &Central Asia Turkey.

World Bank, Poverty and Shared Prosperity 2018: Piecing Together the Poverty Puzzle, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30418/9781464813306.pdf> Erişim Tarihi: 10.07.2019.

Yıldırım, K., Karaman, D., Taşdemir, M. (2009). *Makro Ekonomi* (8. Baskı baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zweifel, P., Breyer, F. ve Kifmann, M. (2009). *Health Economics*. London: Oxford Press.

http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_64_20151110.pdf Erişim Tarihi: 10.06.2019.

https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_TUR.pdf Erişim Tarihi: 10.06.2019.

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Income_poverty_statistics Erişim Tarihi: 10.06.2019.



5. BÖLÜM

SAĞLIKTA ŞİDDET

Erol Bulut*

1. Giriş

Sağlıkta şiddet son dönemde medyanın ilgi odağı olan konulardan biridir. Özellikle doktor ve hemşirelere karşı uygulanan şiddet, gündemde önemli bir yer işgal etmektedir. Medyanın ilgisi konuya olan akademik ilgiyi de arttırmaktadır. Konu gerek Türkiye’de gerekse Dünyada çeşitli akademik araştırmalara konu olmakta, nitel ve nicel araştırmalar yoluyla şiddetin nedenleri, sonuçları ve çözümleri ortaya konmaya çalışılmaktadır.

Toplumdaki şiddet kültürü sağlıkta şiddetin nedenlerindendir. Şiddet kültürü bir toplumda yaygınlaştıkça sağlıkta şiddet vakalarının artması muhtemeldir. Şiddet kültürü kadına veya çocuğa yönelik şiddeti nasıl haklı gösteriyorsa, sağlık çalışanlarına veya hasta ve yakınlarına yönelik şiddeti de haklı göstermektedir.

Sağlık sektörü ölüm, yaralanma ve şiddetle iç içe olması nedeniyle stresli bir alandır. Şiddet dışı ölüm ve yaralanmalar sektördeki stresi arttırmaktadır. Ancak sağlık kurum ve kuruluşlarının şiddete müdahale eden kurumlardan biri olması strese ek başka etkiler getirmektedir. Sürekli olarak şiddet vakalarına müdahale sağlık çalışanlarının zamanla şiddeti olağan görmesine neden olabilmektedir. Çoğu zaman bunun etkisiyle çalışanlar özellikle sözel veya duygusal şiddet olaylarını olağan hafif olaylar şeklinde değerlendirmektedirler.

Şiddet kültürü yalnızca failler ekseninde oluşmamaktadır. Şiddet kültürünün oluşmasında fail kadar mağdurların da payı vardır. Yaşanılan şiddetin olağan, hafif, normal olarak algılanması şiddeti zamanla arttırmaktadır. Gelecek nesiller artık şiddetin bu türlerini şiddet olarak görmemeye başlamaktadır. Yaşanılan her

* Dr. Öğr. Üyesi, Ordu Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü.

türlü şiddet olayının önemsenmesi ve bildirilmesi şiddet kültürünün önüne geçebilecek en önemli mekânizmadır. Bu nedenle sağlık çalışanları hem müdahale ettikleri şiddet olaylarını hem de yaşadıkları ve tanık oldukları şiddet olaylarını önemseyerek yetkili birimleri bilgilendirmelidir.

Bu çalışmada şiddet, sağlıkta şiddet kavramları tanımlanarak, sağlıkta şiddetin nedenleri ve sonuçlarıyla birlikte çözüm için gerekli görülen önlemler ele alınmaya çalışılmıştır. Böylece toplumsal bilinç oluşturma adına toplumsal bir katkı sağlamak ve sağlıkta şiddet literatürüne sosyolojik bir bakış ile katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

2. Saldırganlık ve Şiddet

Saldırganlık ve şiddet yakın ilişkili iki kavramdır. Bir kişi ya da kişilerin bir başka kişi veya kişilerin davranışlarında değişiklik yaratma veya doğrudan zarar verme (intikam almak gibi) amacı, her iki kavramda da yer bulmaktadır. Saldırganlık diğer insan veya insanlar üzerinde hâkim olmak, onların davranışlarını değiştirmek veya kasıtlı olarak zarar vermek amacıyla yapılan eylemlerdir (Erten ve Ardalı 2005: 143; Ferguson ve Dyck, 2012: 220-221). Ancak saldırganlıkta diğerine zarar verme amacı zarar verici bir eyleme dönüşmeyebilir (Baird ve McGannon, 2009: 380).

Saldırganlığın bir alt türü olan şiddet davranışı ise "aşırı zarar verme amacındaki (öldürme, yaralama vb.) saldırganlıktır" (Anderson ve Bushman, 2002: 29). Biyolojik anlamıyla hayvan gruplarında ve insanlarda kendini savunma ve varlığını devam ettirme temel dürtüsü ile ilişkili olan şiddet kavramı psikolojik ve sosyolojik anlamıyla dürtülerden daha ziyade sosyal süreçlerle ilişkilidir. Biyolojik şiddet kendini koruma içgüdüğü temelinde şekillenirken, psikolojik ve sosyolojik anlamıyla şiddet başkaları üzerinde davranış değişikliği yaratma veya intikam alma ekseninde oluşmaktadır (Bulut, 2019: 116).

Şiddet bir kişi veya grubun diğer insanlara, hayvanlara, çevreye ve kişinin kendisine karşı kontrol altına almak, sindirmek, davranış değişikliği yaratmak veya doğrudan zarar vermek amacıyla uyguladığı her türlü zarar verici eylemdir.

Şiddetin yapısal özellikleri ise şu şekilde sıralanabilir (Güneş, 2018: 49-50):

- Şiddet karmaşık ve tümleşik bir yapıdır.
- Duygu ve davranış boyutu birbiriyle ayrılmaz durumdadır.
- Döngüseldir. Durağan bir yapısı yoktur. Yapı ve şartları değişkendir.

- Araçsal ilişkilere dayanır.
- Toplumdan topluma değişen normlar şiddetin durumunu belirler.
- Modelseldir. Örnek alınan modellere göre değişik hal alabilir.
- Nedenseldir. Ancak her neden her bireyde ve durumda şiddet doğurmaz.
- İlişkiseldir. Bireyin etrafıyla ilişkilerinin niteliği, onun şiddet eğilimi hakkında fikir verir.
- Niyetseldir. Fiili gerçekleştirirken ki niyet, aynı şiddet davranışının tepkisel mi yoksa saldırgan bir şiddet türü mü olduğunu belirleyen etkenlerden biridir.
- Çevresel faktörler ve sosyo-ekonomik durum şiddet davranışının yönünü belirler.
- Sonucu kestirilemeyen riskli bir yapısı vardır.
- Kanıksandıkça çoğalan bir durumu vardır.
- Ruh sağlığının olumsuzluğundan kaynaklandığı gibi ruh sağlığına olumsuz etkide bulunabilir.
- Fiziksel olarak güce irade olarak güçsüzlüğe matuftur.
- Bir süreç sonunda ortaya çıkar ve sonraki süreçlerin durumunu belirler.

3. Şiddet Türleri

Farklı ölçütlere dayalı farklı şiddet sınıflandırmaları yapılmaktadır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2002: 6) şiddeti kendine yönelik şiddet, bireyler arası şiddet ve kolektif şiddet olmak üzere üçe ayırmaktadır. Kendine yönelik şiddet intihar, intihar düşüncesi, kendini aşağılama gibi eylemleri içermektedir. Bireyler arası şiddet ise kendi içinde ikiye ayrılır. Bunlardan birincisi aile içi şiddet. İkincisi ise ev veya aile dışında gerçekleşen topluluk şiddetidir (community). Aile içi şiddet çocuk istismarı, yaşlı istismarı ve partnerler arası şiddeti içermektedir. Topluluk şiddeti ev dışındaki tanıdıklar ve yabancılar tarafından gerçekleştirilebilir. Genç şiddeti, yabancılar tarafından gerçekleştirilen cinsel şiddet gibi eylemler bu kapsamda yer almaktadır. Kolektif şiddet ise sosyal, politik ve ekonomik şiddet biçiminde görülmektedir. Devlet veya geniş insan gruplarınca gerçekleştirilebilir. Organize gruplarca gerçekleştirilen nefret suçları, terörizm, savaş, ekonomik bölünme ve parçalanma yaratma gibi şiddet eylemleri kolektif şiddete örnek gösterilebilir.

Şiddet çalışmalarında sıklıkla görülen sınıflandırmalardan biri mağdurun konumunu ölçüt almaktadır. Kadına, çocuğa, yaşlı ve engellilere vb. yönelik şiddet bu

sınıflandırmada kullanılmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet de bu sınıflandırma içerisinde yer almaktadır.

Bir diğer sınıflandırma ise şiddetin uygulanış biçimini ölçüt almaktadır. Fiziksel, cinsel, duygusal, sözlü, ekonomik ve sosyal şiddet bu kapsamda yer almaktadır.

3.1. Fiziksel Şiddet

Fiziksel şiddet bir kişi veya kişilerin diğer kişi veya kişilerin davranışlarında değişiklik yaratmak, üstlerinde otorite kurmak veya intikam almak gibi çeşitli amaçlarla bedenlerine zarar veren tüm eylemleri kapsamaktadır. Bu kapsamda tokat atma, saç çekme, çımdiklemeden kesici veya ateşli silahlarla yaralama veya öldürmeye kadar geniş bir yelpazedeki fiziksel temas içeren zarar verici eylem, fiziksel şiddet içerisinde yer almaktadır.

Fiziksel şiddet sözlü ve duygusal şiddetle bir arada gerçekleşmekte (Güneş, 2018: 63-64) ve sonuçları fiziksel hasar ile duygusal hasarı içermektedir. Söz konusu duygusal hasar fiziksel şiddetin görünürlüğünün yüksek olmasıyla bağlantılı olarak toplumu etkilemektedir.

3.2. Sözel Şiddet

Alay etmek, küfür etmek, tehdit etmek, bağırarak, iftira atmak gibi sözel iletişim yoluyla kişinin duygusal bütünlüğüne zarar verici eylemler bütünüdür. Sözel şiddet kişinin duygusal bütünlüğüne etki ederek onu sindirmeyi, davranışlarında değişiklik yapmayı veya doğrudan zarar vermeyi hedeflemektedir. Bu nedenle duygusal şiddetle yakından ilişkilidir. Aynı zamanda fiziksel şiddetle sözel şiddet bir arada gerçekleşmektedir. Sözel şiddet çoğu zaman fiziksel şiddeti gerektirmese de fiziksel şiddet çoğunlukla sözel şiddeti içerisinde barındırmaktadır. Ayrıca sözel şiddetin yaratmış olduğu duygusal hasarlar, dolaylı olarak fiziksel hasara yol açmaktadır. Kişinin kendini değersiz hissederek intihar etmesi veya duygusal tahribatın bedensel rahatsızlıklara yol açması, bu türden dolaylı fiziksel hasarlara örnek verilebilir.

3.3. Duygusal Şiddet

Duygusal şiddet küsme, sevgiden yoksun bırakma, ihmal etme, korkutma, tehdit etme, aşırı kıskançlık, aşağılama gibi eylemler vasıtasıyla bireyin üzerinde duygusal hasar yaratan eylemlerin tümüdür. Duygusal hasar anında olabileceği gibi zaman içerisinde ortaya çıkabilmektedir. Duygusal şiddet diğer şiddet türlerinin içerisinde her zaman yer almaktadır. Çünkü fizikî, sözel ya da cinsel şiddet bireyin duygusal anlamda hasar görmesi anlamına gelmektedir (Bulut, 2019: 119). Sözel şiddette olduğu gibi duygusal şiddet zaman içerisinde "psikosomatik" denilen fizikî rahatsızlıkları ortaya çıkarabilmektedir (Engström, 2013: 17; Polat, 2017: 54).

3.4. Ekonomik Şiddet

Tarihte kölelik uygulamasında görülen ekonomik şiddet modern toplumda köleliğin kalkmasına rağmen farklı biçimlerde devam etmektedir. "Ekonomik şiddet, ekonomik kaynakların ve paranın kişi üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak düzenli bir şekilde kullanılmasıdır." (Polat 2017: 58). Çocukların zorla çalıştırılması, kadınların çalışmasının engellenmesi, yaşlıların emeklilik maaşlarına el konulması, kişileri sigortasız çalıştırma, düşük ücretli çalışmaya mecbur bırakma günümüz toplumlarında görülen ekonomik şiddet örneklerinden birkaçıdır. Ekonomik şiddete maruz kalan kesimlerin büyük çoğunluğu ise kadınlar, çocuklar ve yaşlılardır.

3.5. Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet kişinin kendi rızası dışında cinselliğinden yararlanmak, utandırmak, kontrol altına almak amacıyla bireyin cinsel bütünlüğüne zarar veren fiziksel, duygusal ve sözlü eylemlerin bütünüdür. Kişiyi istemediği cinsel ilişkiye zorlamak ya da cinselliği isteği doğrultusunda kullanmasını engellemek, tecavüz, fiziksel ya da sözlü taciz, fuhşa zorlama, teşhircilik, cinsel organlara zarar verme, kadını doğuma zorlama, zorla evlendirme, namus sebebiyle baskı uygulama ve öldürme gibi birçok eylem cinsel şiddet türü içerisinde yer almaktadır. Cinsel şiddet mağdurları çoğunlukla kadınlar, çocuklar, yaşlılar, engelliler ve eşcinsellerdir. Ancak yetişkin erkekler de cinsel şiddet mağduru olabilmektedir. Cinsel şiddet mağdurların cinselliğinden yararlanma amacıyla ortaya çıkabileceği gibi kişileri küçük düşürme, kontrol altına alma amaçları da taşıyabilmektedir. Cinsel taciz ise cinsel şiddetin sözlü ve duygusal yönünü oluşturmaktadır. Cinsel taciz, cinsel

içerikli fiziksel teması içeren cinsel saldırıdan farklılaşmaktadır. Cinsel içerikli laf atma, cinsel içerikli görselleri izletme, cinsel teşhircilik yapma, cinsel ilişki tekli-finde bulunma, cinsel amaçla kişiyi takip etme gibi eylemler cinsel taciz içeri-sinde yer almaktadır (Bulut, 2019: 120).

3.6. Sosyal Şiddet

Sosyal şiddet bireyin sosyal yaşama katılmasını engelleyici ve sosyal yaşamına zarar veren her türlü eylemi ifade etmektedir. Bireyin sokağa çıkmasını engelle-mek, arkadaşlarıyla görüşmesini engellemek, giyimine karışmak gibi bireyin öz-gürlüklerini kısıtlayıcı eylemleri içermektedir (Engström, 2013: 20). Sosyal şiddet bireyin yalnızlaşarak toplumdan yabancılaşmasına neden olmaktadır. Yalnız-laşma bireyde duygusal hasarlar oluşturabilmektedir.

4. Şiddetin Nedenleri

Her şiddet olayı kendine özgü nedenler içermektedir. Dolayısıyla şiddete çok nedenli bir olgu olarak yaklaşılmaları gerekmektedir. Bu kapsamda şiddetin ne-denleri şu şekilde sıralanabilir;

- Psikolojik ve sosyal psikoloji kaynaklı nitelikleri kapsayan bireysel nedenler,
- Toplumsal düzensizlikler, kültürel özellikler ve ekonomik yapı gibi faktörleri kapsayan toplumsal nedenler,
- Hukuki ve siyasî iradede yetersizlikleri içeren siyasî-hukuksal nedenler,
- Medya ve iletişimden kaynaklı iletişimsel nedenler.

4.1. Bireysel Nedenler

Şiddetin bireysel nedenleri psikolojik nedenlerle sosyo-psikolojik nedenlerden oluşmaktadır. Psikolojik rahatsızlıklarla bireyler arası ilişkiler, bireysel nedenler içerisinde değerlendirilmektedir. Öfke kontrolü ve empati eksikliği, merha-met/acıma duygusunun yokluğu, aşırı korku, yoksunluk duygusu, aşırı alkol tük-etimi, madde bağımlılığı, çocukluk döneminde şiddete bağlı olarak duygusal hasar vb. şiddetin bireysel nedenleri arasında bulunmaktadır (Bulut, 2019: 125).

4.2. Toplumsal Nedenler

Toplumsal nedenlerin başında kültür gelmektedir. Özellikle antropolojik yaklaşımlar şiddetin sosyo-kültürel kaynağına vurgu yaparak şiddeti toplumsallaşma ve kültürel aktarımla ilişkilendirmektedir. Şiddet kültürel bir davranış gibi nesilden nesle aktarılmaktadır (Güneş, 2018: 27-28). Kültürel aktarımla yaygınlaşan şiddet toplumsal duyarsızlaşmaya neden olmaktadır (Moses, 2005: 25). Şiddette karşı duyarsızlaşan toplum şiddeti bir çözüm aracına dönüştürmektedir.

Eğitimdeki sorunlar şiddetin toplumsal nedenleri arasındadır. Eğitim seviyesinin düşüklüğü toplumsallaşma sürecini engellemekte ya da kısıtlamaktadır. Eğitim seviyesinin düşük olduğu toplumlarda yanlış inançlara bağlı olarak şiddet kültürü yaygınlaşmaktadır (Bulut, 2019: 125). Örneğin çocuğun dayakla eğitilebileceği düşüncesinin veya kadının kocasına hizmet etmekle sınırlandırılmasının eğitim seviyesiyle doğrudan ilişkisi gözlemlenmektedir. Ayrıca eğitim kurumu toplumsal hareketliliği sağlayan kurumların başında gelmektedir. Bu özelliği ile yoksul ve umutsuz aileler, çocuklarının eğitimi ile yoksulluklarından kurtulma imkânına kavuşmaktadırlar. Dolayısıyla yetersiz eğitim düzeyi toplumsal hareketliliği sınırlandırmakta ve buna bağlı olarak bireysel umutların tükenmesine yol açmaktadır. Umutsuzluk toplumlarda şiddet olaylarını tetikleyebilmektedir.

Şiddetin toplumsal nedenleri arasında yer alan bir diğer faktör ise toplumsal düzensizliklerdir. Özellikle isyan, darbe, savaş, yoğun göç olayları gibi toplumsal düzensizliğe ilişkin koşullar şiddetin artmasına neden olmaktadır. Öyle ki kentlerde sosyal düzensizliğin en yoğun olduğu çöküntü alanları ve geçiş bölgeleri şiddetin yaygın bir şekilde gerçekleştiği bölgelerdir (Güçlü ve Akbaş, 2016).

Şiddetin toplumsal nedenleri arasında ekonomik nedenlere de yer vermek gerekmektedir. Eşitsizlik, yoksulluk ve ekonomik krizler şiddeti arttırmaktadır. Ayrıca şiddeti para kazanma aracı olarak gören silah sektörü, film sektörü, oyuncak, bilgisayar oyunu, güvenlik ve korunma aletleri üreticileri gibi kesimlerin varlığı şiddeti arttırabilmektedir (Gözütok, 2008: 48). Tüm bunlara ek olarak erkek ege-men bir ekonomik yapı kadına yönelik ekonomik şiddetin baş mimarıdır (Öztürk, 2017: 78).

4.3. Siyasî-Hukuksal Nedenler

Hukuksal yetersizlikler veya hukuk kurallarının tatbikindeki aksaklıklar şiddetin önemli nedenlerinden biridir. Bireyler arasındaki anlaşmazlıkları çözme, adaleti

sağlama toplumsal yaşamı düzenleme ve kontrolü sağlama gibi temel işlevlerini yerine getiremeyen bir hukuk düzeni, bireylerin şiddet yoluyla sorunları çözme yoluna gitmesine neden olmaktadır. Hukukun çözümsüzlük şiddetin ise çözüm olduğu algısı şiddeti tekrarlanan ve taklit edilen bir davranışa dönüştürmektedir.

Siyaset kurumu, hukuk kurallarının oluşturulması ve güçlendirilmesinde yetkiyi elinde bulundurmaktadır. Dolayısıyla çalışmayan bir siyaset kurumu toplumu denetleyen ve düzenleyen hukukun ve güvenlik kurumlarının yetersiz kalmasıyla eş anlamlıdır. Ayrıca siyaset kurumu toplumsal sorunların toplumsal gruplar temelinde adaletli, eşit bir biçimde çözülmesinde temel mekânizmadır. Siyaset kurumunun yeterli olmadığı durumlarda toplumsal çatışmaların arttığı gözlemlenmektedir. Terörizm, darbe, isyan gibi toplumsal şiddet olaylarının nedenlerinden birisi siyasetin işlevsizliğidir. Weber (2004: 189)'e göre siyasette belirleyici araç şiddettir ve şiddet araçları devletin tekelindedir. Dolayısıyla siyaset kurumunun yetersizliği şiddet araçlarının devlet tekelinden çıkarak toplumun geneline yayılmasına neden olmaktadır. Weber'in dikkat çektiği şiddet ile siyasetin ilişkisi meşruiyet temelindedir. Bozuk bir siyasette bu meşruiyet alanı yıkılmakta ve şiddet meşru olamayan biçimde halkı yönetme amacıyla kullanılmaktadır. Böylece diktatörlükler veya totaliter devlet anlayışı ortaya çıkmakta ve şiddet bir devlet politikasına dönüşmektedir.

4.4. İletişimsel Nedenler: Medya

Medya ve şiddet arasındaki ilişki birçok araştırmada vurgulanmakta ve medyadaki şiddete maruz kalma ile saldırgan davranışlar gösterme arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir (Bushman, 2018: 201). Şiddetin televizyonda görülme sıklığı, şiddet karşıtı yayınların azlığı ve şiddetin önemsizleştirilerek sunulması şiddet davranışlarını arttırabilmektedir. Şiddetin sıklığı ile birlikte failin çekici olup olmadığı ve şiddetin cezalandırılması gibi bağlamsal özellikler bireyi şiddete yöneltebilmektedir. Şiddetin süper kahramanlarca uygulanması, ödüllendirilmesi, cezasız kalması, şiddetin savunmasız olarak gösterilmesi, mağdurlarda ciddi zararı olmayan şiddet içeriği ve komik unsurlarla bezenmiş şiddet medyada yer alan şiddeti özendirici temalardır. Diğer taraftan şiddeti uygulayanların kötü karakter olması, cezalandırılan şiddet, haksız olarak gösterilen şiddet, mağdura acı veren şiddet içerikleri ise bireyin şiddete yönelmesini engelleyen temalar olarak gösterilebilir (Strasburger and Wilson, 2014). Özendirici temalar bireyin şiddeti çözüm aracı olarak öğrenmesine yol açarken engelleyici temalar bireyin şiddet

mağduru ile empati kurmasını sağlayarak şiddet davranışını engelleyebilmektedir. Medya, şiddet ve saldırganlığın artmasında önemli bir risk faktörüdür. Filmler, bilgisayar oyunları, pornografi, çizgi filmler, TV programları, çizgi romanlar, özellikle popüler romanlar vb. şiddetin kaynağı olabilmektedirler. Ancak şiddetin tek ver her zaman sorumlusunun medya olduğu söylenemez. Doğru kullanılan medya, şiddet davranışlarının yanlış ve kabul edilemez davranışlar olduğu bilincini geliştirmektedir.

5. Şiddetin Sonuçları

Şiddetin sonuçlarını temelde bireysel ve toplumsal olarak ikiye ayırabiliriz. Bireysel sonuçları arasında başta fiziksel ve psikolojik sağlık sorunları olmak üzere, mağdurun ekonomik durumunda kötüleşme, çalışma isteksizliği, toplumdan soyutlanma, kültürel değerlerin reddi, hukuk kurumuna olan inançsızlık gibi birçok sosyo-kültürel, siyasî ve ekonomik sonuç sıralanabilir. Ancak şiddetin mağdurun yanı sıra toplumun genelinde sosyo-kültürel, siyasî ve ekonomik sonuçları vardır.

Şiddet sosyal düzenin kaynağı olan toplumsal norm ve değerlerin tahribine neden olmaktadır. Şiddet, başta hukuk olmak üzere toplumsal norm ve değerleri zayıflatarak toplumun kurumlara olan güvenini zedelemektedir. Kurumlara olan güvensizlik kişiler arası adaleti sağlamada hukukun yerine şiddetin geçmesine neden olmaktadır. Şiddet kültürü toplumsal yapının tüm kurumlarını işgal ederek toplumsal düzeni yok etmektedir. Düzensizlik durumu toplumun parçalanmasına kadar gidebilmektedir.

Şiddet ekonomik yapıyı da tehdit etmektedir. Şiddet bireysel düzeyde fiziksel olarak kişinin çalışamaması veya psikolojik olarak çalışmak istememesi durumunu ortaya çıkartabilmektedir. Bu bireyin ve ailenin yoksullaşması sonucunu doğurabilir. Hatta şiddetin birey ve ailenin ötesinde toplumsal yoksullaşmaya neden olduğu görülmektedir. Toplumsal yoksulluk ile şiddet arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur. Şiddet yoksulluğu beraberinde getirirken, yoksulluk arttıkça şiddet yaygınlaşmaktadır. Günümüzdeki çoğu yoksul toplum aynı zamanda şiddet oranlarının en yüksek olduğu toplumlardır. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2002: 10) raporuna göre 2000 yılında şiddet sonucunda gerçekleşen ölümlerin %91,1'i düşük veya orta gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. Bu durumun temel sebeplerinden birisi, şiddet ve terörizmin güvenlik, sağlık ve yargı harcamalarını arttırmasıdır. Eğitim, kentleşme, tarım gibi alanlara ayrılan devlet bütçesi zayıflamakta ekonomik gelişim sekteye uğramaktadır.

Şiddet aynı zamanda siyasal yapıyı bozmaktadır. Siyasetin sorun çözücülüğüne olan güveni zedelemektedir. Siyasete olan güvensizlik, şiddet yoluyla kendi düzenini kurma düşüncesini yaygınlaştırarak demokrasi kültürünü tahrip etmektedir. Artan şiddet kültürü ülkelerin siyasal düzensizlikler göstermesine ve totaliter yönetimlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

5.1. Şiddetin Sağlık Üzerindeki Sonuçları

Şiddetin sosyo-kültürel, hukuksal, ekonomik ve siyasal sonuçlarının yanı sıra sağlık sektörüne ilişkin sonuçları vardır. Şiddetin sağlık üzerindeki sonuçlarını yine bireysel ve toplumsal açıdan değerlendirmek mümkündür.

Şiddetin mağdur üzerindeki bireysel etkilerini viktimoloji konu almaktadır. Şiddetin bireysel sonuçları fiziksel ve psikolojik düzeyde ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel olarak vücutta yaralanma sonucu acı çekme ve günlük ihtiyaçlarını karşılayamamanın yanı sıra şiddetin ölümle sonuçlanması ile temel hak olan yaşam hakkının ihlali fiziksel sonuçlar arasında sıralanabilir. 2000 yılında dünya çapında 1,6 milyon insan kendi kendine, kişilerarası veya kolektif şiddet sonucunda hayatını kaybetmiştir. Bu ölüm oranları ise buzdağının yalnızca görünen kısmını oluşturmaktadır. Ölümcül olmayan yaralanmalara sebebiyet veren şiddet olayları çok daha büyük oranlara sahip olmakla birlikte küresel bazda kesin rakamlar bulunmamaktadır (WHO, 2002: 9-11). Cinsel şiddet sonrası cinsel hastalıklar, istenmeyen gebelikler, idrar yolu enfeksiyonları ve genital rahatsızlıklar da şiddetin fiziksel sonuçları arasında yer almaktadır (Page ve İnce, 2008: 88).

Şiddetin bireysel düzeyde sağlık sonuçlarından bir diğeri psikolojik rahatsızlıklardır. Bireyin kendini değersiz hissetmesi, sürekli korku, madde bağımlılığı, obezite, sosyal yaşamdan uzak durma, okulda devamsızlık ya da işe gitmeme, günlük ihtiyaçlarını karşılamada yaşanan isteksizlik, diğer insanlara karşı güvensizlik, aşırı sinirlilik, içe kapanıklık vb. şiddetin psikolojik sonuçları arasında gösterilebilir (Bulut, 2019: 152). Son yıllarda yapılan çalışmalar şiddet görmüş kadınlar arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) yaygınlığına dikkat çekmektedirler. TSSB özellikle tecavüz, saldırı ve benzeri durumlar sonucu yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca psikolojik rahatsızlıkların zaman içerisinde fiziksel rahatsızlıkları ortaya çıkardığı da bilinmektedir. Örneğin şiddete maruz kalan kadınlar arasında yaşadıkları strese bağlı olarak yoğun baş ve sırt ağrıları ile mide ve bağırsak sorunları görülmektedir (Page ve İnce, 2008: 87-88).

Şiddetin sağlığa ilişkin sonuçlarının toplumsal yönü de bulunmaktadır. Öncelikle şiddet toplumsal düzeyde psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır. Medyada, sokakta, evde tanık olunan şiddet aile üyelerinin, akrabaların, komşuların ve toplumun genelinin güvensizlik, sosyal yaşamı sınırlandırma, sinirlilik, içe kapanıklık gibi psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Örneğin Türkiye’de son dönemde sıklıkla gündeme gelen çocuk istismarı ve tecavüzlerinin yaşanması sonucu aileler çocuklarını okula ya da sokağa göndermede tereddütler yaşamaktadır. Güvensizlik duygusu ailelerde aşırı korumacılık, kaygı bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Ailelerdeki bu durum çocuklarda kendine güven eksikliği, anti sosyal kişilik vb. yaratabilmektedir.

Aynı zamanda şiddet sağlığı ekonomik düzeyde etkilemektedir. Şiddet sonucu işten kaybedilen gün sayısındaki artışlar, güveliğe ve sağlığa harcanan giderlerin yükselmesi ülke ekonomilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Şiddet ve terör sonucu mağdurların tedavisi, ailelerin desteklenmesi, altyapının tamiri, failerin kovuşturulması gibi faaliyetler ülke giderlerini arttırmaktadır (Krug ve diğ., 2002: 1083). Buna karşın şiddetin sağlık hizmeti sistemleri üzerindeki kesin yükünü veya Dünyadaki ekonomik üretkenlik üzerindeki etkilerini hesaplamak zordur. Mevcut kanıtlar, aile içi ve cinsel şiddet mağdurlarının daha fazla sağlık sorunu yaşadıklarını, istismar geçmişi olmayanlara göre daha sık sağlık kurumlarına başvurduklarını göstermektedir. Benzer sonuçlar çocukluk istismarı ve ihmali mağdurları için geçerlidir. Bu maliyetler yıllık sağlık harcamalarına büyük yük bindirmektedir. Üstelik ulusal maliyet tahminleri genellikle depresyon, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı, istenmeyen hamilelik, HIV/AIDS ve diğer enfeksiyonlar gibi sağlık sorunlarını kapsamamaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan 1992 tarihli bir çalışma, ateşli silahların doğrudan ve dolaylı yıllık maliyetini 126 milyar ABD Doları olarak tahmin etmektedir. 1996 yılında Kanada’nın New Brunswick eyaletinde yapılan bir araştırmaya göre sağlık hizmetleri, otopsiler, polis soruşturmaları ve erken ölümden kaynaklanan verimlilik kaybı dâhil toplam doğrudan ve dolaylı maliyetler yaklaşık 80 milyon ABD Doları tutarındadır. 1997 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) yüzdesi olarak ifade edilen, şiddetten kaynaklanan sağlık hizmeti harcamalarının maliyeti Brezilya’da GSYİH’nın %1,9’u, Kolombiya’da %5,0, El Salvador’da %4,3, Meksika’da % 1,3, 1,5 Peru’da %1,5 ve Venezuela’da %0.3’tür (WHO, 2002: 12).

Kısaca şiddet, birey ve toplumun sağlığını tehdit etmektedir. Şiddet kültürü toplum sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir Şiddet sonucu toplum

psikolojisi bozulmakta, sağlık harcamaları yükselmekte, sağlık kurumlarının doluluk düzeyi artmakta, ülke gelirleri düzensiz harcanmakta, yoksullar başta olmak üzere toplumun yeterli sağlık hizmeti almasını engellemekte ve ülke yoksulluğunu arttırmaktadır.

6. Sağlıkta Şiddetin Tanımı

Şiddetin uygulandığı yere göre ailede şiddet, okulda şiddet, sokakta şiddet, iş yerinde şiddet ayrımı yapılmaktadır. Sağlıkta şiddet kavramı aynı zamanda iş yerinde şiddet olgusuyla ilişkili olması nedeniyle burada iş yerinde şiddetin kısaca açıklanması yararlıdır.

Giderek daha merkezi bir insan hakları sorunu haline gelen iş yerinde şiddet dünya çapında milyonlarca insanın saygınlığını etkilemektedir. İşyerinde şiddet büyük bir eşitsizlik, ayrımcılık, damgalanma ve çatışma kaynağıdır. Aynı zamanda, iş yerinde şiddet, kurumların etkinliği ve başarısı için ciddi bir tehdittir. Şiddet, kişilerarası ilişkilere, işin organizasyonuna ve genel çalışma ortamına zarar vermektedir. İşyerinde şiddet, izole edilmiş, bireysel bir sorun değil, sosyal, ekonomik, örgütsel ve kültürel faktörlere dayanan yapısal, stratejik bir sorundur. (ILO, ICN, WHO, PSI, 2002: 9).

İşyerinde şiddet personelin işlerine gidip gelmek dâhil olmak üzere işleriyle ilgili durumlarda istismar edilmeleri, tehdit edilmeleri veya rahatsız edilmeleri (ILO, ICN, WHO, PSI, 2002: 3) gibi kişinin iş yeri güvenliğini tehdit eden fiziksel ve duygusal bütünlüğüne zarar verici eylemleri içermektedir.

İşyerinde şiddetin en sık görüldüğü sektör ise sağlıktır. Sağlıkta şiddet hastane, acil servis, gezici hastane, evde bakım hizmeti, özel muayenehane gibi çeşitli özel veya kamu sağlık kurum, kuruluş ve hizmet alanlarında hastabakıcı, hemşire, doktor vb. sağlık çalışanlarına veya hasta, hasta yakınları, ziyaretçi vb. hizmet alıcılarına karşı gerçekleştirilen her türlü fizikî, psikolojik, cinsel ve ekonomik saldırıyla birlikte kurum bina ve araç gereçlerine karşı gerçekleştirilen fiziksel saldırıyı ifade etmektedir.

Sağlıkta şiddetin mağdurları hastabakıcı, hemşire, doktor, acil servis elemanı gibi sağlık hizmetini veren kişilerden oluşabileceği gibi, hasta, hasta yakını, ziyaretçi gibi hizmet alıcıları da olabilir. Aynı şekilde şiddetin uygulayıcısı, sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları veya dışarıdan dâhil olan bir kişi olabilir.

Sağlıkta şiddet denildiğinde sağlık çalışanlarının kendi meslektaşlarına uyguladıkları şiddet (mobbing gibi), hastalara ve hasta yakınlarına uyguladıkları şiddetle birlikte hasta ve yakınlarının sağlık çalışanlarına ve bir başka hastaya uyguladıkları şiddet kastedilmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti alanında hizmet veren ya da alan kişilerin (hasta yakınları ve ziyaretçilerde dâhil) dışında kalanların sağlık çalışanlarına, hasta ve hasta yakınlarına karşı uyguladıkları şiddet (bebek kaçırma vb.) bu kapsama alınabilir. Ayrıca sağlık kurum ve kuruluşlarına, araç gerecine verilen zarar sağlıkta şiddet kapsamındadır. Savaş ve çatışma bölgelerinde hastane ve ambulanslara yapılan saldırılar bunlara örnek verilebilir.

Sağlıkta şiddet olgusunu ekonomik açıdan da değerlendirmek gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının personel azlığı nedeniyle aşırı çalıştırılması, fazla nöbet yazılması ve mobbing uygulamaları ekonomik istismarın bir parçasıdır. Diğer taraftan sağlık sisteminin özelleşmesi ve ilaç şirketlerinin egemenliği ekonomik şiddete yol açabilmektedir. Örneğin doktorların ilaç şirketleri ile anlaşma kapsamında hastalara ihtiyaç dışında ilaç tedavisi uygulaması veya Türkiye özelinde belirli tedavilerin devlet tarafından karşılanması fırsat bilinen ihtiyaç dışı tedavi ve testlerin hastalara uygulanması ekonomik şiddetin bir biçimidir. Yasal olmayan organ nakli ve organ kaçakçılığı ise en üst noktada yer alan şiddet olayları arasındadır. Bu türden uygulamalar bireysel olarak hastaların ekonomik istismarı ve ülke kaynaklarının israf edilmesi sonucunu doğurmaktadır.

7. Sağlıkta Şiddetin Nedenleri

Sağlıkta şiddet diğer şiddet türleriyle ortak nedenler taşımakla birlikte kendine özgü nedenlere sahiptir. Genel anlamda şiddetin nedenleri olarak bireysel, toplumsal, siyasî-hukuksal ve iletişimsel nedenlere daha önceki sayfalarda değinilmişti. Bu nedenle bu başlık altında sağlık kurumunun kendine özgü nedenleri üzerinde durulacaktır.

Sağlık, stresi yüksek iş kollarından biridir ve bu nedenle şiddet olaylarının bu alanda oldukça yüksek olduğu görülmektedir. İş yerinde şiddetin en yüksek oranda yaşandığı alan sağlık hizmetleridir. Sağlık kurumları toplumda gerçekleşen her türlü şiddet olayında başvurulacak kurumlardan biridir. Şiddet mağdurlarına veya faillerine müdahale etme durumu sağlık çalışanlarını sürekli şiddet ile karşı karşıya getirmektedir. Bunun haricinde sağlık çalışanları şiddetin doğrudan mağduru veya faili konumunda olabilmektedirler.

Sağlıkta şiddetin nedenlerini bireysel nedenler, toplumsal nedenler, hukuksal ve güvenlikle ilgili nedenler, iletişimsel nedenler: medya, sağlık kurum ve kuruluşlarının yapısıyla ilgili nedenler, yönetici-sağlık çalışanı-hizmet alıcısı (hasta-hasta yakını) ilişkisine bağlı nedenler olarak sıralayabiliriz.

7.1. Bireysel Nedenler

Bireyin psikolojik rahatsızlıkları, geçmişte şiddet deneyimi, madde bağımlılığı gibi özellikleri şiddetin bireysel nedenlerini oluşturmaktadır. Sağlık kurumları sorunlu bireysel özelliklerin en fazla karşılaşıldığı yerlerdir (Biçer ve Sarıçoban, 2019: 64). Bu türden sorunlu bireylere hizmet veren sağlık çalışanı risk altındadır. Özellikle TBMM (2013: 178) raporunda işaret edildiği gibi yoksulluk düzeyinin, uyuşturucu kullanımının, suç oranlarının ve çetelerin yoğunlukta olduğu bölgelerdeki sağlık kuruluşlarının ve çalışanların taşıdığı riskler daha yüksektir.

Ayrıca sağlık, stres faktörünü üst düzeyde yaşayan bir sektördür. Bu nedenle başta hasta ve yakınları olmak üzere zaman zaman sağlık çalışanlarının öfke kontrolünü sağlayamaması sağlık kurumlarını riske açık hale getirmektedir.

7.2. Toplumsal Nedenler

Şiddetin toplumsal nedenlerinin başında şiddet kültürü gelmektedir. Sağlık, şiddet kültürünün sonuçlarını deneyimleyen kurumların başında gelmektedir. Şiddet kültürü bireylerin şiddeti çözüm aracı olarak öğrenip uyguladıkları bir toplumsal anlayışı yaygınlaştırmaktadır. Şiddetin önemsizleştirilmesi ve olağanlaştırılması şiddetin gelecek nesillere aktarılarak sürekliliğine neden olmaktadır. Hasta ve hasta yakınları sağlık sorunlarının ciddiyetinin yaratmış olduğu stres altında, kolaylıkla şiddet kültüründe yer alan belirli kılıflar altında, şiddet uygulayabilmektedirler. Sağlık çalışanları yaşadığı toplumdan bağımsız bireyler olmamaları sebebiyle şiddet kültürüne kapılabilmektedirler. Bu durum özellikle şiddetin rapor edilmesinde gözlemlenebilmektedir. Örneğin, Almanya'da yapılan bir çalışma sonucunda sağlık kurumlarındaki şiddet olaylarının bildirimlerinin düşük kaldığı görüşmüştür. Rapor sayısının düşük olmasının nedenleri, raporlama prosedürlerinin zayıf şeffaflığı, üstlerinden destek alınmaması ve şiddet davranışlarının hemşireliğin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmesidir (Franz and et al, 2010: 2). Özcan ve Bilgin (2011: 1453)'nin, Türkiye'de 1999-2010 tarih-

leri arasında yapılan çalışmaları değerlendirdikleri makalesinde fiziksel şiddet dışındaki şiddet türlerinin bildirimlerinin düşük kaldığı görülmektedir. Nedeni ise sonuç alamama veya suçlanmaktan korkmadır. Her iki çalışmanın sonuçları şiddet kültürünün sağlık çalışanları arasında yaygınlaştığını göstermektedir.

Sağlıkta şiddetin bir diğer toplumsal nedeni savaş, darbe, isyan gibi toplumsal düzensizliklerdir. Toplumsal düzensizliğin en yüksek düzeyde olduğu savaş ya da çatışma bölgeleri sağlık kurumları açısından en riskli bölgelerdir. Safeguarding Health in Conflict Coalition (2017) tarafından hazırlanan çatışma bölgelerindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti konu alan rapora göre 2017 yılında dünya genelinde ihtilaf halinde olan 23 ülkede hastanelere, sağlık çalışanlarına, hastalara ve ambulanslara en az 701 saldırı yapılmış ve 701 saldırınının 252'si Suriye'de gerçekleşmiştir.

Eğitime ilişkin sorunlar toplumsal nedenlerde başı çeken bir diğer olgudur. Cinsiyetçi eğitim, ailede ve okulda şiddet örnekleri, şiddetin bir eğitim aracı olarak görülmesi sonucunda toplum çocukluktan itibaren şiddeti öğrenmektedir. Eğitimsiz hasta ve hasta yakınları sağlık kurumunun işleyişini anlayamaması sonucunda şiddete başvurabilmektedir. Doktor, hemşire gibi personelin eğitim seviyesi lisans/ön lisans düzeyinde olması bakımından yüksektir. Ancak hasta bakıcı veya temizlik personelinin eğitim seviyesi daha düşük düzeylerde. Bu çok yoğun olmamakla birlikte hasta-personel arasındaki iletişimi etkileyebilmektedir. En azından risk düzeyini arttırmaktadır.

Ekonomik koşullarda sağlıkta şiddetin nedenleri arasındadır. Daha varlıklı bireyler olumsuzluklar karşısında farklı özel hizmet alımına yönelebilirken yoksul hastaların bu imkânlarının olmaması eşitsizlik algısını arttırmaktadır. Dolayısıyla yoksul ailelerin yeterli hizmet alamadığı algısının oluşması, hasta ve hasta yakınlarının çalışanlara yönelik şiddetini ortaya çıkarabilmektedir. (Dağ ve Baysal, 2017: 108). Ayrıca yapılan işe göre personel maaşlarının düşüklüğü, sağlık çalışanlarının hasta ile iletişimde riskler oluşturmaktadır. Yapılan bir çalışmada "sağlık çalışanları, ücretlerinin verilen hizmet için harcanan çabayı karşılamadığını, alınan ücretlerin gelecek kaygısına sebep olduğunu ve kendilerini güvende hissetmediklerini belirtmişlerdir" (Dağ ve Baysal, 2017: 101).

7.3. Hukuksal ve Güvenlikle İlgili Nedenler

Hukuksal ve güvenlikle ilgili eksiklikler sağlıkta şiddete neden olabilmektedir (Kaplan vd. 2013: 6-7). Sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet verilen kişiler arasında madde bağımlıları, psikolojik rahatsızlıkları olan bireyler gibi risk grubundan bireyler bulunmaktadır. Bu nedenle güvenlik uygulamalarının daha sıkı olması gerekmektedir. Ancak sağlık kurum ve kuruluşlarında yoğun bir güvenlik zafiyetinin bulunduğu rahatlıkla gözlemlenmektedir. Güvenlikteki eksiklikler hukuksal mücadeleyi etkilemektedir. Örneğin yapılan bir araştırmada sağlık çalışanları yaşadıkları olaylar sonrasında güvensizlik hissettiklerini, şikâyet durumunda hasta ve hasta yakınlarının tehditleriyle karşılaştıklarını ve bu nedenle şiddetin artacağı korkusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu kişiler çoğunlukla şikâyetlerinden vazgeçmekte ve hukuksal mücadeleye girmemektedirler (Dağ ve Baysal, 2017: 101). Kısaca Türkiye’de sağlık çalışanları şikâyetçi olmasa bile şiddet olayı kamu davası şeklinde devam etmektedir (Sağlık Bakanlığı 16.03.2016 tarihli genelgesi). Ancak bu durumun personelin güvensizliğini gidermediği söylenebilir.

7.4. İletişimsel Nedenler: Medya

Medyada yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin eksik, yetersiz ve yanlış bilgiler içermesi çalışanlarda psikolojik baskı yaratmakta ve şiddete neden olmaktadır. Üç gazetede yayınlanan sağlıkta şiddet haberlerinin içerik analizine dayalı olarak yapılan “Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması” başlıklı doktora tezinde, sağlıkta şiddet haberlerinin, “habercilikte etik ve sosyal sorumluluk kuralları gözetilerek hazırlanmadığı, gazetelerin sosyal sorumluluktan uzak bir biçimde habercilik yaptığı sonucuna varılmıştır” (Duğan, 2015: 177). Yine bir başka araştırmada sağlık çalışanları, medyanın olayı yetkililerden bilgi almadan sunduğunu belirtmekte ve bu gibi durumlarda halkın yanlış bilgilendirildiğine vurgu yapmaktadırlar. Sonuçta halkın sağlık çalışanlarına bakış açısında eksiklikler ortaya çıkabilmektedir. Medyanın sağlık çalışanını olduğundan farklı veya eksik yansıtması, “sağlıkta şiddete karşıyız” gibi tavırlarında yeterince iyi algılanmamasına neden olmaktadır (Dağ ve Baysal, 2017: 105). Medyada yapılan haberlerde bir kötü örneğin (hatalı tedavi uygulanması gibi) defalarca yayında kalmasına karşın iyi örneklerin (başarılı tedaviler) çok az süre alması ya da hiç haber yapılmaması sağlık çalışanlarına yönelik kötü algıyı etkilemektedir. Hatta bazen şiddet haberlerinde sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiği algısı yaratılabilmektedir. Kısaca

medyada yer alan sağlık kurum, kuruluş ve personeline yönelik yayınların içeriği şiddeti ortaya çıkarabilmektedir.

7.5. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Yapısıyla İlgili Nedenler

Sağlık kurumlarının fiziksel yapısı, çalışma hayatının işleyişi, insan kaynakları ve ilişkilerine ilişkin sosyo-kültürel yapısı sağlıkta şiddetin nedenleri arasındadır. Sağlık çalışanlarının uzun çalışma süreleri, kesintisiz nöbetler ve fizikî şartlardaki olumsuzluklar sağlıkta şiddetin temel sorunlarından. Bunlara ek olarak hastane ortamının stresli yapısı yönetici, personel, hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkiyi belirlemektedir. Hastaneler ölümün, acının sıklıkla karşılaşıldığı mekânlardır. Bu nedenle sağlık sektörü stresin en yoğun yaşandığı yerler olmakla birlikte, fiziksel yapıda ve iletişimsel düzeyde eksiklikler bu stres düzeyini daha fazla arttırmaktadır.

ILO, ICN, WHO, PSI, (2002: 12) tarafından ortak hazırlanan raporda sağlık kuruluşlarındaki şiddet riskleri olarak kuruluşun kalabalık, yoğun nüfuslu bölgelerde bulunması, yetersiz ya da uygunsuz donanım ve personel sayısı, baskıcı yönetim ve zayıf ilişkiler sıralanmaktadır.

Benzer şekilde TBMM (2013: 170) tarafından hazırlanan rapora göre bekleme alanlarının yetersizliği, havasız ve uygun ışıklandırmanın olmadığı ortamlar, yönlendirmelerin eksikliği gibi fizikî alt yapı eksiklikleri stres düzeyini artırmaktadır. Sağlıkla ilgili rutin ya da değişiklik yapılan uygulamaların halka tam olarak anlatılmamış olması, eksik ve hatalı bilgiler, hasta ve hasta yakınlarında gerçekleştirilmesi mümkün olmayan beklentilere neden olmakta, bu beklentilerin karşılanamaması şiddetle sonuçlanabilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının sayısal yetersizliği ve dengesiz dağılımı, hastaların bekleme sürelerinin uzamasına, sağlık çalışanlarının hastaya ayırdığı zamanın kısılmasına ve aşırı yorgunluğa bağlı olarak şiddete neden olabilmektedir.

Daha özelde yapılan bir nitel çalışmada (Burdur örneği) sağlık çalışanları, çalışma sürelerinin uzunluğu ve çalışma sürelerinin kesintisiz olmasına bağlı olarak algılarının zayıflaması ve iletişimde kopuklukların ortaya çıkmasına değinmektedirler. Fizikî çalışma ortamlarının uygunsuz olması, kendini güvende hissetmeme ve tedirginlik sağlık çalışanlarının üstünde durdukları önemli yapısal sorunlar arasında yer almaktadır. Yasal prosedürlerin dışına çıkmayan ve inisiyatif alamayan, kriz çözmede başarısız ve çözüm odaklı olmaktan öte problem yaratan yönetici profili, sağlık çalışanlarının belirttikleri sorunlar arasındadır. Diğer taraftan

örgüt içi eğitimler de sorunlu alanlar arasında gösterilmektedir. Sağlık çalışanları örgüt içi eğitim programlarının alanında uzman olmayan kişiler tarafından verilmesi (çoğunlukla kendi mesai arkadaşı tarafından) nedeniyle eğitimin istenilen amaca ulaşmadığını belirtmişlerdir. Çalışanların büyük bir çoğunluğunun meslek hayatı boyunca iletişim, empati ve öfke kontrolü gibi eğitimleri ya hiç almadıkları ya da uzman olmayan kişilerden aldıkları görülmektedir (Dağ ve Baysal, 2017: 115-116).

Kısaca fizikî altyapı eksiklikleri, personel eksikliği ve kalabalık hasta sayıları, hastalara yeterli vakit ayrılamaması, hasta ve hasta yakınlarına bilgi aktarımındaki aksaklıklar, yetersiz ve uygunsuz donanım, hizmet içi eğitimin başarısızlığı, baskıcı ve çözüm odaklı olmayan yönetici profili sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık çalışanlarının, hasta ve hasta yakınlarının stres düzeylerini ve şiddet riskini arttırmaktadır.

7.6. Yönetici-Sağlık Çalışanı-Hizmet Alıcısı İlişkisine Bağlı Nedenler

Sağlıkta şiddet denildiğinde akla ilk olarak hasta ve hasta yakınlar tarafından sağlık çalışanlarına (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) uygulanan şiddet gelmektedir. Çünkü istatistiki olarak Türkiye’de şiddetin yönü çoğunlukla hasta-hasta yakınlarından sağlık çalışanlarına doğrudur. Sağlık-Sen (2013: 59) raporuna göre şiddetin büyük çoğunluğu hasta yakınları tarafından gerçekleştirilirken (%56,9), onu takiben hasta (%31,8), yönetici (%5,4) ve iş arkadaşı (%5,3) gelmektedir. Ancak yönetici veya çalışma arkadaşı tarafından uygulanan duygusal ve sözlü şiddetin çoğunlukla gizli kaldığı, bu nedenle mobbing düzeyinin yüzde 5-10’ların üzerinde olduğu söylenebilir. Örneğin Karakuş (2011)’un Sivas ilinde hemşireler üzerine gerçekleştirdiği araştırmada mobbing düzeyi %23,8 düzeyindedir. Sağlıkta şiddet olgusu incelenirken yönetici ve çalışma arkadaşları tarafından uygulanan fiziksel, sözel ve duygusal şiddet göz ardı edilmemelidir. Sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerin zayıflaması, doktorların birbirlerini kötüleyen yorumlar yapmaları şiddeti körüklemektedir. Ayrıca doktorlar arası hiyerarşik ilişkiler şiddet içerebilmektedir (Özcan ve Yavuz, 2017: 72). Diğer taraftan yapılan ön araştırma kapsamında sağlık çalışanları tarafından hasta ve hasta yakınlarına karşı uygulanan şiddeti konu alan bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıkta şiddet konusunun yönetici ve çalışma arkadaşlarının birbirlerine karşı şiddeti ile sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarına yönelik şiddetini konu alan çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Türkiye ve dünya genelinde sağlık çalışanı-hasta-hasta yakını arasındaki iletişim aksaklıkları şiddetin önemli nedenlerindendir. Hasta ile doktor arasındaki ilişki hastanın durumu ve doktordan beklentisi ile doktorun hastanın beklentilerine göstereceği ilgi düzeyiyle alakalıdır (Cirhinlioğlu, 2017: 65). TBMM (2013: 175-176) raporuna göre sağlık hizmetleri profesyonel bir iletişim ağını gerektirmesine rağmen iletişim eksikleriyle bağlantılı şiddet olaylarıyla sıklıkla karşılaşmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının yeterli ve zamanında bilgilendirilmemesi, stres düzeyini arttırarak şiddete neden olmaktadır. İletişim aksaklıkları hasta ve hasta yakınlarında yeterince ilgilenilmediği algısını doğurabilmektedir. Dağ ve Baysal (2017: 107-117) tarafından gerçekleştirilen nitel bir çalışmada hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarının kendilerini anlamadıkları ve kötü davranıldığı algısına sahip oldukları görülmektedir. Kendilerinin mevcut sağlık sorunları nedeniyle hali hazırda kaygı içerisinde olduklarını belirten hasta ve hasta yakınları, sağlık çalışanlarının empati kurması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Ancak mevcut durumda sağlık çalışanlarının beden diliyle kötü muamele gösterdiklerini belirten hasta ve hasta yakınları, hizmet alımında psikolojik baskı ve aşağılayıcı tavırlarla karşılaştıklarına değinmektedirler. Ayrıca bilgi eksikliği ve yanlış yönlendirmeler nedeniyle yaşanan zaman kayıpları hasta ve hasta yakınlarının stresini arttırmakta ve sağlık çalışanlarının işlerini yeterince iyi yapmadığı algısına neden olmaktadır. Takak ve Artantaş (2018: 108) tarafından yapılan araştırmada ise “Bir sağlık kuruluşunda sizi en çok sinirlendirecek durumlar nelerdir?” sorusuna sırasıyla muayene için çok fazla sıra beklemek (%74) sağlık çalışanlarının hastaları azarlaması (%63,30), kendim/hastam ile ilgili yeterince bilgilendirilmemek (56,30), muayene için yeterli süre ayrılmaması (%51,30), sağlık çalışanlarının güler yüzlü olmaması (%40,70) cevabı verilmiştir. Bir başka çalışmada ise hasta ve hasta yakınlarının kullandığı 917 olumsuz ifadenin (bekletti, azarladi, ilgisiz, hakaret etti vb.) 742’si (%80,9) sağlık çalışanları kaynaklıdır (Uludağ ve Zengin, 2016: 78).

Sağlık çalışanları açısından bakıldığında ise hasta ve yakınlarının aceleci tavırları, kendi tedavilerinin daha acil olduğu düşüncesi, kurumun kurallarına uygun olmayan isteklerde bulunulması, aşırı panik olmaları, sağlık çalışanlarının işine bilgi olmadan karışılması, normal muayene ya da işlemlerde ayrımcılık istenmesi ve “red” cevabının kabul edilmeme eğilimi iletişim sorunlarından birkaçıdır. Özellikle sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının aciliyet algılarındaki farklılıklar şiddeti ortaya çıkarabilmektedir. Ayrıca hasta ve yakınlarının gerekli prosedürden habersiz olmaları ve hızlı tedavi talepleri gerginlikleri doğurabilmektedir (Dağ ve

Baysal, 2017: 104-117). Dolayısıyla hasta yakınlarının sağlık hizmetleri noktasında bilgilendirilmeleri iletişimsizlik kaynaklı şiddeti azaltacaktır.

Kısaca yönetim, sağlık çalışanları, hasta ve yakınları arasında yaşanan algı farklılıkları, iletişim aksaklıkları, farklı talep ve beklentiler şiddet ortamını yaratmaktadır. Sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasındaki iletişimsizlik başta olmak üzere personelin kendi arasında ve yönetim ile olan iletişim eksikleri giderilmeden sağlıkta şiddetin önüne geçilmesi mümkün görülmemektedir. Bu noktada hizmet içi eğitim ve hasta ve yakınlarını bilgilendirme mekânizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

8. Sağlıkta Şiddetin Sonuçları

İnsanların sağlığını emanet ettikleri hemşireler, ambulans personeli ve doktorlar şiddet nedeniyle kendi fizikî ve duygusal sağlıklarını yitirmektedirler. ILO, ICN, WHO, PSI, (2002: 14) tarafından hazırlanan raporda sağlık sektöründe risk grupları bakım ve ambulans personeli son derece yüksek risk altında, doktorlar, destek ve teknik personel yüksek risk altında gösterilmiştir. Örneğin Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışma sonucuna göre acil servis personellerinin %72,3’ü bir şiddete maruz kalmıştır (Unal, 2005: 363).

Şiddet sonrasında sağlık personellerin bedenlerinde hafif yaralanmalardan ağır yaralanmalara kadar birçok bedensel hasar oluşabilmekte, hatta birçok şiddet vakası ölümle sonuçlanmaktadır. Fiziksel zararların yanı sıra şiddet gören sağlık çalışanları duygusal zarar görmektedir. Ruh sağlığı bozuklukları (demans, şizofreni, anksiyete, akut stres reaksiyonu, intihar düşüncesi, alkol ve ilaç zehirlenmesi gibi) iş yerinde şiddete maruz kalan kişilerde sıklıkla tanımlanmaktadır (Gillespie ve diğ., 2010a: 177).

Sağlık çalışanlarının fizikî ve duygusal olarak şiddet sonucunda zarar görmesi bireysel düzeyde kalmamakta, toplum sağlığını tehdit etmektedir. Fizikî zarar gören sağlık çalışanlarının işe gidememesi veya yeterli düzeyde iş görememesi zaten kısıtlı olan personel sayısının daha fazla düşmesine ve mevcut çalışanların yükünün artmasına neden olmaktadır. Söz konusu durum, hastaların yeterli kalitede hizmet alamaması anlamına gelmektedir.

Şiddet sonucu sağlık çalışanlarında oluşan duygusal ve bedensel hasarlar, hastaların yetersiz hizmet alması anlamına gelmektedir. Şiddet, duygusal tükenmiş-

liğe, uzun süreli devamsızlığa neden olmakta ve sonucunda iş ortamının bozulması olarak iş veriminin ve tedavi kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir (Duğan, 2015: 107; Franz ve diğ., 2010: 1-2). Kanada’da yapılan bir araştırmada sağlık çalışanlarının % 73’ü (75 kişi) şiddet sonucu hastalardan korktuğunu, neredeyse yarısı (% 49) kimliklerini hastalardan sakladığını ve % 74’ü iş tatmininin azaldığını belirtmiştir (Fernandes, 1999: 1245). Üstelik şiddet sağlık çalışanlarının meslekten ayrılma kararına neden olabilmektedir. Bunun sonucunda genel nüfusa sunulan sağlık hizmetlerinde bir azalma ve sağlık maliyetlerinde bir artış gerçekleşmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, zaten kıt olan sağlık çalışanlarının şiddet tehdidi nedeniyle mesleğini terk etmeleri, sağlık hizmetlerine eşit erişimi tehdit etmektedir (ILO, ICN, WHO, PSI, 2002).

Duygusal hasarın en tehlikeli yanlarından birisi de doğrudan şiddet görmeyi gerektirmemesidir. Dolaylı olarak şiddete tanık olmak (kişisel gözlem veya medya aracılığıyla) duygusal olarak zarar görmeye neden olabilir. Sağlık sektöründe yaşanan şiddette herhangi bir kanalla tanıklık eden sağlık çalışanları kendilerini risk altında hissetmektedir. Korkunun, işlerinin bir parçası olduğuna inanmaya başlayabilirler (Pınar ve Pınar, 2013: 322). Bu durum genç nesillerin sağlık personeli olma yönündeki kariyer planlarını değiştirmesine yol açabilmektedir. Böylece personel sıkıntısının artması sonucu sağlık hizmetlerine eşit erişim imkânı yok olmaktadır.

Dolayısıyla sağlıkta şiddet, mağdurun yanı sıra tüm sağlık çalışanlarını ve toplum sağlığını tehdit etmektedir. Sağlıkta şiddet sağlık kurumları hakkında kötü bir izlenim bırakmaktadır (Gillespie ve diğ., 2010b: 76). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetle birlikte, sağlık çalışanları tarafından hastalara uygulanan şiddet, hastane ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının güvensiz yerler olarak görülmesine neden olmaktadır. Bu modern tıp tarafından uygulanan tedavilerin sorgulanmasını beraberinde getirmektedir.

9. Türkiye ve Dünyada Sağlıkta Şiddet

Sağlıkta şiddeti anlamaya yönelik gerek Türkiye’de gerekse dünyada çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Türkiye ve dünya genelindeki bulgular sağlıkta şiddet olgusunu anlama ve çözüm üretme noktasında önemli katkılar sağlamaktadırlar. Örneğin Özcan ve Bilgin (2011)’nin 1999-2010 tarihleri arasındaki araştırmalar üzerine yaptıkları çalışmada şiddet tanımlarının ve araştırma metodolojisine ilişkin

farklılıkların (örneklem büyüklüğü gibi) sağlıkta şiddeti anlamada zorluklar yarattığı sonucuna ulaşmıştır. Söz konusu tarihler arasında Türkiye geneli araştırma bulunmazken, yerel ölçekte hastaneler ve hemşirelere yönelik araştırmalar yaygındır.

Türkiye’de gerçekleştirilen farklı örneklem büyüklüklerine sahip yerel düzeydeki araştırmalara (Unal, 2005; Şahin vd., 2011; Akça, Yılmaz ve Işık, 2014; Eravcı, 2014; Bilişli ve Hizay, 2016; Egici ve Öztürk, 2018) bakıldığında şiddetin çoğunlukla hasta ve yakınlarından geldiği görülmektedir. En sık karşılaşılan şiddet türü sözel şiddettir. Şiddet görenler olarak doktorlar, hemşireler ve acil çalışanları başı çekmektedir. Şiddet sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla bildirilmemekte ve olağan olarak görülmektedir (özellikle sözel şiddet).

Sağlık-Sen’in (2013) “Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması” raporuna göre, Sağlık çalışanlarının %81,9’u şiddetle karşılaşma konusunda endişelidir. 1300 sağlık çalışanın %86,8’i bir şiddet olayıyla karşı karşıya kalmıştır. Son bir yılda fiziksel şiddete uğrayanların oranı %23,7, psikolojik şiddete uğrayanların oranı %98,3’dür, cinsel şiddete uğrayanların oranı %5,2’dir. Şiddetin büyük çoğunluğu ise hasta yakınları tarafından gerçekleştirilirken (% 56,9), onu hasta (%31,8), yönetici (%5,4) ve iş arkadaşı (%5,3) takip etmektedir. Çalışanların %63,4’ü çalıştıkları kurumun yeterince güvenli olmadığını düşünmektedir. %81,4’ü yöneticilerin şiddet sonrası yardım etmediğini belirtmiştir. Şiddete maruz kalma çoğunlukla kadınlarda görülmektedir. Kadınların %9,50’si şiddetle *karşılaşmadığını* belirtirken erkeklerde bu oran %20,9’dur. Haftalık çalışma süresi 40 saatten az olanlarda şiddetle *karşılaşmama* oranı %16,6, 40 saat üstü olanlarda ise %10,5’dir.

Dünya genelinde farklı ülkelerde elde edilen sonuçlar sağlıkta şiddetin dünyadaki konumu hakkında bir fikir sahibi olmamızı sağlayabilir. Dünyada yapılan çeşitli çalışmalar Türkiye ile benzerlikler ve farklılıklar göstermektedir.

Örneğin Amerika’da 2011-2013 yılları arasında, iş yeri saldırılarının %75’i sağlık bakım ortamlarında gerçekleşmiştir. Amerika’da sağlık çalışanları, diğer yaralanma türlerinden dört kat daha fazla şiddet sonucu iş yerinden uzakta kalmaktadırlar. Evde bakım çalışanlarının ise % 61’i (yıllık) iş yerinde şiddet bildirmektedir (Phillips, 2016: 1661-3).

Avustralya’daki bir araştırmaya göre yaşlı bakımında görevli hemşirelerin %50’si, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin %47’si ve özel sektörde çalışan hemşirelerin % 29’u son üç ay içinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bu şiddetin

çoğunluğu ise hastalardan gelmiştir (sırasıyla %74, %63 ve %48) (Hegney, Plank ve Parker, 2003: 264).

Kuveyt'te 5876 hemşire üzerinde gerçekleştirilen araştırmaya göre, hemşirelerin %47,9'u günlük/haftalık veya daha az sıklıkta sözel şiddette %7,2'si ise fiziksel şiddete uğradığını belirtmiştir. Sözel şiddetin % 44,3'ü hasta yakınları, % 36,3'ü hastalardan gelmiştir. Fiziksel şiddetin ise % 32,2'si hasta yakınlarından, % 52,5'i ise hastalardan gelmiştir (Adib ve diğ. 2002: 472)

Almanya'da yapılan bir araştırmaya göre ise sağlık çalışanlarının %89,4'ü sözel, %70,7'si fiziksel şiddete %66,7'si ise her ikisine birden uğramaktadır. Özellikle hemşireler fiziksel şiddete maruz kalmaktadır (%78,3). Ayrıca sağlık çalışanları, istismara (% 92,2), tehdit edici hareketlere (% 59,2), tehditlere (% 55,2), darbeler (% 47,4), tekmelere (% 34,5) veya ısırıklara (% 26,7) maruz kalmaktadırlar (Franz and et al, 2010: 3).

İtalya'daki bir çalışmada fiziksel şiddet gören sağlık çalışanları oranı 2005'de %8,2, 2007'de %9,2 ve 2009'da %9,9'dur. Tehdit ise sırasıyla %12, %27,7 ve %12,6'dır. Fiziksel olmayan saldırganlıkların oranları ise 2005'de %19,6, 2009'da ise %13,5'dir. Aynı araştırmada 2009 yılı itibarıyla fiziksel saldırıların %68,3'ü hastalardan, %21,7'si ise hasta yakınlarından gelmiştir. Sözel saldırıların ise %36,1'i hastalardan, %24,3'ü hasta yakınlarından gelmiştir (Magnavita ve Heponiemi, 2012: 3-4).

Çin'de yapılan bir çalışmaya göre ise sağlık çalışanlarının %83,3'ü iş yerinde şiddete maruz kaldığını belirtmiştir. Bunların %68,9'unu fiziksel olmayan şiddet oluşturmakta ve sağlık çalışanlarının %39,1'i aşırı derecede endişe hissetmektedir (Sun ve diğ., 2017: 5-6).

Dünya genelinde sağlık kurum, kuruluş ve çalışanları için en riskli bölgeler çatışmanın hali hazırda devam ettiği ülke ve bölgelerdir. Bu kapsamda Safeguarding Health in Conflict Coalition (2017) tarafından hazırlanan çatışma bölgelerindeki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet raporuna göre 2017 yılında, dünya genelinde ihtilaf halinde olan 23 ülkede hastanelere, sağlık çalışanlarına, hastalara ve ambulanslara en az 701 saldırı yapılmıştır. Bu saldırılar sonucu 101'den fazla sağlık çalışanı, 293 hasta ve diğerinin öldüğü bildirilmiştir. 701 saldırının 252'si Suriye'de 93'ü Filistin'de ve 66'sı Afganistan'da gerçekleşmiştir. Türkiye'de ise beş olay gerçekleşmiştir. 2017 yılı boyunca en az 29 ambulans hasar görmüş veya

imha edilmiş ve 21'i kaçırılmış veya çalınmıştır. Toplamda 91 sağlık çalışanı tutuklanmıştır. 2017 yılında Suriye dışındaki ülkelerde en az 188 hastane, sağlık tesisi ve klinik hasar görmüş veya tahrip edilmiştir.

Suriye çatışma alanları içerisinde en fazla riski taşıyan ülkedir. Suriye'den sonra ise Filistin gelmektedir. 2014-2016 arasında, Filistin'de, sağlık kurum, kuruluş ve çalışanlarına 53 saldırı gerçekleşmiştir. Bu oran Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) kaydettiği tüm saldırılarının % 9'unu temsil etmektedir. 2017'de ise Safeguarding Health in Conflict Coalition tarafından 93 saldırı kaydedilmiş ve Filistin sağlık için Dünya'nın en tehlikeli ikinci yeri olmuştur. Öte yandan, 2014 yazındaki çatışmada sırasında 23 sağlık personeli hayatını kaybetmiş ve 78 kişi yaralanmıştır. Ayrıca 45 ambulans hasar görmüş veya yok edilmiştir. 30 Mart-11 Temmuz 2018 tarihleri arasında 328 sağlık personeli yaralanmış ve 45 ambulans zarar görmüştür (Médecins du Monde, 2018: 10).

Kısaca dünyada ve Türkiye'de sağlıkta şiddet büyüyen bir sorundur. Ancak sağlıkta şiddetin en yoğun yaşandığı yerler savaş ve terörizmin ağır bir şekilde yaşandığı ülke veya bölgelerdir. Küreselleşen eşitsizlik ve yoksulluktan payını alan sağlık sektörü çatışmaların hedefi haline gelerek sağlık çalışanlarını tehdit etmektedir.

10. Mevcut Yasa ve Uygulamalarda Sağlıkta Şiddet

Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik Sağlık Bakanlığının farklı uygulama, yönetmelik ve çalışmaları bulunmaktadır. Bunlardan ilki sağlıkta şiddetin nedenlerinden biri olan iletişimsizliği aşmak için 2004 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)'dir. Hizmet kalitesinin düşmesine yol açan halk ve yöneticiler arasındaki iletişimsizlikten kaynaklanan sorunları aşmak, merkezin amacı olarak belirlenmiştir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11439/tarihce-miz.html>).

2011 yılında Sağlık Bakanlığı ve çeşitli sivil toplum örgütleri ile birlikte "Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans Sempozyumu" gerçekleştirilmiştir. Ayrıca basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarının katılımıyla ulusal düzeyde "Şiddete Sıfır Tolerans" kampanyası başlatılmıştır (Duğan, 2015: 125).

Yine 6 Nisan 2011 yılında "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" 27897 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yönet-

meliğe göre sağlık kurumları hasta güvenliği için, sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması, hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması, ilaç güvenliğinin sağlanması, hasta düşmelerinin önlenmesi vb. tedbir ve düzenlemeleri gerçekleştirmeye yükümlüdür. Kurumlar çalışan güvenliği kapsamında, çalışan güvenliği programının hazırlanması, çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması, tedbir ve düzenlemelerini yerine getirmelidir. Yönetmelikte sağlık kurumlarının güvenlik raporlama sisteminin kurulmasından, sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesinden, hasta güvenliği komitesi ve çalışan güvenliği komitesi kurulmasından yükümlü olduğu belirtilmektedir. Yönetmeliğe göre mavi, pembe ve beyaz kod uygulamaları yapılmalıdır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>).

Türkiye’de Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılı Temmuz ayında ise beyaz kod sisteminin uygulanmaya başlaması ile 3 farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı 16.03.2016 tarihli genelgesi). Tüm dünyada aynı renkte olan Mavi kod, çoğunlukla kalbin durması (kardiyak arrest) durumundaki, acil tıbbî müdahaleye ihtiyaç duyan hastalara en kısa sürede müdahaleyi sağlamaktadır. Pembe kod hastanede servislerde tedavi için bulunan bebek veya çocuk hastayı kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır. Beyaz kod ise hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önleme amacıyla oluşturulmuş çağrı kodudur (Akça, Yılmaz ve Işık, 2014: 3).

Sağlık Bakanlığının 16.03.2016 tarihli genelgesine göre beyaz kod uygulaması özel ve kamu sağlık kurumlarını kapsamaktadır. Sistemde personelin şikâyeti olup olmamasına bakılmaksızın gerçekleşen bütün şiddet olayları kayıt altına alınmaktadır. 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi 7 gün 24 saat hizmet vermekte, sağlık çalışanının maruz kaldığı fiziksel veya sözel şiddet başvurularının kaydı yapılmakta ve bakanlığın ilgili birimlerine aylık ve yıllık olarak toplam verileri göndererek şiddet olaylarına ilişkin istatistik oluşturmaktadır. Ayrıca genelgede yapılan görüşmelerin ispat hukuku kapsamında kayıt altına alındığı belirtilmektedir. Böylece mağdura hukuki yardım verilmesi sürecine katkı sağlamaktadır.

Son olarak 5 Aralık 2018 tarihinde 30616 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren “Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kapsamında madde 21 başlığı altında “Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten

işlenen suçlardan şüpheli olanlar, kolluk görevlilerince yakalanır ve gerekli işlemleri yapılarak Cumhuriyet başsavcılığına sevk edilir. Cumhuriyet savcısı adli işlemleri tekemmül ettirir. Bu suçların soruşturmasında, kolluk tarafından müşteki, mağdur veya tanık olan sağlık personelinin ifadeleri işyerlerinde alınır. Bu fıkra hükmü, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle kasten işlenen suçlar hakkında da uygulanır.” ibaresinin 3359 sayılı Kanunun ek 12’nci maddesine eklendiği belirtilmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık çalışanlarına şiddet tutuklama sebebi olarak görülmektedir. Ancak yasanın sağlıkta şiddet sorununa yapısal çözümler getirmekten uzak olduğu eleştirisi yapılmaktadır.

11. Sonuç ve Öneriler

Sağlıkta şiddet çoğunlukla hasta ve yakınları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleşmekle birlikte sağlık çalışanlarının birbirlerine, hasta ve yakınlarına karşı uyguladıkları şiddet olaylarına da rastlanmaktadır. Sağlıkta şiddet başta yoksulluğun, savaşların ve iç çatışmaların yaşandığı ülkelerde olmak üzere gelişmiş ülkeleri de içine alan toplumsal bir sorundur. Sağlıkta şiddetin sonuçlarından en fazla etkilenen ülkeler yine yoksul ve çatışma içerisindeki ülkelerdir. Sağlık hizmetlerine eşit erişim hakkının kaybolmasında sağlıkta şiddet önemli bir unsurdur. Genç nesillerin sağlık çalışanı olarak kariyer planı yapmamaları, mevcut sağlık çalışanlarının istifa etmeleri veya çalışamayacak hale gelmesi, çalışan personelin fizikî ve psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle veriminin azalması toplum sağlığını tehdit etmektedir. Sağlıkta şiddet yalnız şiddet gören kişinin zarar görmediği üstelik kurumların zedelendiği, toplumsal sağlığın ve geleceğin tehdit altına girdiği bir sorundur. Bu nedenle sorunun çözümü için ulusal ve uluslararası önlemlerin bir an önce alınması, arttırılması veya verimlileştirilmesi gerekmektedir.

Sağlıkta şiddet toplumsal ve sağlık sektörünün kendine has özelliklerine bağlı nedenlere sahiptir. Dolayısıyla sağlıkta şiddetle mücadelede öncelikle şiddet kültürünün yaygınlaşması, toplumsal düzensizlik ve çatışmalar, eğitimsizlik, yoksulluk gibi toplumsal nedenlerle mücadele etmeyi gerektirmektedir. Toplumsal nedenlerle birlikte sağlık sektörünün kendine has özellikleri olan stres düzeyinin yüksekliği, personel sıkıntıları, yönetici, personel, hasta ve yakınları arasındaki iletişimsizlik gibi sektöre ilişkin nedenlerle mücadele zorunludur.

Bu kapsamda ülkemiz adına sağlıkta şiddet için şu önerileri sıralayabiliriz:

1. Öncelikle sağlıkta şiddeti önleme adına gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin yeterli olmadığı görülmektedir. Bu nedenle sağlık kurum, kuruluş, sendika, sivil toplum kuruluşları, hukuk uzmanları, üniversiteler, medya ve güvenlik uzmanları arasında oluşturulacak bir iş birliği ile kapsamlı bir sağlıkta şiddet yasasının oluşturulması gerekmektedir.
2. Hukuki altyapı ve hukuki desteğe ek olarak mağdura psikolojik destek verilmelidir.
3. Sağlık kurumlarının yetersiz personel sayısı sorunu giderilmelidir. Aşırı iş yükü makul seviyeye getirilmelidir.
4. Hastanelerdeki fizikî alt yapı ve eksikler acilen giderilmeli, şehir hastaneleri hizmetleri geliştirilmelidir.
5. Hastanelerde güvenlik tedbirleri arttırılmalıdır. Hastanelere girmeden önce hastaların güvenlik personeli tarafından aranması ve silahsızlandırılması gerekmektedir (Annagür, 2010: 168). Bu kapsamda hastane girişlerine metal detektör konulabilir.
6. Medya ile ilişkileri ve iş birliğini arttırma adına sağlık kurum ve kuruluşların basın ve halkla ilişkiler birimi kurulmalı ve güçlendirilmelidir.
7. Kurumlar ve kuruluşlar kendi içlerinde öneyici tedbirler ile tedavi edici yardımları sağlayacak sağlıkta şiddet programı oluşturmalıdır.
8. Hizmet içi eğitim daha verimli hale getirilerek personelin hasta ve yakınları ile iletişimi ve kriz dönemlerinde mücadele edebilme yeteneği geliştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının eğitiminde şiddet ve önleme konularında derslere yer verilmelidir (Yeşilbaş, 2016: 50).
9. Renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesi ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodlarıyla ilgili eğitimler verilmeli, hastaneyle ilgisi bulunan herkesin haberdar olması sağlanmalı ve ortak bir dil oluşturulmalıdır.

Son olarak sağlık çalışanları sadece kendilerine veya kurum içi şiddet olaylarına maruz kalmamakta veya tanık olmamaktadır. Sektör toplumun her alanında meydana gelen şiddet olaylarına doğrudan müdahale eden kurumlardan biridir (Güvenlik, hukuku gibi). Dolayısıyla toplumsal şiddet kültürünün ve sağlıkta şiddetin önlenmesinde sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar düşmektedir. Örneğin sağlık çalışanları istismar vakalarını tespit etmede ve güvenlik kurumlarını bilgilendirmede önemli bir role sahiptir. Sağlık çalışanları sağlıkta şiddetin hem mağdurları hem de çözümün sağlayıcılarından biridir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının gerek eğitim-öğretim aşamasında gerekse çalışma hayatında sosyolojik ve psikolojik yönleriyle şiddet olgusunu anlamalarını sağlayacak derslere yer verilmesi gerekmektedir.

Kaynakça

- Adib, M. S. et al. (2002), "Violence Against Nurses in Healthcare Facilities in Kuwait", *International Journal of Nursing Studies*, vol. 9, pp. 469-78.
- Akça, N. ve Yılmaz, A. ve Işık, O. (2014), "Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği", *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, cilt 13, sayı 1, s. 1-12.
- Anderson, C. A. and Bushman, B. J. (2002), "Human Aggression", *Annual Reviews Psychology*, vol. 53, pp. 27-51.
- Annagür, B. (2010), "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, vol. 2, no 2, pp. 161-73.
- Baird, S. M. and McGannon, K. R. (2009), "Mean(ing) to Me: A Symbolic Interactionist Approach to Aggression in Sport Psychology", *Quest*, vol. 61, pp.377-396.
- Biçer, E. B. Ve Sarıçoban S. (2019) "Sosyal Sorun Alanı Olarak Sağlık", *Sosyal Sorunlarda Güncel Tartışmalar*, ed. Yılmaz Daşlı, Ankara: Anı Yayıncılık, s.51-72.
- Bilişli, Y. ve Hizay, D. (2016), "Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyerinde Şiddet: Üniversite Hastanesi Örneği", *The Journal of Academic Social Science Studies*, no 52, Winter I, s. 473-86.
- Bulut, E. (2019) "Türkiye’de Şiddet ve Terörizm", *Sosyal Sorunlarda Güncel Tartışmalar*, ed. Yılmaz Daşlı, Ankara: Anı Yayıncılık, s.115-160.
- Bushman, B. J. (2018), "Teaching Students About Violent Media Effects", *Theaching of Psychology*, vol. 45(2), pp. 200-206.
- Cirhinlioğlu, Z. (2017), *Sağlık Sosyolojisi*, (7. Baskı), Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Dağ, E. ve Baysal, H. (2017), "Hasta Ve Yakınlarını Şiddete Yönelten Sebeplerin Araştırılması - Burdur İli Örneği", *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, cilt 4, sayı 11, s. 95-118,
- Duğan, Ö. (2015), *Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniv. Sosyal Bilimler Enst. Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Konya.
- Egici, M. T. ve Öztürk, G. Z., (2018), "Beyaz Kod Verileri Işığında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet", *Ankara Med J*, cilt. 2, s. 224-31.
- Engström, G. (2013), *Aile İçi Şiddet: Çaresi Ne?*, İstanbul: Dönence Basım ve Yayın.
- Eravcı, D. B. (2014), *Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği*, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim ve Araştırma Merkezi, Ankara.

- Erten, Y. ve Ardalı, C. (2005), "Saldırganlık, Şiddet ve Terörün Psikososyal Yapıları", *Cogito: Şiddet*, Sayı-6-7, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, s.143-163.
- Ferguson, C. J. and Dyck, D. (2012), "Paradigm Change in Aggression Research: The Time Has Come to Retire The General Aggression Model" *Aggression and Violent Behavior*, vol. 17, February, pp. 220-228.
- Fernandes, C. M.B. et al. (1999), "Violence in The Emergency Department: A Survey of Health Care Workers", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161 (10), pp. 1245-8.
- Franz, S. and et. al. (2010), "Aggression And Violence Against Health Care Workers In Germany - A Cross Sectional Retrospective Survey", *BMC Health Services Research*, vol. 10, no 51, pp. 1-8.
- Gillespie, G. L. et al.(2010a), "Workplace Violence in Healthcare Settings: Risk Factors and Protective Strategies", *Rehabilitation Nursing*, vol. 35, no. 5, pp. 177-84.
- Gillespie, G. L. et al. (2010b), "Violence Against Healthcare Workers in a Pediatric Emergency Department", *Advanced Emergency Nursing Journal*, vol. 32, no. 1, pp.68-82.
- Gözütok, F. D. (2008), *Eğitim ve Şiddet*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Güçlü, İ. ve Akbaş, H. (2016), *Suç Sosyolojisi*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güneş, A. (2018), *Şiddet: Din Eğitimi ve Değerler*, (2.Baskı), İstanbul: Arı Sanat Yayınları.
- Hegney, D. and Plank, A. and Parker, V. (2003), "Workplace Violence in Nursing in Queensland, Australia: A Self-Reported Study", *International Journal of Nursing Practice*, vol. 9, pp. 261-8.
- ILO, ICN, WHO, PSI, (2002), *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, Geneva: International Labour Office.
- Kaplan, B. (2013), "Violence Against Health Care Workers", *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, vol. 21, no 1, pp.4-10.
- Karakuş, H. (2011), *Mobbingin Hemşireler Ve İş Tatmini Üzerine Etkileri: Sivas İli Örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü, Sivas.
- Krug, E. G. Et. al. (2002), "The World Report On Violence And Health", *Lancet*, vol. 360, pp. 1083-8.
- Magnavita, N. and Heponiemi, T. (2012), "Violence Towards Health Care Workers in A Public Health Care Facility in Italy: A Repeated Cross-Sectional Study", *BMC Health Services Research*, vol. 12:1 08, pp. 1-9.

- Médecins du Monde, (2018), *Violence Against Healthcare In Gaza*, France, July.
- Moses, R. (2005), "Şiddet Nerede Başlıyor", *Cogito: Şiddet*, Çev. A. Kul, Sayı-6-7, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, s.23-27.
- Özcan, N. K. ve Bilgin, H. (2011), "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematiik Derleme", *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, cilt 31(6), s. 1442-56.
- Özcan, F. ve Yavuz, E. (2017), "Türkiye'de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında", *The Journal of Turkish Family Physician*, cilt 8, sayı 3, s. 66-74.
- Öztürk, E. (2017), *Türkiye'de Aile İçi Şiddet*, Ankara: Gece Kitaplığı.
- Page, A. Z. ve İnce, M. (2008), "Aile İçi Şiddet Konusunda Bir Derleme", *Türk Psikoloji Yazıları*, Aralık, cilt 11, sayı 2, s. 81-94.
- Phillips, J. P. (2016), "Workplace Violence against Health Care Workers in the United States", *New England Journal of Medicine*, vol. 374, no 17, pp. 1661-9.
- Pınar, T. ve Pınar, G. (2013), "Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet", *TAF Preventive Medicine Bulletin*, cilt 12, sayı 3, s. 315-26.
- Polat, O. (2017), *Şiddet*, (2. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Safeguarding Health in Conflict Coalition (2017), *Violence On The Front Line: Attacks On Health Care in 2017*, <https://www.safeguardinghealth.org/sites/shcc/files/SHCC2018final.pdf> (erişim tarihi 13/06/2019).
- Sağlık Bakanlığı, *Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması* konulu 16.03.2016 tarihli genelgesi, <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf> (erişim tarihi 02.07.2019).
- Sağlık-Sen (2013), *Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*, Sağlık-Sen Genel Merkezi, Ankara.
- Strasburger, V. C. and Wilson, B. J. (2014). "Television violence: Sixty years of research" *Media Violence and Children: A Complete Guide for Parents and Professionals*, Edited by D. A. Gentile, Santa Barbara, CA, US: Praeger/ABC-CLIO, pp. 135-177.
- Sun, P. and et. al. (2017), "Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, no 96, pp. 1-10.
- Şahin, B. vd. (2011), "Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet", *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, cilt 11, sayı 3, s. 110-114.
- Takak, S. Ö. ve Artantaş, A. B. (2018), "Hastalar ve Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Nedenleri Konusunda Görüş ve Tutumlarının Değerlendirilmesi", *Ankara Med J*, cilt 1, s. 103-16.

TBMM Raporu (2013), *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*, Ocak, Sıra sayısı 454.

Uludağ, A. ve Zengin, N. (2016), "Sağlıkta Şiddete Hasta Şikâyetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği", *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, cilt 16, sayı 3, s. 71-86.

Ünal, A. (2005), "Violence Toward Health Care Workers In Emergency Departments In West Turkey", *The Journal of Emergency Medicine*, vol. 28, no. 3, pp. 361-5.

Weber, M. (2004), *Sosyoloji Yazıları*, Çev: Taha Parla, İstanbul: İletişim Yayınları.

WHO (2002), *World Report On Violence And Health*, Edited by Etienne G. Krug (et al.), Geneva: WHO Library.

Yeşilbaş, H. (2016), "Sağlıkta Şiddete Genel Bakış", *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, cilt. 3, sayı 1, s. 44-54.

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11439/tarihcemiz.html> (erişim tarihi 02.07.2019).

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm> (erişim tarihi 02.07.2019).



6. BÖLÜM

SAĞLIK İLETİŞİMİ VE MEDYA: TELEVİZYONDA YAYINLANAN SAĞLIK PROGRAMLARI ÜZERİNE BİR İNCELEME

Zekiye TAMER GENCER*

1. Giriş

İletişim kavramı doğası itibariyle birçok farklı disiplinin içerisinde kendisine yer bulmuş hatta birçok alanla iç içe geçmiş bir bilim dalıdır. Bunlardan biri olan sağlık alanındaki iletişim çalışmaları uzun yıllar önce ABD’de başlamış ve buradan da uluslararası düzeyde yaygınlık kazanmıştır. ABD, Dünya savaşlarına kadar sağlığın ne denli kıymetli bir alan olduğunu fark etmemiş olsa da II. Dünya Savaşı’nın hemen bitiminde konunun önemini farkına varmıştır. Böylelikle sağlık ve iletişim kavramları bir arada kullanılarak “sağlık iletişimi” kavramı doğmuş ve üzerinde birçok akademik ve bilimsel çalışma yapılmıştır. Bu sebeple günümüzde epeyce dikkat çekici bir alan olan sağlık alanında iletişimin artan önemine dikkat çeken “sağlık iletişimi” kavramı da kitle iletişim araçları açısından incelemeye değerdir. Sağlık alanında da kurumsal yapılanmalarda iletişim yöneticilerinin rol ve işlevleri açısından bütünsel pazarlama iletişimi bağlamında halkla ilişkiler, reklam ve medyada sağlık iletişiminin işleniş tüm kitle iletişim araçları açısından sağlık alanında içerik üretimi hakkında kaleme alınan bu çalışma, sağlık profesyonellerinin rolleri ve görevleri bağlamında iletişimin sağlık alanındaki kurumsal yapı içerisinde statü ve stratejik önemini ortaya koyma amacını taşımaktadır.

Medya araçlarının son derece yaygın kullanıma kavuşmuş olması, bireyler ve sağlık kuruluşları arasındaki sağlık hizmeti etkileşiminin niteliğini ve hızını değiştirmiştir. Genel olarak, hastalar ve sağlık uzmanları sağlık sorunları hakkında iletişim kurmak için aktif bir biçimde medya araçlarını kullanmaktadır. Buradaki

* Doç. Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İletişim Fakültesi.

amaç, sağlık konusunda bilinç düzeyindeki artışın teşviki ve geliştirilmesi, nispeten insanların sağlık konularında eğitimi ve iletişim faaliyetlerine yönelik çeşitli çıktıları tanımlamak için belirli bir bilimsel bilgi erişimine sahip olmalarını sağlamaktır. Bu açıdan medyada yer alan sağlık eğitimi, sağlık bilincinin iyileştirilmesine yöneliktir. Sağlık iletişimi kavramının tanımını ve kullanışlılığını daha ayrıntılı bir şekilde inceleyen bu çalışma, medya aracılığıyla sağlık eğitiminin ve çağdaş sağlığın teşviki içindeki yerinin artması ve sağlık alanındaki tüm tarafların konuya dair bilinç düzeylerinin yükselmesi açısından oluşturulan medya içeriklerini araştırmayı amaçlamaktadır.

Gelişmiş ülkelerde, 1960'larda konuyla ilgili oluşan bilinç ve farkındalık sayesinde, medyada sağlık kampanyalarında erken deneyimler yaşanarak, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik edici ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine yardımcı içerikler üretilmiştir. Bu ilk kampanyaların birçoğu, bilgi aktarımı üzerindeki vurgusuyla karakterize edilmiş ve iletişim ile davranış değişikliği arasındaki ilişkinin göreceli olarak basit bir anlayışına dayanmıştır. Yani, kurgulanmış içeriklerin üretildiği medya ortamlarındaki iletilerin sağlık alanında birey davranışı üzerinde değişiklik oluşturucu rolü olduğu görülmüştür. Zaman geçtikçe, yalnızca bilginin aktarılmasına odaklanan ve bireylerin sosyal ve ekonomik koşullarını dikkate almayan kampanyaların, sağlık davranışları üzerindeki etkileri açısından beklenen sonuçları elde edemediği ortaya çıkmış ve ortaya çıkan birçok sağlık eğitimi programının yalnızca toplumda en eğitilmiş ve ekonomik olarak avantaj sağlayanlar arasında etkili olduğu görülmüştür. Bu grupların geleneksel medya aracılığıyla iletilen sağlık mesajlarını almak ve bunlara cevap vermek için daha yüksek düzeyde eğitim ve okuryazarlık, kişisel beceri ve ekonomik araçlara sahip olduğu gözlenmiştir. Bu sebeple sağlık iletişimi kavramı daha anlaşılabilir hale getirilerek ana akım medya araçlarında yıllar içerisinde daha geniş yer bulan bir kavram haline gelmiştir.

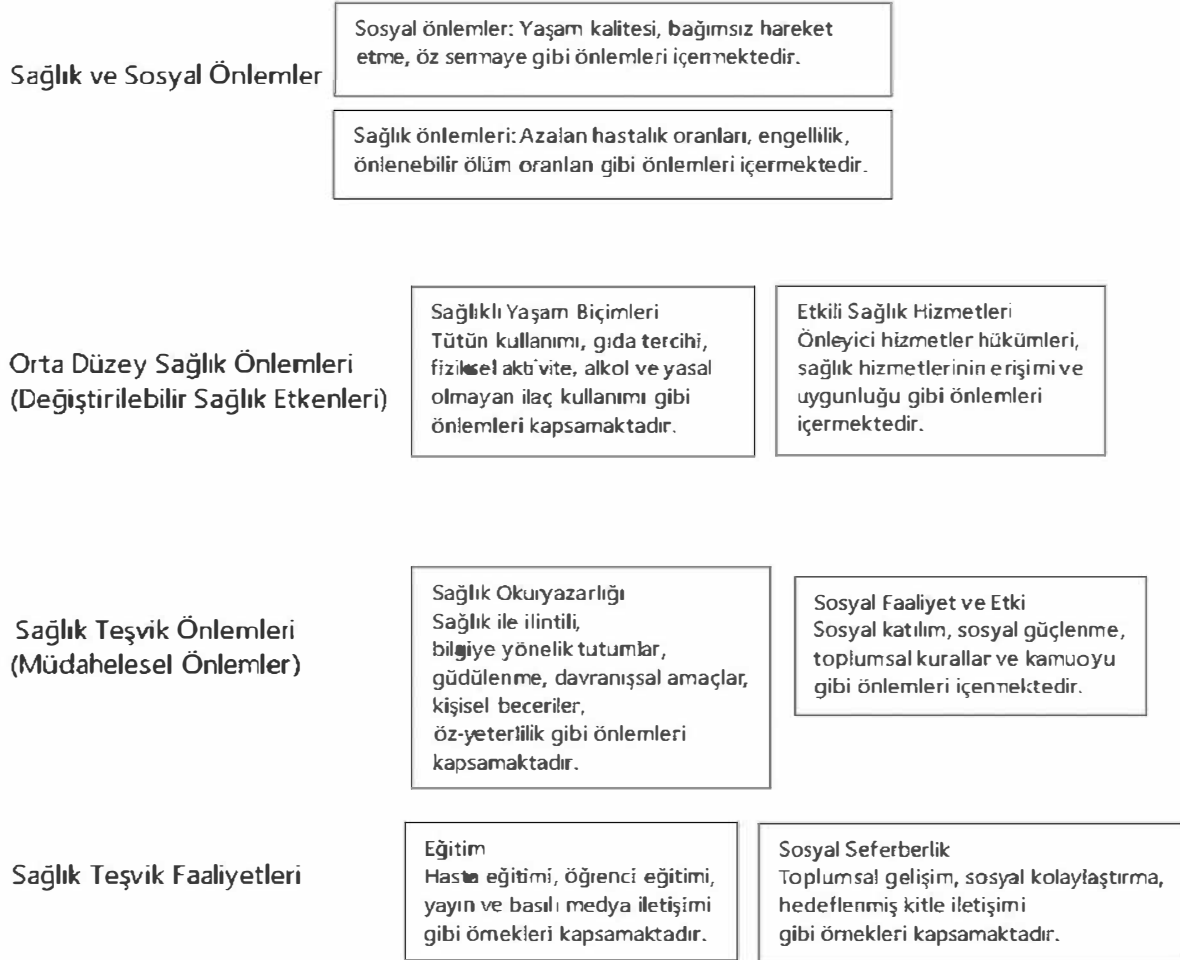
Bu çalışma kapsamında ana akım medya araçlarından olan ve halihazırda en kitlesel iletişim aracı olma özelliği taşıyan televizyon üzerinden yayınlanan sağlık içerikli programlar ile bireylerin davranışları arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla, üniversite öğrencilerinden oluşan bir örneklem grubuna survey yöntemi olan anket aracılığı ile ulaşılarak bilgi ve veri toplanması sağlanmıştır. Kavramsal açıklamalar ve literatür incelemesi ile birlikte elde edilen veriler sağlık iletişimi alanında ışık tutacak bir forma dönüştürülmüştür.

2. Sağlık İletişimi Kavramı

Son yıllarda sağlık alanında, iletişim açısından sağlık uygulamaları artan bir öneme sahip olmuş, iletişim ve tıp fakültelerinde ders olarak tasarlanma (Bernhardt, 2004; 2) ihtiyacı doğmuştur. Sağlık iletişimi; sağlık eğitimi, pazarlama, gazetecilik, halkla ilişkiler, kitle iletişimi, psikoloji, bilişim, epidemiyoloji, halk sağlığı, sağlık yönetimi ve sosyoloji gibi birçok disiplinden yararlansa da kanun ve mevzuat yapısına sıkı bir biçimde bağlı hareket etmektedir. Türkiye’ de Sağlık Bakanlığı üst yapısında hizmet veren Aile Sağlığı Merkezleri, aile hekimleri, evde sağlık hizmetleri gibi yeni uygulamalar sağlık alanında toplumsal anlamda etkili iletişimin ne kadar önemli olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Gelişmiş ülkelerde, 1960'larda ve 1970'lerde, sağlık kampanyaları hususundaki erken deneyim, sağlıklı yaşam tarzlarını teşvik ederek bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine yönelik şekilde kurgulanmıştır. Bu ilk kampanyaların birçoğu, bilgi aktarımı vurgusuyla karakterize edilerek iletişim ile davranış değişikliği arasındaki ilişkinin göreceli olarak basit bir anlayışına dayanmıştır. Zaman geçtikçe, yalnızca bilginin aktarılmasına odaklanan ve bireylerin sosyal ve ekonomik koşullarını dikkate almayan kampanyaların, sağlık davranışları üzerindeki etkileri açısından beklenen sonuçları elde edemediği ortaya çıkmıştır. 1970'lerde ortaya çıkan birçok sağlık eğitimi programının yalnızca toplumda en eğitimli ve ekonomik olarak avantaj sağlayanlar arasında etkili olduğu bulunmuş, bu grupların geleneksel medya aracılığıyla iletilen sağlık mesajlarını almak ve bunlara cevap vermek için daha yüksek düzeyde eğitim ve okuryazarlık, kişisel beceri ve ekonomik araçlara sahip olduğu varsayılmıştır. Ancak 20. yüzyılın sonlarına doğru yani günümüzde, sağlık iletişiminin temel vurgusu üzerinde bireysel risk davranışlarını değiştirmeye doğru bir kayma olmuştur (Nutbeam, 2000; 260). Bu değişim ve dönüşümle birlikte sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için özet bir model sunan Şekil.1’ de sağlık ve sosyal önlemler başlıklar dikkati çekmektedir.

Şekil 1. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için bir sonuç modeli (Nutbeam, 2000)



Şekilde görüldüğü gibi her geçen gün artan bir düzeyde sağlığın teşviki ve bireylerin sağlık alanında okuryazarlık bilinç seviyelerinin artışı söz konusudur. Yaşam kalitesini artırmak için azalan hastalık oranları ve bunu sağlamak için de alınan sağlık önlemleri aslında sağlık iletişiminin temel dinamiklerini oluşturmaktadır.

Bütün bunların dışında, sağlık alanında çalışanlar ve hastalar arasındaki iletişim süreci işin yapısı gereği, doğal olarak sorunludur. Sağlık uzmanları daha açık bir ifadeyle doktorlar ve hemşireler, açıkça iletişim kurmak istemekte ancak genellikle kesin veya benzer olarak eşdeğer teknik olmayan sözcüklerin bulunmaması sebebiyle tamamen teknik terminolojiyi kullanmaya meyillidir. Bun yanı sıra, sıklıkla hastaların istediğinden daha fazla bilgi iletmeye çalışmaktadırlar. Hastalar, iyi eğitilmiş ve gelişmiş dil becerilerine sahip olanlar bile, terminolojiye aşina olmadıklarından tıbbî bilgilerin işlenmesini zor bulmaktadır. Bu sebeple sürecin

yönetilmesi bireysel ilişkide zor hale gelmektedir. Bu durumun zorunlu neticesi olarak etkin bir medya iletişim sürecinin daha üst düzeyde yönetiliyor olması sağlık içerikleri anlamında yanlış anlaşılma ve çatışmaların azalması anlamında önem arz etmektedir. Çünkü kitle iletişim araçları aracılığıyla kurulan iletişim kurum ve hedef kitlesi arasında standart düzeyde bir iletişimi gerekli kılmaktadır.

Kamu ya da özel hastane düzeyinde birçok sağlık kuruluşu basılı ya da görsel içerikler üreterek kitle iletişim araçlarının gündeminde yer almak için çaba sarf etmektedir. Hem kurumların hem de bireylerin sağlık alanında spesifik davranış değişikliklerinin yaygın bir biçimde benimsenmesi sağlık alanında etkili yönetilen iletişim sürecine bağlıdır. Sağlık kurumlarının sahip olduğu yapısal fonksiyonların etkisinde kalan kurumsal iletişim sağlık iletişimi bağlamında önemli bir yere sahiptir. Sağlık iletişimi konusundaki genel bakış açısı, kültürün sağlık ve sağlık davranışlarıyla ilişkili bir faktör olarak önemli rolünün tanınmasının yanı sıra, sağlık iletişimi programlarının etkinliğini arttırmanın da potansiyel araç olduğunu savunmaktadır. Hem uygulama hem de araştırmada, kültür, özellikle olağanüstü olmayan toplumsal yapılar için, genellikle ırk ve etnik kökenle birleştirilmekte (Kreuter&McClure, 2004; 440) olduğundan sağlık kuruluşlarının kurumsal iletişim süreçlerinde göz ardı edilmemesi gereken bir unsurdur. Kültürün önemli bir faktör olmasının altında, toplumun içerisindeki farklı sosyo-ekonomik statü grupları arasında var olan eşitsizlikleri ve sağlığı etkileyen olumsuz koşulları ortadan kaldırmak isteyen ulusal sağlık hedeflerinin tüm toplumu kapsayıcı politikalar haline getirilmesi amacının taşınması yatmaktadır.

Kurumsal iletişim kapsamında kullanılan tüm kitle iletişim araçlarının sevilen veya sosyal olarak çekici olduğu düşünülen kaynaklar, özellikle iletişim kanalı video veya ses olduğunda, diğerlerinden daha ikna edici olması sağlık iletişim açısından da son derece caziptir. Mesaj içeriğinin ve yapısının iletişim sürecini nasıl etkilediğinin araştırılması, ikna edici iletişimde en çok araştırılan konulardan biridir. Yapılan çalışmalarda, katılımcılar, ilgilenilen bazı mesaj özelliklerine dayanarak, deneysel olarak değişen bir iletişimin birkaç versiyonundan birine maruz bırakılmakta, Daha sonra, iletişimdeki tepkilerin yanı sıra iletişimde ele alınan özel tutum, inanç ve davranışlardaki değişiklikler de dahil olmak üzere farklı varyasyonlara maruz kalmanın etkileri değerlendirilmektedir. Kreuter ve McClure tarafından aktarıldığı şekliyle, sağlık iletişiminde mesaj içeriğinin oluşturulmasında genel olarak hakim olan; korku mesajları, metafor kullanımı, metine göre çarpıcı istatistikler, mesaj dengesi (örneğin, karşıt adresleme stratejileri), tartışmalar veya uzman bakış açıları, mesaj çerçeveleme mesaj sırası ve bir mesajın

öznelliği (açık/örtük) gibi formatlar bulunmaktadır (Kreuter&McClure, 2004; 445).

İletişimin sağlık alanında kullanılmasının temel gereksinimini ortaya koyan Stokols çalışmasında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının genellikle açıkça tanımlanmış bir teorik temelden yoksun veya dar bir şekilde tasarlanan kavramsal modellere dayandığını (Stokols, 1996; 283) söylemektedir. Bireysel olarak sağlık hizmeti alan insanların bu konuda bilinçli bir seçim yapabilmesi sağlık kurumlarının kendisini ifade etmesi yeteneğine bağlıdır.

3. Sağlık İletişimi Model ve Düzeyleri

Son yıllarda günlük yaşamda sıkça kullandığımız bir kavram olan sağlık, ekonomik anlamda gelişmişlik seviyesi ne düzeyde olursa olsun tüm ülkeleri ve bireyleri giderek daha fazla şekilde ilgilendirmektedir. Birey toplumun en önemli unsuru olarak daha iyi şartlarda, daha kaliteli ve daha sağlıklı yaşamayı hak etmektedir. Bu hak ediş de esasında sağlık alanındaki yatırımlara ve alınan hizmetlerin kalitesine önemli bir talep artışı sağlamaktadır.

2013 yılında Tıraş tarafından yapılan çalışmada sağlık kavramının birbirinden farklı tanımına rastlamak mümkündür; Hayran'a (1997:3) göre sağlık; hemen her yerde "hasta olmama" anlamında, hastalık kavramı ile bağlantılı, yani negatif bir mesaj verecek şekilde tanımlanmaktadır. Illich (1995:190) ise sağlığın daha ziyade biyolojik bir tanımlamasını yapmakta ve sağlığı; "bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş mad-desel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütleniş başarabilmesi süreci" olarak tanımlamaktadır. Sağlık pozitif ve negatif yönden de tanımlanmaktadır. Negatif yönden sağlık; hastalığın yokluğu olarak tanımlanırken, pozitif yönden; bireylerin hayata tutunabilme yetenekleri, stresli duruma karşı koyabilmeleri, sahip olunan psikolojik iyilik ve fiziksel uyum düzeyi, toplumda iyi ilişkiler kurabilme becerisi vb. (Somuncuoğlu, 2012:3-4) şeklinde tanımlanmaktadır. Genel bir tanım ise 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. maddesinde "yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir" (Resmî Gazete, 1961) diye yapılmaktadır. Yapılan fazla sayıda tanım olmasının yanında Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) "yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali" diye yaptığı

sağlık tanımında yalnızca rahatsızlık ve üzüntü verici olumsuz durumları beraberinde getiren hastalığın gerçekleşmesinin değil bu olumsuzluklardan kurtulmak maksatlı hastalıktan kaçınmanın da sağlık iletişiminin konusu olduğunu söylemek mümkündür. Çünkü kişinin kendini sağlıklı algılaması ve tanımlaması psikolojik düzeyine de bağlı olduğundan hekimlerin işi bireylerin sağlık tutumları noktasında zorlaşmaktadır. Okuryazarlık ve bilinç düzeyinin yüksek olması gereken bir alan sağlık iletişimi bireylerin sağlık tanımlaması ve Araz ile arkadaşlarının 2007 yılındaki çalışmalarında belirttiği gibi hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği bireyin sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır, dolayısıyla, toplumdaki sağlık inançlarının ve davranışlarının bilinmesi, sağlık hizmetlerinin sunulması ile sağlık eğitimi ve politikalarına yön vermesi açısından önemli ve gereklidir. Aslında bu durumu açıklayan bir kavram olan "sağlık davranışı" yalnızca hastalığa çare aramak değil, sürekli sağlıklı kalma arzusunda olanlar için kullanılan bir kavramdır.

Koçak ve Bulduklu tarafından 2010 senesinde yapılan çalışmada; sağlık iletişimi, bireysel ve toplumsal sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında önemli rollere sahiptir şeklinde tanımlanmıştır. Bireysel ve toplumsal düzeyde farkındalık yaratarak hastalıkların önlenmesi, sağlık eğitimi ve sağlığın korunması yoluyla sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan sağlık iletişimi *Hekim – Hasta İletişimi, Grup İletişimi, Kitle İletişimi* olmak üzere üç düzeyde gerçekleşmektedir (Koçak&Bulduklu, 2010; 8). Bu düzeyler hastalıkta veya sağlıkta bireye gerekli olan bilginin aktarıldığı kaynaklardan oluşmaktadır. Bu kaynaklar başvuruda bulunan yani bilgiye ihtiyaç duyan bireylere teşhis/tanı koymak, moral/motivasyon sağlamak ve içerikler ileterek bilgilenmelerini sağlamak yoluyla bir değişim yaratmayı hedeflemektedir. Literatürde sağlık iletişiminde bireyin davranış değişikliğinin açıklanması için geliştirilen model Transteorik Model şeklinde yer almaktadır.

Değişim (Transteorik) Modeli, bireylerin yaşamlarında sorun oluşturan davranışları değiştirmelerine yol göstermek amacıyla 1982 yılında Prochaska ve DiClemente tarafından oluşturulmuş, 1994 yılında ise yeniden düzenlenmiştir (Grimley, Prochaska ve Prochaska 1997; Prochaska ve DiClemente 1982). 1977 de Prochaska'nın mezun öğrencileri ile yaptığı araştırma seyahati sonrasında yayınlanan "Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analyses" isimli yayınlanan kitapta modelle ilgili detaylı bilgilere rastlanmaktadır. Transteorik model, sağlık davranışı değişiminin altı değişim aşaması boyunca ilerleme içerdiğini belirtir: ön hazırlık, düşünce öncesi, düşünce, hazırlık, eylem ve sürdürme. Kararlı denge, öz

yeterlilik ve baştan çıkarmanın yanı sıra ilerleme sağlamak için on değişiklik süreci belirlenmiştir (Prochaska vd., 1997, 42). Modelde bir bireyin davranış sağlık konusunda değişikliğini gerçekleştirmesi için, ön hazırlık aşamasından en son eylem aşamasına kadar geçirdiği süre maksimum 6 ay olarak belirtilmiş ve burada en önemli noktanın ise sürecin sonunda sürdürmenin sağlanıp yeniden başa dönmemesi olduğu ifade edilmiştir. Son 20 yıldır yapılan Transteorik Model (TM) temelli araştırmalar bazı davranış değişikliklerinin pek çok sağlık davranışına uygulanabilen ortak ilkeleri bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu davranışlar şöyle örneklendirilebilir; sigarayı bırakma, egzersiz yapma, güneşten korunma, besinsel yağların azaltılması, prezervatif kullanımı, mamografi taramasının desteklenmesi, ilaç kullanımının yaygınlaşması, stresle başa çıkma ve madde bağımlılığını bırakma (Bulduk vd., 2015, 31). Bu modelden anlaşıldığı üzere, birey davranış değişimine doğrudan ulaşmamakta ve değişim aşamaları dizisi içinde bir düzen içerisinde ilerlemektedir. Bu ilerleme esnasında değişimin ortaya çıkmasını sağlayan birçok faktörden birisi de şüphesiz ki kitle iletişim araçları içerikleridir. Çünkü bu değişim sürecinin yapısal aşamalarından biri olan “düşünme” aşamasında bireyin en çok ihtiyaç duyduğu şey bilgidir. Bu noktada sosyal çevre ve medya aracılığı ile konu hakkında iletilen içerikleri epeyce önemli hale gelmektedir.

Bilgi akışının sağlanmasında teknolojinin gelişmesiyle birlikte artan bir öneme sahip olan medya araçlarında sağlık içerikleri üretirken üzerinde durulması gereken önemli bir konu da, bireylerin kendi ihtiyaçlarını karşılarken sorunu en iyi çözecek yönetime başvurmalarıdır. Her ne kadar durumlarına ve strese yaşadıklarındaki tepkilerine göre, çözümleri normal olmayan bir şekilde olsa da, bireyler daima kendi ihtiyaçları karşılanırken sorunu en iyi çözecek yönetime başvurmaktadır. Yani neticenin kendilerine zarar verecek, sorun oluşturacak olmasına rağmen birey bildiğini uygulamaktadır. Tamamlayıcı alternatif tıp kavramlarının gelişmesi ve yaygınlaşmasının temel sebeplerinden biri de bireyin bildiğini, tavsiye ile öğrendiğini uygulamaya olan eğilimidir. Muslu ve Öztürk’ün çalışmasında belirttiği gibi tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanmaktadır. Eski çağlarda geleneksel iyileştiriciler ve şamanların görev yaptığı toplumlarda, bitkisel tedavilerin kullanımı tıbbın bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır (Muslu&Öztürk, 2008; 63). Tamamlayıcı ve alternatif tıbbın doğası gereği ağızdan ağıza iletişim yoluyla bireyler arasında yaygınlaşan bazı çözüm önerileri esasında neyin hastalık neyin birey için normal bir yaşam süreci olduğu noktasında karışıklık yaratmaktadır. Örneğin, medyada

özellikle televizyon programlarında sıkça yer alan beslenme konusundaki içeriklere maruz kalan birey kendisinin şişman mı, zayıf mı, obez mi, normal mi olduğu noktasındaki kararı tek başına vermektedir. Bu da kişisel bir karara kişisel bir çözüm arama sürecini başlatmaktadır. Bu durum yani medya ortamında sağlık konusundaki içeriklerin sayısının ve erişiminin fazla olması, sağlık davranışının gündelik bir yaşam pratiği haline gelmesine sebep olmaktadır. Bireylerin hastalık ya da sağlık ile ilgili hassasiyetlerini tespit eden eşik bekçileri, içerik üreticileri, medya temsilcileri gibi gruplar bu alanı büyük bir pazar haline getirmiştir.

4. Metodoloji

Ülkemizde yayınlanan televizyon programlarının hedef kitleler açısından izlenme motivasyonları ve sağlık alanında bilgi paylaşımının önemini ortaya koymak amacıyla tasarlanmış bu çalışmadan üniversite öğrencileri ile anket yapılmıştır. Kesitsel tipte yapılan bu araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İletişim Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem miktarı 320 kişi olarak tespit edilmiş ancak 337 adet kullanılabilir anket formu elde edilerek IBM SPSS Statistic Programı ile veri analizleri yapılmıştır. Araştırma verileri yüz yüze anket tekniği ile elde edilmiştir. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket, 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde demografik bilgilere dair sorular, ikinci bölümde televizyon izleme alışkanlıklarına dair sorular varken, üçüncü bölümde televizyonda yayınlanan sağlık programlarıyla ilgili yargılar ve dördüncü bölümde ise ölçek kullanılmıştır. Kullanılan ölçek 2010 yılında Koçak ve Bulduklu'nun çalışmasında kullanılan sağlık programlarının izlenme motivasyonları başlıklı 26 ifadenin oluşan ölçektir (Koçak&Bulduklu, 2010; 10).

5. Bulgular ve Yorum

Çalışmaya katılan öğrencilerin öğrenim gördükleri bölümlere bakıldığında 208'i (%61,7) Halkla İlişkiler ve Tanıtım, 128'i (%38) Gazetecilik, 1'i (%0,3) İletişim Bilimleri öğrencisidir ve 183'ü (%54,3) kadın, 153'ü (45,4) erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların 91'i (%27) "21" yaşında olduğunu belirtirken 2'si (%0,6) "18", 1'i (%0,3) "40" yaşında olduğunu belirtmiştir. Ortalama yaş 21'dir. Aylık ortalama gelirleri ile ilgili soruya katılımcılardan 119'u (%35,3) 500TL cevabını verirken, 62 (%18,4) katılımcı bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Katılımcıların gelir ortalaması ise 616,47 TL'dir. Katılımcılara çoğunlukla yaşadıkları

yerleşim yeri sorulduğunda 129'u (%38,3) Şehir, 56'sı (%16,6) Köy cevabını vermiştir. Katılımcılara ikamet bilgileri sorulduğunda 163'ü (%48,4) Yurt cevabını verirken, 122'si (%36,2) Ailesiyle yaşadığını, 6'sı (%1,8) Yalnız yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların günlük televizyon izleme süreleri ise ortalama 45,16 dakikadır (Min: 20 dk ve Max: 600 dk).

Tablo 1. Televizyonda yayınlanan sağlık programları ile ilgili genel görüş tablosu

Bence televizyonlardaki sağlık programları/ programlarına	CEVAPSIZ	TAMAMEN KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILYORUM	TAMAMEN KATILYORUM	TOPLAM
Sıkıcı bir üslupla hazırlanıyor.	4 %1,2	35 %10,4	53 %15,7	93 %27,6	89 %26,4	63 %18,7	337 %100
Oldukça değerli bilgilere yer veriliyor.	1 %0,3	35 %10,4	54 %16,0	119 %35,3	113 %33,5	15 %4,5	337 %100
Sağlıklı yaşam açısından yararlılar.	1 %0,3	25 %7,4	56 %16,6	108 %32,0	130 %38,6	17 %5,0	337 %100
Toplum sağlığı için oldukça önemli işlevleri var.	5 %1,5	26 %7,7	58 %17,2	119 %35,3	115 %34,1	53 %15,7	337 %100
Konuk olan hekimlerin muayene veya ameliyat ücretleri fazladır.	5 %1,5	15 %4,5	31 %9,2	163 %48,4	66 %19,6	57 %16,9	337 %100
Konuk olan hekimler sadece reklam yapıyorlar.	3 %0,9	20 %5,9	52 %15,4	126 %37,4	83 %24,6	53 %15,7	337 %100
Konuk olan uzmanların kullandığı dili çok karmaşık/anlaşılmaz buluyorum.	5 %1,5	24 %7,1	99 %29,4	118 %35,0	66 %19,6	25 %7,4	337 %100
Genellikle konusunun en iyisi olan uzmanlar çağırılıyor.	1 %0,3	30 %8,9	43 %12,8	127 %37,7	111 %32,9	25 %7,4	337 %100

Katılımcılar sağlık programlarının sıkıcı bir üslupla hazırlandığını söylese de oldukça değerli bilgilere yer verildiğini sağlıklı yaşam ve toplum sağlığı açısından yararlı olduğunu düşünmektedir.

Tablo 2. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme puanları ile cinsiyet arasındaki ilişki analizi için T test tablosu

Gruplar	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	t Testi		
					t	Sd	p
Kadın	183	71,7158	20,04956	1,48211	1,552	334	,745
Erkek	153	68,3856	19,02945	1,53844			

Tabloda da görüldüğü gibi, örnekleme oluşturan katılımcıların Sağlık programları izleme puanlarının katılımcıların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=,1,552$; $p>.05$). Yani cinsiyetin kadın ya da erkek olması sağlık programlarını izleme motivasyonu açısından anlamlılık göstermemektedir.

Tablo 3. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme puanları ile günlük televizyon izleme süreleri (dakika) arasındaki ilişki analizi için korelasyon tablosu

Değişken	N	R	P
Günlük TV	337	,071	,196
Sağlık programları izleme Ölçeği			

Sağlık programları izleme ölçeğinden alınan puanlarla Günlük televizyon izleme süreleri puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Pearson Korelasyon analizi sonucunda puanlar arasında istatistiksel açıdan $p>.05$ düzeyinde anlamlı

bir ilişki **saptanmamıştır** ($r=,071$; $p>.05$). Yani ankete katılan öğrencilerin televizyon izlemeye ayırdıkları süre ile sağlık programlarını izleme motivasyonları arasında bağlantısal bir ilişki söz konusu değildir.

Tablo 4. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarını izleme puanları ile demografik özellikler arasındaki ilişki analizi için ANOVA tablosu

ANOVA						
Gruplar		Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Çoğunlukla Yaşanılan Yer	Between Groups	74,119	79	,938	,853	,795
	Within Groups	282,533	257	1,099		
	Toplam	356,653	336			
İkamet	Between Groups	169,267	79	2,143	,985	,519
	Within Groups	558,828	257	2,174		
	Toplam	728,095	336			

Sağlık Programları Ölçeği puanlarını aritmetik ortalamalarının Çoğunlukla yaşadığı yere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan (ANOVA) sonucunda fark istatistiksel olarak anlamlı **bulunmamıştır**. ($F = ,861$, $p<,795$). Sağlık Programları Ölçeği puanlarını aritmetik ortalamalarının İkamet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan (ANOVA) sonucunda fark istatistiksel olarak anlamlı **bulunmamıştır**. ($F = ,861$, $p<,795$). Buradan da anlaşıldığı üzere öğrencilerin çoğunlukla yaşadığı yer ve ikamet ettikleri yer değişkenleri sağlık programları izleme motivasyonu üzerinde rol oynayan anlamlı değişkenler değildir. Üniversite öğrencilerinden oluşan genç örneklem grubunun sağlık programları izleme biçim ve motivasyonları birbirine çok benzerdir.

6. Sonuç

Birçok farklı disiplinde olduğu gibi iletişim disiplininde de son zamanlarda sağlık kavramı önemli bir çalışma alanı haline gelmiştir. Hatta dünyada yıllar önce görülen lisansüstü eğitim anlamında "sağlık iletişimi", "sağlık işletmeciliği" gibi kavramlar, ülkemizde bulunan üniversitelerde de akademik bir hüviyet kazanmaya başlamıştır. Doğumla başlayıp, ölümle neticelenen insan hayatının en temel gereksinimlerinden biri olan sağlık genel olarak yaşı orta ve ileri düzeyde olan insanların daha temel ilgi alanlarıdır. Ancak hastalık ve olumsuz süreçler yaşanmadığı sürece gençlerin sağlık algısı ve yaklaşımları yaşlılara göre farklılık göstermektedir. Sağlık iletişimi ve sağlık ile ilgili diğer sosyal çalışmaların tamamı, bireylerin sağlık davranışlarını ölçmek ve anlamlandırmak üzerine kurulu olduğundan başta yaş olmak üzere birçok demografik özellik sağlık algısı ve davranışında önem arz etmektedir. Sağlık iletişimi kavramı sadece bireysel değil aynı zamanda toplum sağlığı ve ülkedeki sağlık ve bakım hizmetlerinin kalitesini de içeren bir kavramdır. Bu sebeple yoğun biçimde kullanılan medya ve diğer kitle iletişim araçları sağlık iletişimin önemli parametreleri arasındadır.

Yalnızca hastalıkların tedavisi değil, sağlıklı ve uzun bir yaşam için hastalıkları önleme, kötü alışkanlıklardan kurtulma/uzak durma, spor yapma gibi birçok alışkanlığı kazandırıcı eylemleri başlatmak amacıyla hem kamu hem de özel hastaneler medyayı yoğun biçimde kullanmaktadır. 2019 senesinde televizyona T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Aile Hekiminizi Erken Tanıyın" başlıklı kamu spotu örneğinde olduğu gibi bireysel ve toplumsal bilinçlenme hedeflenmektedir. Televizyonun hala en kitlesel, internet kullanımının yaygınlaşmasına rağmen ve en kolay ulaşılan iletişim aracı olması, en sık kullanılan medya organı olmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Bu sebeple bu çalışmadan televizyonda yayınlanan sağlık programları içeriklerinin, medya okuryazarlık eğitimi alan üniversiteli gençler açısından izlenme motivasyonu araştırılmıştır. Betimleyici bir alan araştırması olarak kurgulanan bu çalışmada elde edilen sonuçları özetlemekte fayda vardır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin geneli medya okuryazarlık eğitimi alan İletişim Fakültesi öğrencileridir, cinsiyet dağılımları neredeyse eşit ve yaş ortalamaları ise 21'dir. Gençler sağlık programlarının sıkıcı bir üslupla hazırlandığını söylese de oldukça değerli bilgilere yer verildiğini sağlıklı yaşam ve toplum sağlığı açısından yararlı olduğunu düşünmektedir. Ayrıca demografik özellikler sağlık programla-

rını izleme motivasyonu açısından çok önemli farklılıklar göstermemektedir. Buradan da gençlerin sağlık anlayışının hastalık olmadığı sürece değişmediğini söylemek mümkündür.

Yaşlılarda daha çok bilinç geliştirici, tedaviye yönlendirici amaçla kullanılan medya içerikleri, gençlerde bilgilendirici düzeyde kullanılmaktadır. Özetle gençlerde sağlık içerikleri bir doyuma ulaşmaktan çok bilgi sahibi olma amaçlı kullanılmaktadır. Sağlık programlarının bu hali ile genç hedef kitlelere ulaşması için daha farklı içeriklerde kurgulanmasında yarar vardır. Kötü alışkanlıklardan uzaklaştırma, sağlığı koruma ve bilinç geliştirme noktasında yönlendirme amaçlı hazırlanan içeriklerin, gençlere yönelik bir dille hazırlanması programların katkısını artıracaktır.

Kaynakça

- Araz, A., Harlak, H., & Meşe, G. (2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 112-122.
- Bernhardt, J. M. (2004). Communication At The Core Of Effective Public Health, *American Journal of Public Health*, Accepted: August 19, 2004, Published Online: October 10, 2011.
- Bulduk, S., Seher, Yurt, Dinçer, Y., & Ardiç, E. (2015). Sağlık davranışı modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 28-34.
- Grimley DM, Prochaska GE, Prochaska JO (1997). *Condom use adoption and continuation: A transtheoretical approach. Health Education Research: Theory & Practice*, 12(1):61-75.
- Hayran, O. (1997), Hastane Yöneticiliği, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Illich, I., (1995), *Sağlığın Gaspı*, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, Aktaran; Karabulut, K. (1998), "Türkiye'de Sağlık Sektörü" (Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora tezi.
- Koçak, A., & Bulduklu, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları, *Selçuk İletişim Dergisi*, Vol:6(3),Konya.
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annu. Rev. Public Health*, 25, 439-455.
- Muslu, G. K., & Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51(1), 62-7.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
- Resmigazete, (1961), 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, R.G Sayısı: 10705, R.G. Tarihi: 12.01.1961
- Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American journal of health promotion*, 10(4), 282-298.

Somuncuoğlu, S. vd., (2012), Sağlık Kurumları Yönetimi-I, Editör: Mehtap TATAR, Anadolu Üniversitesi, TC Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599.

Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Danışma Kurulu/Advisory Board*, 125, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Doktora, Kayseri.



7. BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

Ümit NALDÖKEN*

1. Giriş

Sağlık hizmetleri; başta sağlık çalışanları tarafından yürütülmesi sağlanan ve bireylerin sağlığına zararlı unsurların etkisinden korunması, hastaların bakımı, fiziksel ve zihinsel özelliklerini kaybetmiş olanların işe ve sosyal hayata adapte edilmesi amacıyla oluşturulan tıbbî uygulamalardır. Sağlık hizmetlerinin amacı, bireylerin yaşama haklarını garanti altına alarak sürekliliğini sağlamaktır. Ancak iyi bir şekilde organize edilmiş bir sağlık sistemi, sağlıklı ve gelişmiş bir toplum hedefine ulaştırabilir.

Bir devlette sağlık sisteminin makine dişlisi gibi çalışması, o ülkenin sağlık alanında oldukça geliştiğini göstermektedir (Sözen ve Özdevecioğlu, 2002: 2). Sağlık yöneticilerinin, sağlık tanımına çok farklı yaklaşımlarını ve ülkelerin sağlık seviyesini yükseltmek için, sağlık alanı dışında kalan etmenlere de önem vermeleri gerekmektedir. Bu ihtiyaçlar ışığında, sektörlerce beraber hareket edilmesi, kitlelerin ve kişilerin sağlıklarının muhafaza edilmesi ve ilerlemesinde, sağlık kuruluşları dışında öteki kuruluşların beraber hareket etmesi gerekmektedir. 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesinde de, ülkelerin sağlık alanında gelişmesi için sağlık ve diğer sektörlerin birlikte hareket etmesinin faydalı olacağına değinilmiştir. Bildirgede yer alan tanıma göre; "temel sağlık hizmeti, bilimsel ve uygulama olarak sağlam temelli, toplumsal olarak kabul edilebilir yöntem ve teknolojilere sahip, toplumdaki birey ve ailelerin katılımıyla evrensel olarak ulaşılabilir herkese gerekli olan hizmetlerdir; bir ülkenin sağlık sisteminin olduğu kadar sosyal ve ekonomik gelişmesinin de entegre bir parçasıdır" (Akdağ, 2008: 31).

* Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.

2. Sağlık Politikası Kavramı

Sağlık politikaları, sağlık sisteminde bulunan kuruluşların finansmanlarını ve hizmetlerini düzenleyen uygulamalardır. Sağlık sistemi hizmetlerinin sunumu için kamu, özel ve sivil toplum kurumlarının çalışmaları sağlık politikaları içerisinde değerlendirilir. Sağlık kavramı geniş bir şekilde ele alındığında sağlık hizmetinde etkin olan faktörler belirlenerek politikaların meydana getirilmesi gerekir. Ulusal sağlık politikaları oluşturulurken ülkenin sosyal ve ekonomik yapısı, finansmanı, devamlılığı, beşerî yapısı, çevre politikaları, çevrenin canlıların yaşamına uygun olup olmaması, kişilerin eğitim seviyesi, yapıların fiziksel durumu, teknolojik alt-yapılar, kişilerin ihtiyaçlarının da düşünülmesi gerekmektedir. Sağlık politikaları oluşturulurken, sağlık hizmetlerini kimin üreteceği, ne şekilde aktarılacağı, ne şekilde finanse edileceği, hizmeti kullanan bireylere nasıl aktarılacağına bilinmesi önemlidir. Bu bağlamda alınan kararlar yasal dayanaklara göre belirlenmelidir. Düzenlenecek politikaların temelleri evrensel antlaşmalara, anayasaya aykırı, insan hakları, onurunu zedeleyici şekilde oluşturulmaması gerekir (Ateş, 2011: 116-117).

Sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin sağlanmasını ve bu hizmetlere erişimin sağlanmasını ifade eden teşvikleri tanımlayan mevzuat ya da başka kural koyma biçimleriyle yürürlüğe konur. Uygulanan pek çok politikadaki gibi sağlık politikaları da, ülkenin genel seçimleri, politik gerçekler, kısıtlı kaynakların mevcudiyeti ile birleşmiş bulunan kanıta dayanan toplum sağlığına yönelik sistematik destek alma olgusundan ortaya çıkar (Sağlık Bakanlığı, 1998: 10). Ülkeye daha iyi bir hizmet verebilmek için sağlık politikaları düzenlenirken toplumun gereksinimleri, beklentileri ve kolay bir şekilde ulaşılabilmesi göz önünde bulundurulmalıdır. Bütün kişilerin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabilmesi için sağlık sigortası kavramının toplumun bütün kısımlarına dağılması, sağlık hizmetlerinin aktarılmasında ihtiyaç duyulan iyileştirme ve düzenlemelerin yapılması oldukça önemlidir.

Dünya'nın her yerinde sağlık politikaları oluşturulurken belirli bir plan ve amaçlar doğrultusunda hareket edilmektedir. Bu politikalar oluşturulurken sağlık hizmetlerinin en etkin ve hakkaniyetli bir şekilde sunulabilmesi ve herkesin ihtiyaç anında bu hizmetten kolayca yararlanarak bireyin sağlığını korumak ve iyileştirmek hedeflenmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 55).

Sağlık alanında, bir toplumu ayakta tutabilecek en önemli yapı taşlarından birisi olan sağlık politikalarının doğru ve iyi analiz edilip planlanması gerekmektedir.

Politik kararların uzun vadeli ve başarılı olmasının yolu; insan ihtiyaçlarının tam anlamıyla karşılanmasına bağlıdır. Bu nedenle politikalar yapılırken; bu ülkede yaşayan bireylerin, her şeyin en iyisine layık olduğunu düşünerek, en etkili hizmet, en verimli personel ve en başarılı plan yapılarak ona göre bir çerçeve çizilmelidir (Hamzaoglu, 2011: 28). Sağlık hizmetinin kim tarafından aktarılacağı, finansman kaynakları, hizmeti sunanlara ücretlerinin ödenme metotları ve hizmetin ne şekilde alınacağı sağlık politikaları ile belirlenir. Siyasî partilerin yönetimde söz sahibi olduğu dönemlerde ülkenin sağlık sektörü dâhil her bir alanına ilişkin değerlendirmeler ve analizler yapılarak ülke çıkarlarını korumak ve verimliliği sağlamak için planlar ve politikalar hazırlanmaktadır. Sağlık politikalarını oluşturmak için öncelikle ülkenin temel verileri değerlendirilip, *“Dünya’da sağlık alanında neredeyiz?”* karşılaştırmasının yapılmasının gerekliliği açıktır. Sağlık politikalarını belirlemekle görevli kurullar tarafından oluşturulan bir ekip tarafından mevcut politikaların eksik yönleri ve sapmaları belirlenerek bu politikaların uygulanabilirliği kontrol edilmelidir (Akar ve Özalp, 2009: 41).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin 25. maddesine göre; “Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbî bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkına sahiptir.” Sağlık politikalarının temel hedefi; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ne ve tıp etiğine dayanan, kişilerden meydana gelen sağlıklı topluma ulaşabilmek için üretilecek politikalar olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün hedeflediği, ülkenin sağlık sistemi, herkes için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde verilmesinin sağlanmasıdır. Bu hedefleri şu şekilde özetlemek mümkündür:

- Sağlığın ilerlemesinin sağlanması için kurumlar arası beraberliğin güçlendirilmesi,
- Çevre sağlığı konusunda gerekli önlemler alınması ve bu konuda iyileştirme sağlanması,
- Halkın yaşam standardını yükseltmek için çalışmalarda bulunma,
- Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili plan ve program yapılması.

Sağlık Bakanlığının ana hedefi ise; “herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, bireylerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren unsurlarla mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini

ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmektir" (TCSB, Stratejik Plan 2010-2014). Sağlığı toplumsal bir olay olarak ifade eden politika; sağlık hizmetlerini sosyal bir vazife ve mesuliyeti anlayışı ile sağlıklı hayat ve tıbbî bakımı ise doğuştan kazanılan temel insan haklarından sayan politika düşüncesi anlamlandırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin uygulanmasında, Ülkede ırk, cins, din ayrımı gözetmeksizin sosyal dayanışmanın destekleyicisi olarak her bireyin sağlık hizmetlerine ulaşması ve faydalanması eşitlik ilkesinin gerekliliklerindendir.

Akdur'a göre (1999: 7), sağlık haklarının gerekliklerini sosyal bir görev olarak düşünmeyen, sağlık haklarının ikame edilmesini tamamıyla pazarın arz ve talep normlarına teslim ederek, bireylerin bu haklardan olanakları doğrultusunda faydalanmasını öngören, sağlık hizmetlerine kar elde etme aracı şeklinde düşünen politikadır. Sağlık politikalarının temelini meydana getiren faktörler; sağlık sektörünün finanse edilmesini, örgütlenmesini ve insan gücünü, politika ve uygulamaların yapılanmasının oluşturulmasına yardımcı olur.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında uygulanan farklı sistemlerin, hizmetlerin kalitesinde belirleyici bir rolü bulunmaktadır. Vergilerin kaynak olduğu bir sistem, herkesi içine alan ulusal sağlık sistemleri, kısmi devlet desteğindeki sosyal sigortalar veya tamamen özel sigortalar sistemi gibi farklı sistemler olmakla birlikte, her sistemin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Sağlık sistemlerinde ekonominin genel kuralları ile birlikte, adalet, kapsam, maliyetler, kalite ve kaliteli hizmetin yaygınlığı, etkinlik gibi birbirleri ile çelişen farklı unsurların tamamı göz önüne alınmak zorunda olduğundan, bir ülkede hangi sağlık sisteminin uygulanacağı sadece ekonomik değil, siyasî ve sosyal boyutu da olan bir konudur. Ekili sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması için bazı ön şartların gerektiği ifade edilmektedir. Bu ön şartlar Tablo 1'de özetlenmektedir.

Tablo 1. Etkili ve Uygulanabilir Sağlık Politikası İçin Ön Şartlar

ÖN ŞART	GEREKÇE
Görünürlük	Bir sağlık probleminin ele alınabilmesi için problemin doğası ve büyüklüğü görünür olmalıdır. Bu, hem verilerin etkili analizi hem de politika belirleyicilerinin problemi etkili sunumunu gerektirir.
Kapasite	Sağlık alanında çalışanların sağlık problemlerinin görünür olmasında anahtar rolü oynaması söz konusudur. Bu alanda çalışanların hem analiz hem de uygulamada uygun becerilere sahip olması gereklidir.
Sahiplik	Sağlık problemlerini bir ya da daha çok grubun sahiplenmesi durumunda ele alınma olasılığı daha yüksektir. Bu konuda karışıklık olması, problemlerin göz ardı edilmesine neden olabilir.
Sektörler Arası İş Birliği	Birçok sağlık problemi, sektörler arası iş birliğini gerektirir. Bu iş birliğinin geleneksel olarak gelişmediği durumlarda etkili sağlık politikalarını geliştirmek mümkün değildir.
Etkili Devlet	Devletin sağlık politikalarında çok önemli rolü söz konusudur. Bu hem kanunların yapılması hem de uygulanması ile ilgilidir. Bu sürecin zayıf olması politikanın başarılı olmasını engelleyebilir.

Kaynak: (Çelik, 2011: 79).

3. Türkiye’de Sağlık Politikaları

Bu bölümde günümüzde uygulanmakta olan sağlık politikalarından önce Cumhuriyet öncesi dönemden başlanarak Türk sağlık politikalarındaki değişimler anlatılacaktır.

3.1. Cumhuriyet Öncesi Dönem Sağlık Politikaları

Osmanlı Devleti tarihin hemen hemen her döneminde sağlık ve sağlık kuruluşlarına olduğundan fazla önem vermiştir. Bu yüzden II. Murat zamanında, 1404-

1451 yıllarında, bugünkü Sağlık Bakanlığına tekabül eden Hekimbaşılik Müessesesi kurulmuş ve bu müessese imparatorluğun son zamanlarına kadar devam etmiştir.

Osmanlı İmparatorluğu'nda sağlık hizmetlerinin yönetimi on dokuzuncu yüzyıla kadar Hekimbaşı tarafından gerçekleştirilmekteydi. Tedavi edici sağlık hizmetleri ağırlıktaydı ve vakıf olarak görülmemiş hastanelerde yürütülmekteydi. Hastanelerde yoksullara ücretsiz bakılırken, temelde sağlık hizmeti ücretli yürütülmekteydi. Halka ücretsiz sağlık hizmeti sunulması Memleket Tabipliği'nin başlama-sına kadar devletin görevleri arasında sayılmaktaydı. Ancak, on dokuzuncu yüzyılda dünya çapında salgınlara neden olan bulaşıcı hastalıklar, binlerce insanın ölmesine neden olunca hükümetlerin sağlık sorunlarına ilgisi artmıştır. Artan bu ilgi nedeniyle, Osmanlı İmparatorluğu'nun son döneminde Batı bakteriyoloji alanındaki gelişmeler kısa sürede ülkeye aktarılmıştır.

Bu dönemin en önemli sağlık sorunu, çok yoğun ölümlere neden olan veba, kolera, tifo, tifüs gibi salgın hastalıklardır. Bu hastalıkların özellikle deniz yolculuklarıyla ülkeden ülkeye sıçraması bütün ülkeleri tehdit altında bırakmıştır.

Bu nedenle, sağlık alanındaki ilk uluslararası iş birliği de bu dönemde salgınların önlenmesi amacıyla başlatılmıştır. Avrupa'da salgın hastalıklara karşı ortak ve tek tip önlemler uygulamak için toplanan Uluslararası Sağlık Konferanslarının ilki, 1851'de Paris'te yapılmıştır. Buna karşılık, Osmanlı İmparatorluğu'nda Meclis-i Tahaffuz-ı Ula'nın, 1840 yılında 13 yabancı delege ile toplanarak uluslararası bir nitelik kazanmış olması, Osmanlı İmparatorluğu'nda on dokuzuncu yüzyılda koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığına verilen önemin göstergesidir (Yıldırım, 1985: 1337).

Tanzimat ile Cumhuriyet arasındaki dönemde, koruyucu sağlık uygulamalarının başında karantina gelmektedir. Hicaz dolayısıyla sıklıkla bulaşıcı ve salgın hastalıklara hedef olan imparatorluk, önce karantina uygulaması başlatarak ülkeyi dışarıdan gelebilecek bulaşıcı ve salgın hastalıklara karşı korumuş ve bunların Osmanlı İmparatorluğu vasıtasıyla Avrupa'ya yayılmasını da önlemiştir.

Osmanlı İmparatorluğu'nda karantina uygulaması ilk kez, 1831 yılında İstanbul'da baş gösteren kolera salgını sonucunda gerçekleşmiştir. Hekimbaşı olarak görev yapan Mustafa Behçet, aynı yıl bir karantina dairesi kurulmasını sağlamıştır. İlk daimi karantina ise 1839 yılında Kuleli Askeri Kışlasında kurulmuştur.

Bu yıldan sonra gerekli oldukça ülkenin birçok yerinde geçici karantinalar kurulmuş ve ülke salgın hastalıklardan kurtarılmaya çalışılmıştır. Karantina salgın hastalıkların yayılmasını bir ölçüde yavaşlattıysa da, daha yeterli mücadele dünyada bakteriyoloji alanındaki gelişmelerin oldukça kısa sürede Osmanlı İmparatorluğu’nda girmesiyle olmuştur. Nitekim on dokuzuncu yüzyılda halk sağlığı ve bakteriyoloji konusundaki gelişmelerin, Osmanlı hekimleri tarafından oldukça yakından izlendiği anlaşılmaktadır. Örneğin Pasteur’ün 1880’den sonra yaptığı araştırmalarda bulduğu kuduz aşısı, ilk kez 1885 yılında insana uygulanmış, bu konuda Pasteur’ün Paris Tıp Akademisi’nde verdiği tebliğ ise aynı yıl İstanbul’da yayınlanmıştır (Kurtulan, 1984: 57).

1886’da bu aşının Türkiye’de uygulanabilmesi için Paris’e bir heyet gönderilmiş ve 1887 yılının başında, Dersaadet Darülkelp Ameliyathanesi kurularak, kuduz aşısı üretimine başlanmıştır. Bu doğudaki ilk Kuduz Enstitüsüdür. Kuduz dışında çiçek, kolera, verem, sığır vebası, tifo, tifüs gibi bulaşıcı hastalıkların etkenleri, aşılama başta olmak üzere korunma yöntemleri üzerine çeşitli yayınlar yapılmış ve aşı geliştirmek amacıyla kurumlar oluşturulmuştur.

Toplum sağlığıyla ilgili ilk kurum, Eylül 1837’de karantina işlerini yürütmek üzere kurulan “Meclis-i Tahaffuz” dur. 1840’dan sonra uluslararası nitelik kazanan bu kuruluş çeşitli aşamalardan geçerek bugünkü merkezi sağlık teşkilatının çekirdeğini oluşturmuştur (Yıldırım, 1985: 1323).

1849 yılında Hekimbaşılığının kaldırılmasından sonra Hekimbaşının yetkileri 1850 yılında kurulan “Mektebi-i Tıbbîye Nezaretî’ne (Tıp Okulu Bakanlığı)” verilmiştir.

1862 yılında, tıp meslekleri uygulaması için bir tüzük çıkarılarak hekimlik yapabilmek, İstanbul veya yabancı ülkelerdeki bir tıp okulundan diploma almış olma ve diplomaların tescilli koşuluna bağlanmıştır (Fişek, 1985: 157). Bu tüzüğün yürürlüğe girmesine kadar Anadolu’da tıp eğitimi almamış birçok kimsenin hekimlik yapıyor olması, hekimlik mesleğinin bir standart da kişilerinin eğitim durumlarının tespit edilemiyor olması, hekimlik mesleğinin bir standarda kavuşturulması bakımından söz konusu tüzüğün önemini göstermektedir.

1871’de “Sivil Tıp Hizmetleri Genel Yönetim Nizamnamesi” ile “Sıhhiye Müfettişlikleri” ve “Memleket Tabiplikleri” kurulmuşlardır. Bu kuruluşlar, sağlık hizmetlerini Anadolu’ya ilçelere kadar ulaştırabilecek bir sistemi getirmesi bakımından tarihsel bir değer taşımaktadır (Tümerdem, 1980: 358). Memleket hekimleri ilçelerde görev yaparlardı aşı ve hasta tedavi hizmetlerinden dolayı ücret alamazlardı.

Sıhhiye Müfettişleri ise, illerde ve askeri birliklerde görev yapıyorlardı. Sağlık hizmetlerindeki bu örgütlenme, Cumhuriyet döneminde de illerde “İl Sağlık Müdürlükleri”, ilçelerde “Hükümet Tabiplikleri” olarak sürdürülmüştür.

1871 düzenlemesi halka ücretsiz sağlık hizmeti götürülmesini devlet görevleri arasında sayması ve hekimlerle hastalar arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırması nedeniyle ayrıca önem taşımaktadır. Nitekim hastadan para aldığı saptanan memleket tabiplerinin görevine son verilmesi hükümetin bu konuya gösterdiği duyarlılığı açıkça ifade etmektedir (Fişek, 1985: 158).

Aynı düzenlemeyle İstanbul’da ve diğer illerde Belediye Eczanesi adıyla birer eczane açılmasına karar verilerek, Osmanlı İmparatorluğu’ndaki ilk belediye sağlık teşkilatının kurulmasını sağlamıştır. Bu belediye eczaneleri, memleket tabiplerinin denetimindeydi ve hekim tarafından onaylanan yoksul hastaların ilaçları ücretsiz olarak veriliyordu.

Görevi çeşitli sağlık personelinin belediyelere tayinini yapmak ve yabancı ülkelerde Sağlık Eğitimi görerek ülkede çalışmak isteyenlere çalışma izni vermek olan “Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye”, 1869 (bazı kaynaklara göre 1878) yılında kurulmuş ve isim değişiklikleriyle, 1913 yılına kadar faaliyet göstermiştir. Bu meclis 1913 yılında lağvedilerek yerine “Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi” kurulmuştur. Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi, 1914 yılında Karantina ve Hicaz Sıhhiye Daireleri ile birlikte, Dâhiliye Nezaretine bağlanmış ve Bakanlığın adı, “Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti” olarak değiştirilmiştir. Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi “İl Sağlık Müdürlükleri” ve “İlçe Hükümet Tabiplikleri” kurarak bir anlamda Cumhuriyet dönemi sağlık örgütünün temelini atmıştır (Yıldırım, 1985: 1321-1322).

İtalya’daki sağlık örgütü örnek alınarak oluşturulan, Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi, ülkedeki bütün sağlık hizmetlerinden sorumlu olmasına karşılık, Dâhiliye Nezaretine bağlı bir genel müdürlük şeklinde teşkilatlandırılmıştır. Bir başka ifadeyle, Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri ikinci derecede bir devlet örgütü ile idare edilmekteydi (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973: 23).

Yukarıdaki açıklamalarda göstermektedir ki; Osmanlı İmparatorluğu’nun son yüzyılında sağlık hizmetleri bulaşıcı hastalıklarla mücadele niteliğinde yürütülmüştür. Kolera, veba, tifo gibi salgın hastalıklar kitlesel ölümlere neden olmuş; bu nedenle de karantina hizmetlerine büyük önem verilmiş ve özellikle bakteri-yoloji alanında dünyada ortaya çıkan yenilikler çok kısa sürede ülkeye aktarılmıştır. Sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında ise çok geç kalınmış ve İstanbul dışına

yönelik ilk sağlık örgütü, ancak on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında kurulabilmiştir. Buna karşılık, 1871 yılında kurulan Sıhhiye Müfettişlikleri ve Memleket Tabiplikleri, 1914 yılındaki idarî düzenlemede korunması daha önce belirtildiği gibi, Cumhuriyet sonrasına ilişkin taşrada sağlık teşkilatının temelini atılması açısından yerinde bir karar olmuştur (Fişek, 1985: 159).

Milli Mücadele yıllarında kurulan ilk Türkiye Büyük Millet Meclisi hükümetinde sağlık hizmetleri bir devlet görevi olarak ele alınmış, 2 Mayıs 1920’de Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, 3 Mayıs 1920’de sağlık hizmetlerini yürütme görevi bu bakanlığa verilmiştir (Fişek, 1985: 9).

3.2. 1923-1937 Dönemi

Savaş koşullarının etkisinin hala sürdüğü Cumhuriyet’in kuruluş döneminde, sağlık hizmetleri alanındaki en önemli sorun yetişmiş insan gücü eksikliği olmuştur. Savaş koşullarının hala etkisinin sürdüğü, ekonomik yetersizliğin hat safhada olduğu bu dönemde, artan bulaşıcı hastalıklarla savaş Bakanlığın öncelikli konusu olmuş, bir taraftan da personel istihdam sorununu çözmek üzere politikalar geliştirilmiştir (Öztürk, 1999: 38).

Personel sorunun çözümüne yönelik olarak, ebe, hemşire ve sağlık memuru yetiştiren okullar açılmış, tıp öğrencileri için giderleri devletçe karşılanan yatılı yurt yapılmıştır. Böylece 1923 yılında, 554 olan hekim sayısı 1940 yılında 1500’e, ebe sayısı 136’dan 600’e çıkmış, 1923’te hiç hemşire yokken 1940 yılına kadar 400 hemşire yetiştirilmiştir (Öztürk, 1999: 38).

Bu dönemde, personel politikalarıyla ilgili yapılan bir diğer düzenleme, koruyucu hizmetlerde çalışanlara daha yüksek ücret verilmesi ve bu hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmış olmasıdır. Ücret politikasının yanında belediye ve özel idarelerde çalışanlar dâhil tüm personelin atama ve yükselmelerinin bakanlıkça yapılması ve bütçelerinin bakanlıkça çıkartılan yönetmeliğe göre düzenlenmesi için yasal düzenleme yapılmıştır. Böylece kamu sektöründe çalışan tüm sağlık personelinin yönetiminin tek elde toplanması sağlanmıştır (Öztürk, 1999: 38).

Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanı Dr. Refik Saydamdır. Bu dönem de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem verilerek koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuştur ve gelişmesinde büyük katkıda bulunulmuştur. Tedavi hizmetleri hiçbir zaman hükümetin görevi

olarak ele alınmamış ve bu konuda daha ziyade mahalli idarelere yol gösterici olunmuştur. Bu maksatla Ankara, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da numune hastaneleri kurulmakla yetinilmiş, belediye ve özel idareler hastane açmaya teşvik edilmiştir. Koruyucu hekimliği özendirmek için, birinci basamakta çalışan hekimlere yüksek maaş verilmiştir (Fişek, 1985: 159).

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır. 1930 yılında, sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan 1593 Sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" çıkarılmış ve böylece, sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. 1936 yılında ise, 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu" çıkarılmış ve böylece Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanarak, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir. Başta bu üç kanun olmak üzere, çıkarılan benzeri kanunlar ile sağlık yönetimi ve uygulamalarının temelleri oluşturulmuştur. Günümüzdeki sağlık hizmetlerinin hala o zaman hazırlanmış olan yasalar ile yürütülmesi ve bu yasaların, bazı eksiklikler dışında, günümüz gereksinimlerine yanıt vermeye devam etmesi, bu yasaları hazırlayanların ileri görüşlülüğünü göstermektedir (Akdur, 1999:12).

Bu dönem de (Dr. Refik Saydam dönemi) yapılan çalışmalar (SSYB, 1973: 38);

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Sağlık insan gücü yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlıkla ilgili kanunları yapmak,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulunu kurmak şeklinde özetlenebilir.

Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, bu dönemde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır. Görevler devletin çeşitli organları arasında paylaştırılmış ise de, bunların ürettiği hizmetlerin denetimi ve sağlık personeli atama yetkisi Sağlık Bakanlığında toplanarak hizmetler merkezileştirilmiştir (Akdur, 1999: 13).

Bu dönem de uygulanan politikalar ile bugün ülkemizin uygulamaya çalıştığı reformların örtüştüğü noktalar bulunmaktadır. Bu noktaların en önemlileri sağlık

insan gücü yetiştirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerine büyük önem vermek, sağlık eğitimleri ve desantralizasyondur.

3.3. 1938-1960 Dönemi

Bu dönemde, Dr. Behçet Uz tarafından, “Birinci On Yıllık Sağlık Planı” hazırlanarak 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi’ne sunulmuş ve sağlık hizmetlerinde entegrasyon benimsenmiştir. Bu plana göre, geçmişte sadece büyük kentlerin yararlandığı yataklı tedavi hizmetleri kırsal bölgelerde yaşayan vatandaşlara da sunulmuş, sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmiş, daha önce ayrı ayrı ele alınan koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri bir bütün olarak ele alınmıştır (Akdur, 1999: 14).

Ayrıca bu dönemde, Verem Savaş Dernekleri ve “Ana ve Çocuk Sağlığı Örgütü” kurulmuş olup Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri ve şubeleri açılmıştır. Refik Saydam döneminde yerel yönetimlerce yürütülen tedavi hizmetleri, Sağlık Bakanlığınca üstlenilmiş, belediye hastaneleri devletleştirilmiştir. Koruyucu sağlık hizmeti sunan personelin hastanelere yönelmeleri hizmet açığının doğmasına sebep olmuştur. Hastanecilik hizmetleri alanında büyük gelişmelerin yaşanması koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilemesine yol açmış olup hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine gereken önem verilememiştir (Sur, 2009: 2). Bu dönemde tedavi hizmetlerinin ve hastanelerin öneminin artması birinci basamak hizmet sunan personelin hastaneye yönelmesi, esas hizmet olan koruyucu sağlık hizmetlerinin gerilemesine neden olmuştur. Ayrıca bu dönemde belediye hastanelerinin kamulaştırılması ve çok önemli bir gelişme olan Ana Çocuk Sağlığı Merkezlerinin açılmış olması birinci basamak sağlık hizmetleri için dönemin önemli adımlarındandır.

Bu dönemde “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılarak sıtma, frengi, cüzzam, çiçek gibi hastalıkların salgınları ile mücadele temel alınmış, Sosyal Sigortalar Kurumu’nun ve Emekli Sandığı’nın temelleri atılarak sosyal güvenliğin kapsamı genişletilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003a).

1950’lerde tedavi edici hizmetlere ve hastaneciliğin gelişimine önem verilerek birinci basamak sağlık hizmetleri ikinci plana itilmiştir (Fişek, 1985: 160).

3.4. 1961-1980 Dönemi

Türkiye’de 1960 ihtilali ile birlikte, dünyada hâkim olan refah devleti uygulamalarına paralel olarak hükümeti sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verme gereği duymuş ve bu doğrultuda hazırlanan 1961 Anayasası’nın 48. ve 49. maddelerinde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri anayasal bir devlet görevi haline getirilmiştir. Anayasa’nın 48. maddesine göre; “Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir.” 49. maddede ise “Devlet’in herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yasayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevli olduğu ve yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alacağı” belirtilmiştir.

1961 Anayasa’sının 48. ve 49. maddeleri doğrultusunda hazırlanan. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, “sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği” belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin bu anlayışla, yeniden düzenlenmesi ve örgütlenmesi amacıyla, zamanın Sağlık Bakanlığı müsteşarı Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde hazırlanan, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (224 Sayılı Kanun) 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir (Resmî Gazete, 1961).

Kanunun 1. maddesinde: “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir.” denilerek gayesi açıklanmıştır.

Sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış ve yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışı ile sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Program bundan önceki hizmetin geliştirilme, iyileştirme ve yaygınlaştırma gayretlerinden farklı olarak ilk kez kaliteli hizmet sunumunu hedeflemiş ve dolayısıyla kaliteli hizmet sunumu ve kaliteli hizmet sunumu ile sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi kavram ve düşüncesini benimsemiştir (Güzel, 1995: 59).

Özellikle bu dönemde yayımlanan 154 sayılı yönerge ile her basamak sağlık hizmeti düzeyinde bilgi-veri yönetimi yaklaşımı benimsenmiş ve bu doğrultuda istatistikî çalışmalara ağırlık verilerek daha bilimsel hale getirilmeye çalışılmıştır. Söz konusu yönergede hizmet bütünlüğü, mali kaynakların verimli şekilde kullanılarak hizmet kalitesinin artırılması için il düzeyinde sağlık organizasyonlarının

entegre edilmesi, ekip çalışması, hizmet içi eğitim, düzenli kayıt sistemi gibi günümüz kalite anlayışına benzer düzenlemeler yapılmıştır.

1961 anayasası ile iktisadi, sosyal ve kültürel kalkınma plana bağlanarak 5 yıllık kalkınma planları yapılmaya başlanmış ve bu kalkınma planları sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli rol üstlenmiştir.

Genel Sağlık Sigortası kavramı bu yıllarda ortaya atılmıştır. Genel Sağlık Sigortası yasa taslağı 1967 yılında hazırlanmış, ancak bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planında Genel Sağlık Sigortası kurulması öngörülmüş, 1971 yılında Genel Sağlık Sigortası tasarısı TBMM’ye sunulmuş, ancak kabul edilmemiştir. Tasarı 1974 yılında TBMM’ye yeniden sunulmuş, ancak görüşülememiştir (TCSB, 2003).

1970’lerde sosyal devlet anlayışından uzaklaşarak sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri, piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak ele alınmış, böylece, sağlık hizmetlerinde “Aktif Özelleştirme Dönemi” denebilecek döneme geçilmiş ve anayasa bu yönde yeniden düzenlenmiştir (Akdur, 1999: 14).

3.5. 1981–2000 Dönemi

Yeni liberal yaklaşımın etkilerini artırarak refah devletinin yerini almaya başladığı, 1980’li yıllarla birlikte, kamu yönetimi paradigmasında önemli değişimler yaşanmaya başlamıştır. Bu dönemde küreselleşme süreci hız kazanmış ve yeni liberalizmin minimum devlet anlayışının da etkisiyle birlikte, ulus devletin görev ve yetkilerinde önemli değişiklikler gündeme gelmiştir (Aktel, 2003: 64). Kamu yönetiminde gerçekleşen bu değişimin, geleneksel kamu yönetiminden yeni kamu yönetimi paradigmasına dönüşümü ifade ettiği ileri sürülmektedir (Sözen, 2005: 37).

Seksenli yıllarda 1961’de başlayan sosyalleştirme politikalarının genişletilmesi için çalışmalar yapılmıştır. 1982 anayasası, sağlık hizmet ve yönetiminde 1961 anayasasına paralel olarak düzenlenmiştir. Genel Sağlık Sigortası 1982 Anayasasının 58. Maddesinde “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” ifadesiyle yer almıştır.

Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla genel sağlık sigortası 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu husustaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilememiştir. Aynı yıl Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır (Kara-
dağ, 2007: 9).

1990'lı yıllar, 1980 yılından sonra, Türk sağlık sistemine ilişkin izlenen sağlık politikalarında önemli bir dönüm noktasıdır. Gerek Türk sağlık sisteminin içerisinde bulunduğu sıkıntılar, gerekse değişen ve gittikçe dinamikleşen uluslararası tartışma ve gelişmeler, Türk sağlık sisteminde önemli etkiler yaratmıştır. Bu dönemde yapılmaya çalışılan çalışmalarının başlangıcı DPT'nin sağlık alanındaki raporu ile başlamaktadır (Şahin ve Top, 2004: 99-100).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Müsteşarlığı 1988 yılında sağlık sektöründeki sorunları ve alternatif çözümleri belirlemek amacıyla bir Master Plan etüdü yapmaya karar vermiştir. Çalışma, Türk ve yabancı şirketlerden oluşan bir konsorsiyum tarafından yürütülmüş ve 1990 yılında tamamlanmıştır. Hazırlanan rapor, sektörün var olan durumunu kapsamlı olarak açıklamış ve sağlık hizmetlerinin acil gereksinimlerini ortaya koymuştur. Bunlar; mevcut uygulamayı iyileştirmek, serbest pazar stratejisi ve ulusal sağlık hizmeti ve bir ara stratejidir. DPT Müsteşarlığı'nın başlattığı çalışmanın temelinde Sağlık Bakanlığının 1985'lerde Dünya Bankası ile başlatılan ve 1987 yılında Dünya Bankası'nın Türkiye'deki sağlık durumunu değerlendiren bir anlaşmanın yapılmış olması yatmaktadır. Bu anlaşma ile Türkiye Dünya Sağlık Örgütü'nün 1984 yılında başlattığı "21. Yüzyılda Herkese Sağlık Politikası ve Stratejisi" çalışmalarına aktif bir şekilde katılmış ve Dünya Sağlık Örgütü uzmanlarının desteğiyle 1990 yılında herkese sağlık hedeflerini belirleyen, Türkiye'de Ulusal Sağlık Politikası" isimli bir taslak belgeyi sunmuştur. Bu çalışmaların devamında Sağlık Bakanlığı ve Dünya Bankası arasında sırasıyla Birinci Sağlık Projesi, İkinci Sağlık Projesi ve Temel Sağlık Hizmetleri Projesi ikraz anlaşmaları imzalanmıştır. Projeleri yürütmek amacıyla 1990 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmuştur (Güler, 1996: 48).

Güler'e göre 1990 yılında, Dünya Bankası projelerini yürütmek amacıyla Sağlık Bakanlığına bağlı, ancak bakanlık bürokrasisini devre dışı bırakan Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmuş olması dikkat çekicidir. Koordinatörlük, Dünya Bankası'nın sağlık kredi anlaşmalarında geleneksel yaklaşımın yerine politika reformu yaklaşımını benimsediği bir dönemde kurulmuştur. Politika reformu yaklaşımı, sektör için kullandırılan kredilerin özelleştirme politikalarını desteklemesini öngörmektedir. Bu yaklaşıma göre koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, tedavi hizmetlerini ise özel sektör üstlenmelidir. Bu iş bölümü için kullanılacak üç araç; yerelleştirme, fiyatlandırma ve özelleştirme olmalıdır (Güler, 1996: 48).

Genel olarak 1980 yılından 2000 yılına kadar sağlık hizmetlerini etkileyen olaylar tarihsel bir süreç içerisinde özetlenecek olursa;

- 1982 yılında "Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkında Kanun" ile doktorlar için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir.
- 05.11.1985'te 3235 sayılı kanunla getirilen ek maddelerle BAĞ-KUR kapsamına girenlere sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.
- 1986 yılında Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü tarafından "Türkiye Sağlık Sektörü" araştırması yaptırılmıştır.
- 1987'de "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkartılmıştır. Bu kanun sağlık hizmetleri alanında, 1961 tarihli 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan sonra çıkan en önemli belgedir.
- 1990 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan ikraz anlaşması doğrultusunda Birinci Sağlık Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından "2000 Yılında Herkese Sağlık" sloganlarıyla sağlık reformlarına başlanmıştır.
- 1990 yılında çıkarılan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlığa daha fazla yer verilmiş ve temel ilke olarak; sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerinden vatandaşların en iyi şekilde faydalanmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini eşit olarak, sürekli, dengeli ve yeterli bir şekilde herkese ve her yere ulaştırmak belirlenmiştir (Serin, 2004: 11). 1990 yılı sonunda Dünya Bankası desteğinde yürütülen projeler temel olarak sağlıkta reform çalışmalarını konu edinmiş ve bu dönemde reform çalışmalarının adı sağlık projelerine dönüşmüştür (Karadağ, 2007: 10). 1991 yılında İkraz Anlaşması doğrultusunda Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kuruluş çalışmaları yapılmış ve faaliyete geçirilerek 1992 yılında "1. Ulusal Sağlık Kongresi" gerçekleştirilmiştir.
- 03.07.1992 tarihinde GSS hayata geçirilinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan vatandaşların tedavi giderlerini karşılamak amacıyla 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir (Alper, 1999: 45).
- 1993 yılında hükümet tarafından "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "GSS Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır.
- 1994 yılında Hükümet ve Dünya Bankası arasında imzalanan İkraz Anlaşması doğrultusunda İkinci Sağlık Projesi yürürlüğe konarak Türkiye genelinde kalkınması öncelikli illerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik 25 yataklı hastane ve sağlık ocağı ile sağlık evi yapımına başlanmıştır.

- 1996 yılında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında "Sağlık Reformları Projesi" ne yer verilmiştir. Sağlık reformu kapsamında "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı", "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanarak TBMM'ye sunulmuş, yine "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı" ise "Temel Sağlık Hizmetlerinin Tedavi Hizmetlerine Entegrasyonu Kanunu Tasarı Taslağı" adıyla yeniden hazırlanmıştır. Ayrıca "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır (Serin, 2004: 46).
- 1997 yılında "Temel Sağlık Hizmetleri" projesi yapılmıştır. Eskişehir ve Bilecik pilot il seçilmiştir. Bu projenin amaçları;
 - Proje illerinde aile hekimliği sistemi ve mali teşvikler ve yeterli alt yapıyla desteklenen etkin bir sevk sistemine dayanan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini oluşturmak,
 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri pilot sistemini ülke çapında uygulama amacıyla değerlendirmek,
 - Sağlık ekonomisi analizi için kurumsal kapasiteyi geliştirmek, olarak belirlenmiş ve 31 Mayıs 2000' de bitirilmesi öngörülmüştür. Tasarı ve taslaklar incelendiğinde Dünya Sağlık Örgütü' nün önerdiği reform çalışmaları ve Kalkınma Planlarında önerilen reform çalışmalarının özüne uygun hazırlandığı görülmektedir.
 - 1998 yılında hasta hakları yönetmeliği yayınlanmıştır.
 - 1999 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde artan hasta potansiyelini karşılamak amacıyla "Vardiyalı Çalışma Sistemi"ne geçilmiştir. Ayrıca üniversite hastanelerinde uygulandığı üzere "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Özel Sağlık Hizmeti Verilmesine Dair Yönerge" yürürlüğe konmuştur.

3.6. 2000 Yılı Sonrası Dönem ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

1990'ların başlarından itibaren yapılmaya çalışılan sağlık reformu çalışmaları, Dünya Bankası'nın önerileri doğrultusunda şekillenmiştir. Dünya Bankasına reformlar için pek çok taahhütte bulunulmasına rağmen, reform aşamalarının hazırlanması, uygulanması ve değerlendirmesinde istenilen adımlar atılamamıştır. İlk somut adımlar 2002 yılında atılabilmektedir. Uzun süren koalisyon hükümetleri döneminden sonra, sağlık hizmetlerinde yoğun reform çalışmaları planlayan tek

parti hükümeti iktidara gelmiş, bu çerçevede, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen bir reform gündeme getirilmiştir (Tatar ve Kanavos, 2006: 21).

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir raporla duyurulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, kendinden önceki reform çalışmalarından daha farklı olduğu iddiasında idi. Raporda üstünde durulan en önemli konu, kendinden önceki reformları yok saymayıp, aksine geçmiş dönemlerde sağlanan iyileştirmelerin daha da geliştirilerek uygulamalarının devam ettirileceği yönündeydi. Temel hedef olarak da geçmişte değiştirilemez olarak kabul edilen ve bu nedenle, sağlık sisteminde istenilen sonuçlara ulaşılmasını engelleyen sorunlara radikal çözümler bulmaktı (Sağlık Bakanlığı, 2003b: 5).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile amaçlanan, sağlık hizmetlerinin eşitlik, etkinlik ve verimlilik prensiplerine uygun olarak organizasyonunun, finansmanının ve dağıtımının gerçekleştirilmesiydi. Diğer reform prensipleri finansal süreklilik, sürekli kalite gelişimi, kamu, özel sektör, tedarikçi ve finansörler gibi taraflar arasında anlaşmayı sağlama, yerelleştirme ve tedarikçi rekabeti unsurlarından oluşuyordu (Mollahaliloğlu, 2003: 27). Sağlık hizmetlerini sunan ve finanse edenlerin ayrılması reform programında altı çizilen en önemli öğeydi.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amaç şöyle sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003b: 24-25);

- Temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini suretiyle, halkın sağlık düzeyini yükseltecek etkililikte olmak,
- Ülkedeki tüm sektörel kaynakların da kullanılması suretiyle, daha az kaynakla (mali, personel, malzeme vb.) daha verimli olmak,
- İhtiyaçlar ölçüsünde kullanılan, gelirle doğru orantılı katkı yapılan, bölgesel ve sosyal gruplar açısından hakkaniyetli bir sistem kurmak.

Projenin amaçlarından “etkililik” sağlık hizmetleri ile amaçlanan, sağlık durumunun epidemiyolojik göstergeler doğrultusunda iyileştirmektir. Yani anne ve çocuk ölüm oranlarını düşürmek ve ortalama yaşam süresinin arttırılması hedeflenmektedir. “Verimlik” ile kaynakların etkin kullanımı suretiyle, aynı orandaki ilaç, insan kaynakları ve tıbbî malzeme ile daha iyi hizmet üretebilmek ve bu sayede, maliyetleri düşürmek amaçlanmaktadır. “Hakkaniyet” ise hastaların, ihtiyaçları doğrultusunda sağlık hizmetlerinden yararlanmasını temsil etmektedir. Bireyler, gelirleri doğrultusunda sisteme katkı yaparlarken, bölgesel farklılıklar da dâhil olmak üzere, hiçbir ayrımcılığa maruz kalmadan sağlık hizmetlerine erişebilirler (Aydın, 2004: 50).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel ilkeleri ise şöyle sıralanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003b: 25):

- Hizmetten yararlanacak olanların, talep ve ihtiyaçlarını ön plana çıkaran ve bireyi aile bütünlüğü içerisinde ele alan insan merkezlilik,
- Sistemin kurulması ve uygulanması esnasında tüm ilgili tarafların fikirlerine önem veren ve tüm sağlık kurumlarının kaynaklarından istifade etmeyi öngören, katılımcılıkta,
- Demokratik yaklaşımla, çıkar birliği içerisinde, yöntem, denetim ve standartlarda birlik sağlayacak uzlaşmacılık,
- Ülke koşullarına uygun sürdürülebilir bir sistem olması,
- Hizmet sunumunda ve geri bildirimlerle elde edilen bilgilere dayalı olarak daha iyiyi amaçlayan, sürekli kalite gelişimi,
- Hizmet alan ve sunanların zorla değil, teşvik ve önlemlerle sisteme dahil olmalarını sağlayacak, gönüllük esasında olmak,
- Sağlık hizmetini sunan, finansmanını yapan, planlayan ve denetleyenlerin birbirinden ayrılmasını sağlayan güçler ayrılığı ilkesinde,
- Merkezi yönetimden kaynaklanan hantallıktan kurtulmak için, yerinden yönetim ilkesine dayanan desantralizasyon,
- Sağlık hizmetleri sunumunu tekelci yapıdan kurtararak, farklı sağlık kurumları ile rekabetin getireceği verimlilik için hizmette rekabet.

2008 yılında, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne üç hedef daha eklenmiştir. Bu hedefler şunlardır (Akdağ, 2008: 21):

- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,
- Tarafların harekete geçirilmesi, sektörler arası iş birliği ve çok yönlü sağlık sorumluluğu,
- Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak, sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi birbiri ile sıkı bir bağ içerisinde olan sekiz bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenlerin her biri ülkenin kaynakları doğrultusunda en mükemmel çözümü bulma hedefinde olduğu iddia edilmektedir. Bu bileşenler şöyledir (Sağlık Bakanlığı, 2003b: 26-36):

- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi ve bunu gerçekleştirmek için;
 - Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri

- Etkili kademeli sevk zinciri
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık işgücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
- Akıllı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ve bunu gerçekleştirmek için
 - Ulusal ilaç kurumu
 - Tıbbî cihaz kurumu
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim, sağlık bilgi sistemi.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi tüm amaç ve prensipleri, hem Dünya Sağlık Örgütü’nün “ 21’nci Yüzyılda Herkes için Sağlık ” politikası hem de Avrupa Birliği’nin “Erişimsel Ortaklık” (Accession Partnership) dokümanı ile uyumlu olması hedefleniyordu (Mollahaliloğlu, 2003: 27).

Ayrıca program üç önemli yenilik içeriyordu (Tatar ve Kanavos, 2006: 21):

- Genel Sağlık Sigortası’nın yapılması,
- Kamu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği sisteminin geliştirilmesi,
- Hastanelere finansal ve yönetsel otonominin verilmesi.

Genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile amaçlanan, sağlık hizmetlerini, piyasa mantığı içerisinde yönetilebilecek bir sosyal hizmet şekli haline getirmektir. Bu sistemde Sağlık Bakanlığına hizmet üreten değil, düzenleyen ve denetleyen bir rol düşmektedir (Atay, 2005: 70).

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, sağlık sisteminin sürdürülebilir mali ve idarî yönetim sistemine kavuşturulması ile hizmetin verimliliği, kalitesi ve hasta memnuniyetini arttırmayı amaçlıyordu. Proje bu amaçlara ulaşabilmek için bazı yenilik ve reformları öngörüyordu. Bunlar (OECD, 2008: 36):

- Sağlık Bakanlığının organizasyon yapısını, hizmet sunan bir kurumdan, planlama, izleme, değerlendirme, hizmetlere erişimde hakkaniyeti sağlama, halk sağlığını geliştirme ve insan kaynakları eğitimi gibi konulara ağırlık veren bir hale getirmek.
- GSS’nin hayata geçirilmesi. Bunun için bütün sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanacaktır. Bu yeni sosyal güvenlik kurumuna herkes gelirleri oranında prim ödemek suretiyle katılacak, ödeme gücü olmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir.

- Kurulacak yeni SGK'nın piyasanın tek sağlık hizmeti satın alıcısı haline gelecek ve kamu ve özel hizmet sunucular ile sözleşme yapabilecektir. Kamu hastanelerini özerkleştirmek, koruyucu sağlık hekimliğini geliştirmek amacıyla aile hekimliği sistemine geçmek. Etkili bir sevk zinciri kurarak, hizmet kalitesini arttırmak.
- Sistemin sağlıklı işleyebilmesi için, yeterli bilgi ve beceriye sahip sağlık personeli yetiştirilmesi, bu amaçla eğitim kurumlarının güçlendirilmesi.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi, 2003 yılından önce uygulanan sağlık sisteminin zaaf- larını gidermeye çalışırken, aynı zamanda başarılı uygulamalarını da geliştirmeye yönelik politikalar üretmeyi hedeflemektedir. Eski sistemin, çok başlı hizmet su- numu, yüksek kayıt dışı ve yüksek cepten yapılan ödeme, sağlık sigortası kapsa- mında olmayan nüfus, pahalı hastane ağırlıklı hizmet sunumu, sağlık hizmetle- rinden yararlanmada eşitsizlikler ve sınırlı teknolojik gelişmeye dayalı yapısını de- ğiştirmeyi amaçlamaktadır. Diğer taraftan, geçmiş dönemlerde uygulamaya ko- nulan yeşil kart gibi SDP'nin amacına uygun hizmetleri geliştirmeyi hedeflemek- tedir (OECD, 2008: 99).

Bu proje yapılan eleştirilerin odağını, yapılmak istenen reformların aslında Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluş- ların baskısıyla gerçekleştirilmeye çalışıldığı ve bu projenin yalnızca Türkiye'de değil Asya, Doğu Avrupa, Latin Amerika ve Afrika'daki pek çok ülkede uygulan- maya koyulduğu yönündedir. Asıl amacın da neo-liberal politikalar ışığında, ka- munun artan sağlık harcamalarını azaltmak ve sağlığı piyasa ekonominin bir ak- törü haline getirmek olduğu iddia edilmektedir (Elbek ve Adaş, 2009: 33).

Kaynakça

- Akar, Ç. ve Özalp, H. (2009). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara: Songür Yayınları.
- Akdağ, R. (2008). *Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, Kasım 2002-2008, (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırasına)*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdur, R. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması* Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aktel, M. (2003). *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- Alper, Y. (1999). *Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar*. İstanbul: Alfa Yayıncılık.
- Atay, F. (2005). Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 20(1).
- Ateş, M. (2011). *Sağlık Sistemleri*, İstanbul: Beta Yayınları.
- Aydın, S. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*, Ankara: Mavi Ofset.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2001). *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT: 2561, Ankara.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2008). *DSÖ Avrupa Sağlık Sistemleri Bakanlar Konferansı “Sağlık Sistemleri, Sağlık ve Refah”, Tallinn Şartı: Sağlık ve Refah İçin Sağlık Sistemleri*, Estonya, 25-27 Haziran 2008.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1).
- Faaliyet Raporu (2012). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. <http://www.sgb.saglik.gov.tr/contentfiles> (18.07.2019).
- Fişek, N. (1985). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları.
- Güler, B. A. (1996). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarlama Politikaları 1980-1995*, İstanbul: TODAİE Yayın No: 266.
- Güzel, S. H. (1995). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Programına Toplam Kalite Yönetimi Anlayışı Yönünden Bir Yaklaşım, 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toptan Kalite Yönetimi*, Ankara: Haberal Eğitim Vakfı.
- Hamzaoglu, O. (2011). *Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası” Kapitalizmin Krizi ve Sağlık*, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı, ss.25-29, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

- Karadağ, Z. (2007). Aile Hekimliği Uygulamasının Müşteri/Hasta Memnuniyetine Etkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Kurtulan, İ. (1984). Tarihte Türk Tıp Basını, *Toplum ve Hekim*, 6 (33).
- Mollahaliloğlu, S. (2003). What are the Objectives of the New Health Transformation Programme in Turkey?, *Eurohealth*, 9 (3).
- Mutlu A. ve Işık A. (2005). *Sağlık Ekonomisine Giriş*, Bursa: Ekin Kitabevi.
- OECD. (2008). *Dünya Bankası, Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, Fransa: OECD Publishing, Yayın No: 756.
- Öztürk, M. (1999). Cumhuriyet Döneminde Sağlık, *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6 (1).
- R.G., *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*, Kanun No: 224, Kabul Tarihi: 05.01.1961, Resmî Gazete Tarihi: 12.01.1961, Resmî Gazete Sayısı: 10705.
- Resmî Gazete*. 25 Mayıs 2010 Tarih, 27591 Sayılı. Resmî Gazetede Yayımlanan Anlaşma İlanı. Milletlerarası Antlaşma, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi, Karar Sayısı: 2009/1535929.06.2010. <http://www.pydb.saglik.gov.tr/> (18.07.2019)
- Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl* (1972). Ankara: T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl*, Ankara: SSBYB Yayınları no: 442.
- Serin, İ. (2004). *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği*. İstanbul: Kazancı Kitabevi.
- Sözen C. ve Özdevecioğlu M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Sözen, S. (2005). *Teori ve Uygulamada Yeni Kamu Yönetimi*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- SUR, H. (2009). *Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi*, <http://www.merih.net/m1/whay-sur12.htm>. (17.07.2019).
- Şahin B. ve Top, M. (2004). Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (1), 99-100.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2003a). *Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2010-2014, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003b). *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64546/3/9789755903613_tur.pdf
(16.07.2019).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). *21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek*, Yayın No:711, Ankara.
- Tatar, M. ve Kanavos. P. (2006). Health Care Reform in Turkey, *Eurohealth*, 12 (1).
- Tümerdem, Y. (1980). *Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)*, Ankara: İnkılâp Yayınları.
- Yenimahalleli, Y. G. (2008). Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Gözlenen Neo-liberal Dönüşüm ve Sonuçları Üzerine Değerlendirmeler, *Mülkiye Dergisi*, 22 (260), 160-162.
- Yıldırım, H. H. (2004). Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme, *Hastane Yaşam Dergisi*, 1 (3-4), 16-20.
- Yıldırım, N. (1985). *Tanzimat’tan Cumhuriyet’e Koruyucu Sağlık Uygulamaları*, İstanbul: İletişim Yayınları.



8. BÖLÜM

SPOR VE SAĞLIK

Memduh Ahmet MAHİROĞULLARI*

1. Giriş

Spor eğitiminin Osmanlı döneminde kurumsallaşması, Tanzimat dönemi sonrasına rastlar. Spor eğitimi, özellikle bazı askerî okullarda "jimnastik" dersi adıyla uygulamaya konulmuştur. Daha sonraki yıllarda, eğitim alanındaki önemli yeniliklerden "1869 tarihli Maarif-i Umumi Nizamnamesi"yle, jimnastik ve eskrim dersleri rüştiyeler, îdadî ve sultanîler, muallim mektepleri gibi bazı devlet okullarının müfredatına dahil edilmiştir (Dever, 2015: 163). 1911'de Selim Sırrı Bey'in (Tarcan) Maarif Mektepleri Umum Müfettişliğine atanmasıyla da, beden eğitimi, orta dereceli okullarda, öncelikle darülmuallimin/muallim mekteplerinde zorunlu ders haline getirilmiştir.

Cumhuriyet'in ilk yıllarında, çocukluk döneminde psiko-sosyal gelişimin desteklenmesinde önemli yeri olan beden eğitimi, muallim mekteplerinde ve liselerde olmak üzere "terbiye-i bedeniye" adıyla haftada bir saat; 1930'lu yılların sonlarına doğru da iki saatlik zorunlu ders olmuştur.

Mustafa Kemal, 1 Ekim 1928'de öğretmenlere hitaben yaptığı bir konuşmada, sporun önemine dikkat çekerek spor /sağlık ilişkisini veciz bir şekilde dile getirmiştir: "*Efendiler, gurbüz ve yavuz evlatlar isterim. Bunları (öğrencileri) yetiştirmek ve mesuliyetini üzerinize almış insanlarsınız. Bu neticeyi görmezsem, hakkınızdaki muhabbetim, itimadım o zaman zail olur.*" (Dever, 2015:164).

Beden eğitimi, daha sonraki yıllarda ve günümüzde ilk ve orta dereceli okullarda haftada iki saat zorunlu; yükseköğretimde seçmeli ders olarak uygulanmaktadır. Millî Eğitim Bakanlığının müfredatında beden eğitimi dersinin amacı, hem sağlık,

* Öğr. Gör., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu.

hem de sosyolojik boyutu vurgulanarak "Öğrencilerin hayatları boyunca kullanacakları hareket, aktif ve sağlıklı hayat becerileri, kavram ve stratejileriyle birlikte öz yönetim, sosyal ve düşünme becerilerini artırmak" şeklinde tanımlanmıştır.

Kamunun spora verdiği önem, Anayasa'nın "Sporun Geliştirilmesi" başlıklı 59. maddesinde yer almıştır:

"Devlet her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır. Sporun kitlelere yayılmasını teşvik eder."

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi ise, Selçuklu döneminden XIX. yüzyılın ortalarına kadar dönemin hastaneleri sayılan vakıf ağırlıklı "darüşşifalar"la yürütülmüştür. 1861'de çıkarılan "Sağlık Nizamnamesi"yle, Kamu, öncelikli askerî hastaneler, daha sonra vilayet merkezlerinde "Heyet-i sıhhiye" daireleri ve tıbbîye mezunu doktorların görev yaptığı ücretsiz hastaneler kurmaya başlamıştır.

Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında, ülke genelinde İstanbul, Ankara, Sivas, Erzurum, Adana, Trabzon ve Konya'da bölge hastanesi niteliğinde "Numune hastaneleri" açılmış; 1930'lu yılların başlarından itibaren tüm il merkezlerinde ücretsiz hizmet vermek üzere "*Millet Hastaneleri*" kurulmuştur. Diğer taraftan, 2008'de uygulamaya konulan "*5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*"yla nüfusun % 90'ı sağlık güvencesine alınmıştır.

Diğer taraftan, Anayasa'nın "Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması" başlıklı 56. maddesinde "(...) Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak iş birliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." (...). hükmüne yer verilmiştir.

Ayrıca, "sağlık hakkı", Türkiye'nin onayladığı "*Uluslararası İnsan Hakları Bildirgesi*" ve "*Uluslararası Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi*"nin ilgili maddeleriyle ulusal mevzuatımızın yanı sıra uluslararası mevzuatla da bağlayıcı hale getirilmiştir.

56. ve 59. maddelerde görüldüğü üzere, vatandaşların sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için Devlet tarafından beden ve ruh sağlığını koruyucu önlemler alınması Anayasa'nın amir hükmüdür. Diğer taraftan, teknolojik gelişmelerin insan

hayatına sağladığı kolaylıklar, günümüz toplumlarını ister istemez daha hareket-siz bir hayat tarzına doğru itmektedir. Bu bağlamda, Devlet'in, vatandaşlarının sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri adına hastalıklara yakalanmadan önce koru-yucu önlemler alması, söz konusu önlemleri kurumsal yapılar aracılığıyla ülke genelinde yaygınlaştırması sosyal devlet anlayışının sonucudur. Nitekim 1990'da "*Türkiye Herkes İçin Spor (HİS) Federasyonu*"nın kurulması, Sağlık Bakanlığı bünyesinde tüm illerde "*Obeziteyle Mücadelede Programı*"nın uygulaya konulması, Gençlik ve Spor Bakanlığı bünyesinde il ve ilçelerde "*spor salonlarının yaygınlaş-tırılması*", Aile Çalışma ve Sosyal Hizmet Bakanlığı bünyesinde "*Aile ve Sosyal Politikalar Gençlik Spor Kulübü*"nın kurulması (Aydın-Gül-Aydın,2018:634-635) Kamu'nun söz konusu sorumluluğunun göstergeleridir.

Bu bölümde, spor-sağlık ilişkisinin kapsamı, sportif faaliyetlerin sağlıklı yaşama sağladıkları katkılar, keza günümüzde sıklıkla karşılaşılan kardiyovasküler (kalp damar), obezite, diyabet, kanser, kas, iskelet ve solunum yolu hastalıklarında ko-ruyucu ve iyileştirici etkileri üzerinde durulmuştur.

2. Kavram Olarak Spor ve Sağlık

2.1. Spor

Spor, "*Toplumla bütünleştirici, sağlıklı, ruh ve fiziği geliştiren rekabetçi, dayanış-macı kültürel bir olgu olduğu kadar resmi kurallara dayandırılarak yapılan hare-ketler bütünüdür.*" (Erkal, 1982: 119). Başka bir tanımda spor, "*Birey ya da grup-ların sağlık, eğlence veya gösteri amacıyla yaptıkları, fiziksel aktivite gerektiren bazı kurallar içinde uygulanan organize oyuna verilen addır.*" (Güneş, 2017: 1).

Sporun her iki tanımında da ortak payda "hareket /aktivite" ve "sağlık"tır. Başka bir deyişle, her iki tanımda da hareket ve sağlığa atıf yapılmıştır. Hareketin ol-madığı yerde hayat belirtisi olmaz. Zira insan organizması hareket potansiyeli üzerine kurulmuştur (Özdenek, 2018: 78). İki atasözümüzde ifade edildiği gibi "*Nerede hareket orada bereket*"; "*İşleyen demir pas tutmaz.*" şeklinde hareketin ve sağlığın önemine ışık tutulmuş; özellikle ikinci atasözünde, hareketin/sporun, sağlığa katkısı kısa ve öz bir ifadeyle anlatılmak istenmiştir. Bu nedenle, spor, sadece boş zamanı değerlendirme aracı değil, sağlıklı yaşam için öne çıkan, keza ihmal edilmemesi gereken bir amaçtır.

Diğer taraftan, yukarıda yapılan birinci tanımında "toplumla bütünleştirici" ifa-desiyle sporun sosyolojik boyutuna da dikkat çekilmiştir. Bu bağlamda, spor,

grup çalışmasını kolaylaştırmak, karşılıklı dayanışmayı sağlamak, kendine güveni yaratmanın yanı sıra ferdin toplum üyeliğini kazanması anlamına gelen "sosyalleşme"nin ve "sosyal bütünleşme"nin de önemli unsurlarından biridir. Başka bir deyişle, spor, anlayış ve sorumluluk taşıyabildiği, iş birliği içinde düzen sağlama kabiliyetini geliştirdiği gibi sağlıklı ve enerjik olmayı, sosyal gruba ve topluma aidiyeti de sağlayan, keza birey ve toplum ilişkisini ahenkli kılan (Erkal, 1982: 120) bir olgudur.

2.2. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaptığı tanıma göre; sağlık, "Sadece hastalıklardan ve mikrop-lardan korunma değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir." (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 382).

Uluslararası sağlık literatüründe, sağlıklı yaşam için; "**yaşam şekli**", "**çevre**", "**kalıtım**" ve "**sağlık hizmetleri**" başlığı altında dört temel unsurdan bahsedilmektedir. Yaşam tarzı, söz konusu faktörler arasında hastalık riskine karşı en önemli belirleyicidir. Zira yapılan araştırmalarda tüm hastalıkların % 53'ü yaşam tarzıyla ilgili olduğu görülmüştür. Hastalıkların yaklaşık % 21'i çevre, % 16'sı kalımla ilişkilidir (Powers-Dodd, 2018: 2).

Diğer taraftan, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında yer alan "iyi olma hâli" (**iyilik hâli**), en kısa sağlık tanımı olduğu kadar sağlıklı olmanın da tüm yönlerini kapsayan bir kavramdır. Sağlıklı olmanın gerek ve yeter koşulu sayılan "iyilik hâlinin" birbiriyle ilişkili olan; fiziksel, duygusal, zihinsel, ruhsal, sosyal, çevresel, meslekî ve finansal iyilik adı altında sekiz bileşeni vardır (Powers-Dodd, 2018: 2-4):

- **Fiziksel İyilik:** Fiziksel sağlık, insan bedenini sağlıklı kılan tüm davranışları içerir. Fiziksel sağlıkta iki husus öne çıkar; biri, sağlıklı bir vücut ağırlığını muhafaza etmek, diğeri; fiziksel uygunluğu yakalamaktır. Fiziksel uygunluk ise, hastalık riskini azaltıp yaşam kalitesini artıran bir olgudur.
- **Duygusal İyilik:** Duygusal iyilik, sosyal beceri ve kişiler arası ilişkilerle ilgilidir. Kişisel özgüven, günlük yaşam stresleriyle baş edebilmek, duygusal sağlığı korumak için bir başka belirleyicidir. Yaşam boyunca karşılaşılan sorunlara doğru biçimde cevap verebilmek, aşırı yoğun ya da aşırı düşük duygusallıklardan kaçınmakla mümkündür.

- **Zihinsel iyilik:** Zihinsel sağlığı korumanın en kolay yolu, bireyin hayat boyu öğrenmeye açık olması, keza kitap ve gazete okuyarak, bulmaca çözerek zihinsel sağlığı, keza hafızayı güçlendirmek mümkündür.
- **Ruhsal iyilik:** İdeal ruhsal iyilik, insanın hayattaki temel amacını anlayabil-meyi, toplumda beraber yaşadıkları herkesle iyi ilişkiler kurabilmeyi ve on-lara saygı duymayı, içine kapanmaktan kaçınarak sosyal olmayı, küçük de-ğişikliklerden büyük mutluluklar çıkarabilmeyi içerir.
- **Sosyal iyilik:** İnsanın yaşadığı toplumla anlamlı ilişkiler kurabilme, güvenilir bir arkadaş çevresiyle sosyal ağ oluşturabilme, kısaca kişinin sosyal çevre-sinde marazî tiplerden uzak durmasıdır.
- **Çevresel iyilik:** Ana hatlarıyla, çevre genel sağlık üzerinde olumlu veya olumsuz etkiye sahip olabilen bir etkidir. Örneğin, çöplerin zamanında toplanmadığı bir çevre, su ve hava kirliliği, kuşkusuz genel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olan olgulardır.
- **Meslekî iyilik:** Meslekî iyilik hâli, kişinin işinden ya da kariyerinden yüksek seviyede memnun olmakla sağlanır. Başka bir ifadeyle, meslekî iyilik, kişinin yaptığı işin ehli olmasıyla, mesleğini severek icra etmesiyle doyum nokta-sına ulaşmak anlamına gelir.
- **Finansal iyilik:** Finansal iyilik hâli, bireyin geliri ile rahat yaşayabilmeyi, hastalık, kaza gibi olağan üstü durumlarda geçim güvencesi sağlayacak bi-rikiminin olmasını, dolayısıyla beklenmedik sıkıntılarla karşılaşıldığında maddî kaygıdan uzak olmayı ifade eder.

3. Spor ve Sağlık ilişkisi

Sağlık, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik halidir. Spor ise, vücudun organik direncini artıran, sistemlerin fizyolojik kapasitesini geliştiren, keza söz konusu kapasiteyi koruyan ve devam ettiren fiziksel bir uğraştır. Spor yapmanın öncelikli amacı sağlıklı yaşamaktır. Geniş bir ifadeyle, sporun sağlık için temel amacı, hareketsiz bir yaşantının neden olduğu organik ve fiziksel bo-zuklukları önlemek veya yavaşlatmak, beden sağlığının fizyolojik kapasitesini yükseltmek, fiziksel uygunluğu ve sağlığı uzun yıllar muhafaza etmektir (İnal, 2003: 10). Nitekim sağlık amacı güdülmeyen yapılan sporla elde edilen kazançlar sadece kısa süreli estetiksel bir görünümünden ibaret kalacaktır (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 1-3).

Günümüzde modern şehir yaşantısına adapte olmuş bireylerin, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla günlük hayatlarında kullandıkları ve pek çok iş ve aktivitenin daha zahmetsiz daha az enerji kullanarak yapılmasını sağlayacak araçlar geliştirdikleri görülmektedir. Başka bir ifadeyle, teknolojik gelişmeler bağlamında, bireylerin günlük hareket yoğunluğunu azaltarak hareketsiz kalması, dolayısıyla gıdalardan aldıkları enerjileri tüketememesi uzun vadede sağlık üzerinde olumsuzluklar ortaya çıkarmıştır. Nitekim günümüzde ulaşım imkânlarının gelişimi nedeniyle kısa mesafelere dahi araç kullanarak daha az yürüyen, ev dışı aktivitelere daha az katılmaya başlayan insanlar, gün içerisindeki harcadığı enerji miktarını azaltmasına rağmen, beslenme sıklığı ve miktarında değişikliğe gitmedikleri görülmektedir. Sonuçta, fiziksel aktivite yetersizliği vücut üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra, vücut ağırlığında da artışa (obezite) neden olmaktadır. Obezite ise, günümüz modern toplumlarının karşı karşıya kaldığı önemli bir sorundur. Hareketsizlik ve pasif yaşam tarzı (sedanter) vücut kas kitlesinde azalmaya ve metabolizma hızında yavaşlamaya yol açar; vücut yağ oranında da yükselmelere neden olur. Bu durumu engellemenin yollarından biri hareketli yaşamaktan, kısacası "spor yapmak"tan geçer (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 1-3).

İnsan bedeni, doğduğu andan itibaren yaşlılığa giden süre boyunca büyüyüp gelişme ve değişime açıktır. Bu değişim sürecinin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi, hastalıklardan ve sakatlıklardan uzak olarak yaşayabilme adına sağlık ve spor ilişkili bir düzen içinde devam etmelidir. Kendisine spor yapmak için zaman ayıramayan, pasif yaşayan insanların önündeki ilk engel, bel ve boyun fıtıkları, skolyoz (omurga eğriliği) gibi omurga sorunları; ikinci olumsuzluk, kilo kaynaklı kalp, şeker, kolesterol ve tansiyon hastalıklarıdır. Tüm bu sorunları yaşamamak için bireyin, sporu hayatına "**yaşam tarzı**" olarak yerleştirmesi gerekir. Örneğin, düzenli yapılan antrenman ve egzersizler sonucunda kalp atım sayısı azalmakta, daha az nabız atımı ile yeterli miktarda kalbe kan pompalanmakta, keza yapılan antrenmanlar sonucunda kalbin daha az efor harcaması sağlanarak neticede kalp yorulmamış olur. Spor yapanlar daha geç yorulur; daha çabuk toparlanırlar. Özellikle dayanıklılık sporlarında (maraton, kayak, bisiklet vb.) yapılan antrenmanların sonucunda zaman içerisinde nabız atım sayısı 60'ın altına iner. Bu da kalbin zorlanma durumunu geriletmiş olur. Ayrıca, yapılan egzersizler sonrasında vücut yağ oranı azalırken, kas oranı artar; (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 1-3) yine birçok hastalığa karşı bağışıklık sistemi de (immün sistem) kuvvetlenmiş olur.

Son yıllarda yapılan ampirik (gözlem ve deneye dayalı) araştırmalarda, bir yıl boyunca spor yapanların; yapmayanlara oranla hastaneye daha az gittikleri; tansiyonlarında % 32; göğüs kafesindeki ağrıların azalmasında % 54; kalp atışında düzelmede % 50; nefes tıkanmalarındaki azalmalarda % 56 normalleşme görülmüştür (İmamoğlu, 1992: 249).

Spor, tüm bu fiziksel etkilerinin yanı sıra, insan hayatına ruhsal açıdan da pozitif yönde katkı sağlar. Spor yapmadan sürdürülen yaşamda, sistemlerin faaliyetleri geriler, ruhsal bunalımlar başlar. Boş zamanlarda kötümser tutum ve davranışlar ön plana çıkar. Sportif etkinlikler sayesinde organizma bedensel ve ruhsal streslere karşı güçlenir; hayata daha pozitif bakılır; insanlarla çabuk arkadaşlık kurulur; özgüven duygusunun gelişmesine yardımcı olur (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 1-3).

Netice itibarıyla, sistemli, sağlıklı zinde ve güçlü kalmak, yüksek moral ile yaşamak yaşa uygun spor ile mümkündür. Mutlu insan genel olarak sağlıklı insandır. Aynı şekilde spor, mutluluk hormonunu (endorfin) yükseltir. Mutluluk hormonunun genel olarak spor yapanlarda yüksek olduğu gözlenmiştir. Mutlu insanlar stresten arınmış sağlıklı insanlardır. Birçok hastalığın sebebinin stres olduğu kaçınılmaz bir gerçekliktir (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 1-3). Bu düşünceden hareketle, marifet "uzun yaşamak"tan ziyade "mutlu yaşamak"tır.

3.1. Spor Ve Sağlıklı Yaşam İçin Fiziksel Uygunluk

Sağlıklı yaşam için fiziksel uygunluğun temel amacı, yaşam kalitesini en uygun duruma getirmektir. Dolayısıyla fiziksel uygunluğun özgün hedefi vücuda ve organlara dayanıklılık, esneklik ve çeviklik kazandırarak hastalık risklerini azaltmaktır. Bu bağlamda, aşağıda yer aldığı gibi fiziksel uygunluğun beş temel bileşeni vardır (Powers-Dodd, 2018: 9).

- 1. Kardiyorespiratuar Dayanıklılık (Aerobik Uygunluk):** Kardiyorespiratuar dayanıklılık, sağlıkla ilgili fiziksel uygunluğun temel bileşeni sayılır. Bu kavram, aynı zamanda kalbin egzersiz sırasında oksijenden zengin kanı kaslara pompalayabilme ve kasların bu kanı alıp kullanabilme becerisinin önemli bir ölçütüdür. Kaslara aktarılan oksijen, devam eden egzersiz şartları için gerekli enerjiyi sağlamakta kullanılır. Başka bir ifadeyle, kardiyorespiratuar dayanıklılık, mesafe koşuları, bisiklet ve yüzme gibi egzersizleri yapabilme becerisidir. Yüksek seviyede kardiyorespiratuar dayanıklılığını geliştiren kişi, 30-60 dakikalık şiddetli egzersizleri erken yorulma yaşamadan (Powers-Dodd, 2018: 9) yerine getirebilme ayrıcalığına sahip olabilen kişidir.

2. **Kas Kuvveti:** Kas kuvveti, bir kas ya da kas grubunun tek bir maksimal kasılma (tek bir maksimal denemede bireyin ne kadar ağırlık kaldıracabildiği) ne kadar kuvvet oluşturabildiğinin ölçüsüdür. Kas kuvveti hemen hemen tüm sporlarda önemlidir. Atlet olmayanlar dahi, günlük yaşamda belli bir yere kadar kas kuvvetine ihtiyaç duyar(Powers-Dodd, 2018: 9-10). Örneğin evdeki bir koltuğu temizlik nedeniyle kaldırmak ya da yıkılan bir bahçe duvarına ağır bir taş koymak da kas kuvveti gerektirir.
3. **Kas Dayanıklılığı:** Kas dayanıklılığı, bir kasın tekrar tekrar submaksimal (maksimal altı) bir kuvveti yerine getirebilme yeteneği olarak bilinir. Kas kuvveti ve kas dayanıklılığı birbiriyle ilişkili olsa da aynı şeyler değildirler. Tek bir denemede 70 kg'lık halteri yerden kaldıran birey yüksek kas kuvveti kullanmıştır. Eğer bu kişi 35 kg'lık bir halteri 10 defa kaldırıp indirse kas dayanıklılığını kullanmış olur. Kas kuvveti geliştirildiğinde genel olarak kas dayanıklılığı da gelişir. Birçok spor dalı kas dayanıklılığı gerektirir. Örneğin tenis oyuncularını bir maç sırasında sürekli koşarak, raket sallarken yüksek seviyede kas dayanıklılığı kullanır. Birçok günlük aktivite (örneğin, gün boyu sırt çantası taşıyan bir öğrenci, ya da pazarda küfe taşıyan bir hamal), belli bir miktar kas dayanıklılığı gerektirir(Powers-Dodd, 2018: 10).
4. **Esneklik:** Esneklik, eklemleri tam hareket açıklıklarında rahatça hareket ettirebilmektir. Vücut yapısı esnek olan bireyler, kolaylıkla eğilip ve bükülebilir. Düzenli esneklik çalışmaları olmaması, kaslar ve kirişler kısalarak eklemlerdeki hareket açıklığını azaltır, dolayısıyla esnekliği bozar. Kuşkusuz bazı spor dallarına göre esneklik ihtiyacı değişkendir. Bazı sporcular (jimnastikçiler) karmaşık hareketleri yapabilmek için ileri düzey esnekliğe ihtiyaç duyar. Nitekim kişi, yüksek bir rafta duran eşyalara uzanabilmek için vücudunun kısmen esnek olması gerekir. Yapılan bilimsel çalışmalara göre esneklik kas ve kiriş yaralanmalarına engel olmak, örneğin bel ağrılarını (Powers-Dodd, 2018: 10) azaltmakta etkilidir.
5. **Beden Kompozisyonu:** Beden kompozisyonu, insan vücudundaki yağlı ve yağsız kitlelerin göreceli miktarlarıdır. Beden kompozisyonu, sağlıkla ilgili fiziksel uygunluk bileşenlerinin bir başka boyutudur. Zira yüksek oranda yağ dokusu bulundurmamak, kardiyovasküler hastalık, Tip 2 diyabet ve bazı kanserlere yakalanmakta risk faktörüdür. Yüksek yağ oranı aynı zamanda eklem iltihabı (artrit) riskini de yükseltir. Netice itibarıyla, fiziksel aktivite eksikliğinin, beden yağının artmasında büyük bir rol oynadığı (Powers-Dodd, 2018: 11) yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur.

3.2. Hastalıklar ve Spor

Tarih boyunca, sağlık çalışanları, büyük çoğunluğu hareketsiz (sedanter) bireylerin, aktif bireylere göre daha çok hastalıklara maruz kaldıklarını gözlemlemişlerdir. Bu konuyla ilk araştırmaları olan İngiliz hekim daha XVI. yüzyılda "Sağlık Cenneti" adlı kitabında hareketsiz yaşamın hastalıklara daha açık olduklarından söz etmiştir. XIX. yüzyılın başlarında Amerikan bir hekim olan Shadrach Ricketson, bir çalışmada "sağlıklı ve dinç olmak için spor yapmanın yemek, içmek, uyumak kadar önemli olduğunu; keza sedanter yaşantılı bireylerin, solgun, dermansız ve hastalıklı olduklarını vurgulayarak egzersizin kan dolaşımını güçlendirdiğini, sindirime yardımcı olduğunu ve terlemeyi sağladığına (Özer, 2016: 5-6) dikkat çekmiştir.

Netice itibarıyla, Tablo 1'de izlendiği üzere, spor /egzersiz bazı hastalıklara karşı engelleyici ve vücudun direncini artırıcı, bir anlamda koruyucu hekim işlevi görür.

Tablo 1. Egzersizler/Fiziksel Aktivitelerin Kronik Hastalıklara Etkisi

Kronik hastalıklar	Egzersizlerin etkisi
Koroner kalp hastalıkları	Engelleyici, iyileştirici, tanılayıcı*
Yüksek tansiyon	Engelleyici, iyileştirici
Obezite	Engelleyici, iyileştirici
İnme (felç)	Engelleyici, iyileştirici
Kanser türleri	Engelleyici, iyileştirici
Bağırsak	Engelleyici, iyileştirici
Göğüs	Engelleyici, iyileştirici,
Diyabet (insüline bağlı olamayan)	Engelleyici, iyileştirici
Bel ağrısı	Engelleyici, iyileştirici

Kaynak: Kürşat Karacabey-Recep Özmerdivenli, 2011: 407.

* Egzersizin, koroner kalp hastalıklarında tanılayıcı etkisini, hızlı yüründüğünde en azından göğüs üzerinde oluşan ağrılarla hissetmek mümkündür. Nitekim, kardiyologlar, hastalarında damar daralması ya da tıkanıklığının olup olmadığını "efor testi" yaptırarak fikir edinebilir

Kardiyovasküler Hastalıklar

Kardiyovasküler, kalp veya kan damarlarını (arterler ve venler) tanımlamak amacıyla kullanılan bir kavramdır. Kardiyovasküler sistem, vücutta oksijen götürmek için kanı kalbe ve akciğerlere, oradan da tüm vücuda taşır.

Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde ölümlerin en sık nedenidir. Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörleri, hareketsiz yaşam, sigara, alkol ve sağlıksız beslenmedir. Kardiyovasküler hastalıklarda yukarıda arz edilen risk faktörleri, bireylerde yüksek kan basıncı (hipertansiyon) yüksek kan şekeri (diyabet) yüksek kolesterol (hiperlipidemi) ve aşırı kilo (obezite) (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 12) gibi hastalıklara neden olur.

Sporun /egzersizlerin, kardiyovasküler hastalıkların riskini azalttığına ilk kanıtları, 60 yıl önce ortaya çıkmıştır. Bu konuda yapılan araştırmalar, sürekli olarak fiziksel aktivitelerin kardiyovasküler ve KKH riskini önemli ölçüde azalttığı (Powers-Dodd, 2018: 282) sonucuna varmıştır. Başka bir deyişle, sportif aktivite sırasında artan kalp hızıyla birlikte damarlardaki kan akımının hızlandığı göz önüne alındığında, artan kan sirkülasyonu, damarların cidarına yeni yapışan yağ, protein, kalsiyum partiküllerinin kalıcı hale gelmeden/plaklaşmadan engel olur.

Koroner Kalp Hastalığı (KKH)

Aktif yaşam sürdüren insanlar, durağan yaşayanlara göre % 45 daha düşük oranda koroner hastalık risk faktörüne sahiptir. Yürüyüş, yüzme, bisiklet gibi düzenli aerobik egzersizler, kötü kolesterolü (LDL) azaltmanın, iyi kolesterolü (HDL) artırmanın en iyi yoludur. İyi kolesterol düzeyinde anlamlı bir düzelme için egzersizi en az 1 yıl devam ettirmek gerekir. Nitekim egzersizin insan sağlığında meydana getirdiği olumlu gelişmelerle ilgili son yıllarda yapılan araştırmalar egzersiz ile KKH arasında güçlü bir ters ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 420).

KKH'da, ana koroner arterlerden birisi, % 75 ve daha fazla bloke olduğu zaman, kalp kasına gelen kanın azalması göğüs ağrısına "angina pectoris"e neden olur. Başka bir ifadeyle, kan damarlarının, aterosklerotik plak tarafından tıkanması, (Powers-Dodd, 2018: 277) kalbin beslenmesine olumsuz etki yaparak iman tahası da denilen göğüsün orta kısmında, sol kolda ve omuzlarda baskı hissi ya da şiddetli ağrıya sebep olur. Damarların birinde ortaya çıkan tıkanıklık, kan akımını tamamen durmasına neden olursa "*kalp krizi*" meydana gelir.

Egzersiz, aterosklerozun ilerlemesini durdurarak ya da merkeze yakın koroner arterlerin çapını genişleterek miyokarda daha fazla oksijen gitmesini sağlar. Aynı şekilde egzersizler sayesinde kan pıhtılaşma (fibrinolizis) aktivitesinde plazma lipoprotein profillerinde potansiyel olumlu değişiklik meydana gelir. Dolayısıyla söz konusu değişiklikler, koroner kan akımının artmasına yardımcı olur. Ayrıca egzersiz dinlenme anındaki kalp atışlarında ve sistolik kan basıncında düşüşler meydana getirerek miyokardın oksijen ihtiyacını azaltır. Yine egzersizler, KKH için risk faktörü olan obezite ve Tip 2 insidansını (görülme sıklığı) azaltır ve vücut yağ dağılımını olumlu yönde düzeltir (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 421-422).

Damar Sertliği

Damar sertliği (arteroskleroz) atardamarların daralması veya sertleşmesi sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır. Damar sertliği, normal kan akışının bozulmasına sebep olacak şekilde bir veya daha fazla atardamarın daralması, ateroskleroz ise kan damarının içinde yağlı çökelti birikimine bağlı olarak atardamar tıkanmasıyla sonuçlanan özel bir damar sertliği türüdür. Söz konusu tıkanıklık, plak çöküntüsü, kolesterol, hücresel parçalar, fibrin (kandaki bir pıhtılaşma maddesi) ve kalsiyumdan oluşmaktadır (Powers-Dodd, 2018: 276-277).

Kan Yağları Yüksekliği

Kolesterol, gıdalarla tüketilebilen veya bedende üretilebilen bir lipit türü olduğu gibi KKH için de birincil risk faktörüdür. Kandaki kolesterol miktarı arttıkça KKH riski de artar.

Kolesterol kanda çözünür olmadığı için karaciğerde proteinlerle birleşir ve kan yoluyla taşınabilir. Söz konusu kolesterol trigliserit ve protein bileşimi, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) gibi iki ana kolesterol türünün oluşumuyla sonuçlanır. Yüksek kan kolesterolü ve KKH arasındaki ilişki, esas olarak LDL seviyesine bağlıdır. Yüksek LDL düzeylerine sahip olan kişiler, artmış KKH riskine sahipken, yüksek HDL düzeyine sahip olan kişiler, azalmış KKH riskine sahiptirler. Bu nedenle LDL, "kötü huylu"; HDL ise "iyi huylu" kolesterol olarak bilinir (Powers-Dodd, 2018: 281-281). Düzenli sportif faaliyetlerde bulunanlar ile uzun mesafe koşucularının HDL seviyesinin yüksek olduğu kanıtlanmıştır.

Kan yağları yüksekliği, koroner kalp hastalığı için önemli risk faktörlerinden biridir. Lipit ve lipoprotein hastalıkları ile aterosklerozun özellikle koroner kalp hastalığını birbiriyle yakın ilişkili olması sebebiyle son yıllarda dikkatler bu konu üzerinde yoğunlaşmıştır. Başka bir ifadeyle epidemiyolojik çalışmalar, toplumların total kolesterol ve lipoprotein kollesterol (LDL) düzeyleri yükseldikçe koroner kalp hastalığı riskinin arttığını (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 423) göstermiştir.

Hipertansiyon

Hipertansiyon, hem kendisi bir hastalık, hem de KKH ve felç (inme) ile ilgili önemli bir risk faktörüdür. Zira hipertansiyon, atareskleroz gelişme hızını ve dolayısıyla KKH riskini artıran bir etkidir. Ayrıca sodyumun miktarının yüksek olduğu her diyet, hipertansiyon riski taşır. Sodyum alımını azaltmanın yolu, esas olarak işlenmiş gıda, içecekler ve fastfood ayaküstü yenilen gıdalardan kaçınmaktan geçer. Hipertansiyon ve tuz arasındaki ilişki nedeniyle ulusal sağlık enstitüleri hipertansiyon riskini azaltmak için tuzsuz diyet önerilerinde bulunmuşlardır (Powers-Dodd, 2018: 281).

İnme (Felç)

İnme, beyni besleyen kanın birkaç dakikalığına kesilmesi sonucunda meydana gelir. İnmenin en sık görülen nedeni serebral damarların tıkanmasıdır. İnmeler, kan pıhtısı veya beyindeki damarların yırtılmasıyla beyinin ilgili bölümüne olan normal kan akışını bozması sonucunda oluşabilir. İnmenin şiddeti, hasar gören beyindeki hücrelerin yerine ve sayısına bağlı olarak hafiften ağıra değişebilir. Hafif inmeler bellek kaybı, konuşma sorunları, görme bozuklukları, veya kol ve bacaklarda hareket yoksunluğuna (paralizi) neden olur (Powers-Dodd, 2018: 278).

Solunum Sistemi Hastalıkları

Hücre içerisinde besinlerden enerji üretilebilmesi için, besinlerin oksijen ile parçalanması gerekir. Hücre içerisinde besin maddelerinin oksijen kullanılarak parçalanması ve enerji üretilmesine "solunum" denir. Akciğerler, solunan havada oksijenin insan vücuduna girmesini sağlar. Hücrelere taşınan besinler oksijenle yakılarak enerji açığa çıkar; böylece solunum olayı gerçekleşmiş olur. Tüm bunlar için akciğerler ve karın boşluğu arasındaki diyafram ve kaburgaların arasında

bulunan kasları kullanarak nefes alınıp verilir. Akcięerlerle vücuda alınan oksijen, akciğerlerdeki damarlar aracılığıyla kana geçer. Solunum sonucu üretilen enerji, yaşamsal faaliyetlerde kullanılırken, su ve karbondioksit gazı hücre dışına atılır.

Akcięer problemi olan kişiler, yeterli oksijeni alabilmek için sağlıklı bir kişiden daha fazla çaba sarf etmek zorundadır. Akcięerlerde sertleşme varsa, diyaframın daha da çok çalışması gerekir. Yorucu olan bu durum, nefessizlik hissi ortaya çıkarabilir. Nefessizlik hissi, akciğer hastalığının en yaygın belirtilerinden biridir. Akcięer hastalığı olan kişilerin doktor tarafından uygun görülen fiziksel aktivitelerini aksatmadan yapmaları, keza solunum egzersizlerini düzenli olarak takip etmeleri gerekir. Birkaç solunum egzersizi örneği vermek gerekirse;

Oturduęunuz yerde omuzlarınızı ve göğsünüzün üst kısmını gevşek bırakın. Karınınızın üst kısmına elinizi yerleştirin. Karın bölgenizin, nefes alırken dışa, nefes verirken içe hareket etmesi diyaframınızı kullandığınızı gösterir. Bir diğer egzersiz, burnunuzdan derin nefes alın. Nefesinizi 3 saniye tutun ve ağızınızdan üfleterek verin. Aynı işlemi üç- dört kez yaptıktan sonra dinlenin. Bunu 10 kez tekrarlayın. Bu egzersizi yemek yedikten 2 saat sonra yapmanız gerekir, zira mideniz boş olmalıdır. Söz konusu egzersizleri yapmanız, diyaframınızın kuvvetini artırarak bronşlardaki balgamı sökmenizi sağlayacak; dolayısıyla nefes alıp verme sıklığını azaltacaktır.

Solunum hastalıklarından korunmak için önerilebilecek fiziksel aktiviteler:

- Düzenli olarak temiz ve açık havada aerobik egzersiz (tempolu yürüyüş yapmak, bisiklete binmek vb.) nefes darlığı olmadan yürüyebilecek kadar yürümek.
- Yürürken nefes alınan sürenin iki katı kadar sürede nefesinizi verin. Örneğin iki adımda nefes alın; dört adımda nefes verin (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 21-22).

Şeker Hastalığı

Şeker hastalığı (diyabet) bedenin kandaki şekeri düzgün kullanamamasına bağlı olarak yüksek kan şeker düzeyleriyle oluşan bir hastalıktır. Diyabet, genel olarak orta yaşlarda ortaya çıkar ve kilolu insanlarda daha sık görülür. Diyabet ile KKH arasında olumsuz bir ilişki söz konusudur. Zira diyabetli olan insanların yaklaşık %75 inde kalp damar hastalıklarına yakalanma riski vardır. Başka bir ifadeyle, diyabetin KKH riskinde oynadığı rol, diyabetli kişilerin sıklıkla aktif olamaması,

uygun olmayan kan kolesterol düzeyleri ve hipertansiyondan muzdarip olmalarıyla bağlantılıdır (Powers-Dodd, 2018: 282).

Araştırmalar, genel olarak "egzersizlerin" insülin duyarlılığını artırarak Tip 2 "Diabetes Mellitus"dan (DM) korunmaya yardımcı olduğunu göstermektedir. Egzersizin, insülin miktarındaki azalmadan ziyade, insülin direnci nedeniyle oluşan anormal glikoz toleransını iyileştirebileceği ileri sürülmüştür. Bu nedenle, egzersiz Tip 2 DM'de hastaların insülin tedavisi gereksinimi duymadan önceki erken dönemlerde, koruyucu olarak daha yararlı olacağı (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 422-423) söz konusudur. Ayrıca, düzenli şekilde uygulanan egzersizler, vücuttaki fazla şekerin yakılmasını sağlar; (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 23) bu sayede kan şekeri düzeyi düşer.

Kanser

Kanser, anormal hücrelerin büyüme ve yayılmasıyla ortaya çıkan bir hastalıktır. Kanser hücreleri tümör denilen kitleler oluşturur. İyi huylu (selim/benign) tümörler kanserli hücreler içermezken, kötü huylu (habis/malign) tümörler kanser hücresi içerir. Kötü huylu tümörlere ait hücreler, daha hızlı bölünme eğilimindedirler ve bütün bedene yayılabilirler (metastaz). Kötü huylu tümörlere ait anormal hücrelerin boyutu artar, bu hücreler kan veya lenfe taşındıktan sonra komşu dokulara yayılır. Büyüyen kanser hücreleri, sağlıklı dokuya zarar verirken, organların normal çalışmasını da engeller (Powers-Dodd, 2018: 350).

Son 10 yılda egzersizlerin, kanser üzerine etkisi olup olmadığı konusunda birçok çalışma yapılmıştır. Deneysel araştırmalar, egzersizin tümorogenez direnci artırdığı tespit edilmiştir. Söz konusu etkileri, enerji dengesiyle açıklayan bir kısım araştırmacı, egzersizle artan enerji ihtiyacının tümör büyümesini yavaşlattığı görüşünde olmasının yanı sıra temel mekanizmanın immünolojik olduğu da sanılmaktadır. Kolon kanserinin nispi riski, hareketsiz yaşam tarzı olanlarda (sedanterlerde) aktif hareketli gruplara göre iki kez daha fazladır. Kalifornia Üniversitesinde göğüs ve kolon kanseri üzerine yapılan çalışmalara göre, düzenli egzersiz yapan kadınlarda bu tür kanser riski anlamlı olarak daha azdır (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 419).

Obezite

Obezite, hareketsiz yaşam tarzı ve kalori alımı artışına bağlı olarak gelişen, keza yaşanan coğrafya ve kültürle de ilişkili olabilen bir sağlık problemidir. Başka bir

değişle, enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizlik sonucu vücuttaki yağ kitlesinin yağsız vücut kitlesine oranla artmasına obezite denir. Obezite, kalbin fonksiyonunda çeşitli değişikliklere yol açarak tek başına kardiyovasküler hastalık riskini de artırır. Obezite ve hipertansiyonun birlikte bulunması ise, kalbin yapısı ve fonksiyonu üzerine daha fazla olumsuzluklara yol açar. Kısaca obezite, hipertansiyon, diyabet kardiyovasküler hastalıklar, inme, uyku apnesi ve bazı kanser türleri için risk faktörüdür. Obez bireylerde, ağırlıklarından % 10 düzeyindeki azalma, kan basıncında belirgin düşüş sağlar (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 17).

Obezitenin saptanmasında en çok kullanılan yöntem "beden kitle indeksidir."

Vücut kitle indeksi= Vücut ağırlığı (kg)/boy²

Örneğin bireyin vücut ağırlığı 80 kg, boyu 1.70 ise;

Vücut kitle indeksi= 80/1.70x1.70= 27.68

Aşağıdaki formülde, vücut kitle indeksinin normal ve anormal aralıkları yer almaktadır (Oral-Yalnız-Deniz, 2016: 17):

20 ile 26 arası; **çok düşük risk**,

25 ile 30 (hafif şişman); **düşük risk**

30 ile 35 orta risk (şişman); **orta risk**

35 ile 40 risk (ağır şişman); **yüksek risk**

Stres ve Ruhsal Hastalıklar

Stres, tıbbî açıdan duygusal ve fiziksel sağlığı etkileyen bir olgudur. Kronik stres, yüksek tansiyonla, kalp hastalığıyla, hormonal bozukluklarla, hastalıklara karşı düşük dirençle ve duygusal rahatsızlıklarla yakından ilişkilidir. Ayrıca stres, bağışıklık sistemini bastırıp bireyi hastalıklara karşı duyarlı hale getirebilir. Bu nedenle stres, bireylerin yaşamlarını etkileyen önemli bir sorundur. Kişinin stres kaynaklı hastalık geçirme riskinin artma sebebi, zamanla kanda yükselen kortizol düzeyinin bağışıklık sisteminin enfeksiyonlarla savaşma yeteneğini zayıflatmasıyla ilgilidir (Powers-Dodd, 2018: 301-302).

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar, sportif faaliyetlerin, azalmış depresyon ve anksiyete semptomlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca sportif faaliyetler, pozitif duygulanım ve kendini iyi hissetmeyle de yakinen ilişkili bulunmuştur. Diğer taraftan, Paffenbarger ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, haftada üç saat veya daha fazla spor yapan erkeklerde depresyon riski; hiç spor yapmayanlara göre % 27 daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Karacabey-Özmerdivenli, 2011: 424).

Kaynakça

- Aydın, Hakan - Gül, Özcan - Aydın, Mürvet (2018). "Kurumsal Bakım ve Rehabilitasyon Sürecinde Sporun Önemi, Kamu ve Sivil Toplum Kuruluşu İşbirliği: Aile Çalışma ve Sosyal Hizmet Bakanlığı Aile ve Sosyal Politikalar Gençlik ve Spor Kulübü", *ASOS*, s. 70.
- Dever Ayhan-İslâm Ahmet (2015). "Osmanlı İmparatorluğu'nun Son Dönemlerinde ve Türkiye Cumhuriyeti'nin İlk Yıllarında Okullardaki Beden Eğitimi Derslerine Sistemik Bir Bakış", *JASSS*, s. 32.
- Erkal, Mustafa (1982). *Sosyolojik Açıdan Spor*, İstanbul: Filiz Yayınevi.
- Güneş, Ziyannur (2017). *Spor ve Beslenme Antrenör ve Sporcu El Kitabı*, 8. Basım, Ankara: Nobel Yayınevi.
- İmamoğlu, Osman (1992). "Spor-Sağlık İlişkisi", *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, C.7.
- İnal, Ali Niyazi (2003). *Beden Eğitimi ve Spor Bilimi*, Ankara: Nobel Yayınevi.
- Karacabey, Kürşat - Özmerdivenli Recep (2011). *Sağlıklı Yaşam ve Spor*, İstanbul: Bedray Yayınevi.
- Oral, Onur - Yalnız, Ferrin İlbay - Deniz, Engin (2016). *Spor ve Sağlık*, Editör Doğan Özkal, Ankara: Nobel Yayınları.
- Özdenek, Serhat (2018). "Spor Bilimlerinde Akademik Araştırmalar Beden Eğitimi ve Spor; Faydaları Önemi ve Sınıflandırılması", *Researchgate*.
- Özer, M. Kamil (2016). *Fiziksel Uygunluk*, (6. Basım) Ankara: Nobel.
- Powers, Scott-Dodd, Stephen (2018). *Her Tönüyle Fitness Sağlıklı Yaşam*, Çeviri Editörü Mehmet Üzel, (7. Baskı), Ankara: Nobel Yayınevi.



9. BÖLÜM

BEDENİN TOPLUMSAL DÖNÜŞÜMÜ: SAĞLIKLI BEDENDEN ESTETİK VE ATLETİK BEDENE

Murat YÜKSEL*

1. Giriş

Çok boyutlu bir varlık olarak insan aynı zamanda bedensel bir varlıktır. Ancak beden sadece biyolojik bir yapı değildir. Ayrıca beden, içinde bulunduğu toplumun ya da kültürün izlerini taşıyan bir yapıdır. Biyolojik yönüyle doğanın, toplumsal yönüyle kültürün bir parçasıdır (Canatan, 2014: 81-82). Bu özelliğiyle hem doğa hem de sosyal bilimlerin ilgi alanına girer.

Beden, insanın var olduğu günden bugüne her zaman ön planda olmuştur. İnsanın madde ile olan ilişkisinin sürekli değişime uğraması, maddenin en temel göstergesi olan beden algısının da sürekli değişmesine sebep olmuştur (Yıldırım, 2008: 5). Tarih boyunca, her toplumun bedene yüklediği anlam da birbirinden farklılık göstermektedir. Kimi toplumlarda estetiğin simgesi, sağlığın göstergesi, kimi toplumlarda ise ruhun gizleyicisi ve makinanın bir uzantısına dönüşmüştür (Kızılelmas Mezarıcı, 2018: 8).

Tarihi süreçte bu denli göz önünde olan beden, XX. yüzyılın son çeyreğine kadar sosyolojinin ve diğer sosyal bilimlerin çok fazla ilgisini çekmemiştir. Bu durum beden üzerine hiçbir çalışmanın ya da analizin yapılmadığı anlamına gelmemektedir. Özellikle beden sosyolojisi açısından, felsefe ve antropolojide yapılan tartışmalar önem arz etmektedir. Ancak, felsefî tartışmalar daha çok ruh-beden ya da akıl-beden karşıtlığı üzerinden yapılmıştır. Kartezyen anlayışın karşıtlıklarla düşünen yapısı zaman içerisinde, Bryan S. Turner'ın, feministlerin ve yapısalcılık sonrası Fransız düşünürlerin (Foucault, Deleuze, Derrida, Lyotard, Baudrillard ve

* Dr. Öğr. Üyesi, Ordu Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü.

Bourdieu gibi) çeşitli eleştirileri sonucunda değişmiş ve beden birçok alanda toplumsal çözümlemenin konusu haline gelmiştir (Sert, 2002: 101; Işık, 1996: 39). Bedeni merkezde tutan bütün yeni çalışmalar, bedenin ruh-beden ya da akıl-beden ikiliğine indirgenemeyeceğini, sosyal yapıdaki kültürel değişimlerin beden üzerinde de önemli etkileri olduğunu göstermiştir.

Beden evrimci bir bakışla biyolojiye indirgenen yaklaşımdan kurtularak, sosyolojinin ilgi alanına girmeye başlamış ve sosyoloji ile yeniden gündeme gelmiştir. Ancak, klasik dönem sosyologlarının çok ilgi göstermediği beden, çağdaş sosyolojide kendine önemli bir yer edinmiştir (Borlandi vd., 2011: 88-89). Gerçekte klasik sosyolojide beden tamamen görmezden gelinmemiş, en azından düşünsel boyutta yer almıştır. Klasik sosyolojide bedenin, toplumsal eylemde önemli bir rolünün olduğunun düşünülmemesi ve bedenin pasif olarak algılanması, ilginin azlığının bir nedenidir. Bir diğer nedeni ise, klasik dönem sosyologlarının XVIII. yüzyıl Avrupa'sında, Sanayi Devrimi ve Fransız İhtilali sonucunda yaşanan makro toplumsal dönüşümler ve onların sonuçları ekseninde ortaya çıkan toplumsal şartlara odaklanmaları ile ilgilidir. Klasik sosyologların bedene dair söyledikleri şeyler, toplumla ilgili görüşlerinin bir yansımasıdır. Buna göre beden, Marx'da tabakalaşma ekseninde ele alınır, Durkheim'da kutsal-profan ayrımında kendine yer bulur. Weber' de ise rasyonalite ve bürokrasi çerçevesinde değerlendirilir. Simmel'de bilinç ve duyular üzerinden, Spencer'da organik toplumla ilişkilendirilerek ve Parsons'da ise eylem, kültür ve toplum-sistem yaklaşımları ekseninde anlam bulur (Kara, 2011: 25, 27). Beden, çağdaş sosyolojide çok daha fazla ilgi görmüş, daha önceki değerlendirmelere kıyasla farklı anlamlar ihtiva etmiş ve sosyolojik araştırmaların merkezinde yer almıştır. Çağdaş sosyolojide bedene olan ilgi Foucault, Bourdieu, Elias ve Baudrillard'ın etkisiyle sürekli artmıştır.

Çağdaş dünyada spor, kozmetik, diyet, estetik, sağlık vb. birçok alanın ya da sektörün ilgi alanına giren beden, sürekli tartışmaların odağında yer almaktadır. Erkek bedeni tarih boyunca gücün, kuvvetin, dayanıklılığın sembolü olmuş ve hemen her dönemde bu önemini korumuştur. Aynı durumu kadın bedeni söz konusu olduğunda söylemek mümkün değildir. Bazı dönemlerde aşağılanan, bazen damgalanan, bazen hor görülen, bazen de yaşam hakkı tanınmayan bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Özellikle Sanayi Devrimi ile birlikte, şartların da zorlamasıyla kadın, özel alanından çıkmış ve kamusal alanda görülmeye başlanmıştır. Sanayi Devrimi'nden postmodern döneme kadın, sosyal yaşama daha fazla girmiş ve kadının sosyal hayatta yer alması, modern bir toplumun da en temel göstergesi sayılmıştır (Amman, 2006: 41-46).

Postmodern dönemde, geçmişte daima var olan, ama toplumsal yaşama bir özne olarak daha yeni katılan kadın, bedeni üzerinden yeniden inşa edilmiş ve özellikle estetik ve güzellik argümanlarıyla, ideal bir kadın bedeni portresi çizilmiştir. Bedeniyle daha ön plana çıkarılan kadının, başarısı ve itibarı da bununla ilişkilendirilmiştir. Kadın, her zaman güzel, estetik, istenen ve arzulanan bir beden olarak idealize edilmiştir. Bu ideal bedene ulaşmak için, biri estetik cerrahî diğeri ise spor olmak üzere özellikle iki alanın kullanıldığı görülmektedir (Kızılelmas Mezarıcı, 2018: 1).

Günümüzde hem erkek hem kadın üzerinde, ama özellikle de kadın bedeni üzerinden güzellik ve estetiklik vurgusu çok net görülmektedir. Kitle iletişim araçlarının da yoğun olarak kullanıldığı bu süreçte, kimyasal soyma, göz kapağı ameliyatı, burun biçimlendirme, botoks enjeksiyonu, yüz gerdirme, göğüs büyütme, karın gerdirme ve yağ aldırma gibi operasyonlar ile (Haviland vd., 2008: 817) kadın bedenine müdahale edildiği görülmektedir. Kadınlar kadar olmasa da erkeklerin de bu sürecin dışında kaldığı söylenemez. Koltuk altı terlemesi, alın ve kaş ortası çizgileri, saç dökülmesi, cilt yaşlanması, göz kapağı düşüklüğü, yağ aldırma, göğüs büyütme, boyun ve yüz sarkmaları, burun ve kepçe kulak operasyonları başta olmak üzere (Canatan, 2016: 212-214), erkeklerin de güzel görünmek adına çeşitli operasyonlara girdiği görülmektedir.

Gerek kadın bedenini, gerekse erkek bedenini idealize edilen standartlara ulaştırmanın ya da ulaşılan ideal bedeni korumanın yollarından biri de spordur. Spordan, bireylerin ruh ve beden sağlığını geliştirmek, karakter gelişimini sağlamak ve çeşitli yetenekler kazandırmasının yanında, özellikle sağlıklı, güzel ve atletik bedene ulaşmada yegane yol olduğu söylenebilir (Dever, 2015: 114). Ancak, kadın ve erkek bedenine yüklenen farklı anlamlar ekseninde, kadın ve erkeğin yaptıkları sporların ya da spor yapma amaçlarının da değiştiği görülmektedir.

Bu çalışma, genel hatlarıyla bedenin toplumsal dönüşümüne odaklanmaktadır. Tarih boyunca, özellikle erkek bedeni, farklı amaçlarla da olsa daha ön planda olmuş ve sağlıklı bir beden her zaman çeşitli amaçlara ulaşmada temel teşkil etmiştir. Günümüze doğru geldiğimizde ise, bir taraftan kadın bedeni daha görünür olmaya başlamış, diğer taraftan ister kadın isterse erkek olsun, sağlıklı beden imgesinin yerine, estetik ve atletik beden imgesinin geçtiği görülmektedir. Çalışmanın akışında konuya genel bir giriş yaptıktan sonra, ilk olarak bedenin tarihine kısaca değinilecek, özellikle doğu ve batı ekseninde bedenin nasıl görüldüğü ya da ona nasıl bir anlam yüklenildiği incelenecektir. Çalışmanın devamında, estetik

ve atletik beden imajının oluşmasında tartışmasız önemi olan, tüketim toplumunda beden başlığı yer almaktadır. Tüketim toplumunda bedenin nasıl dönüştüğüne dair bir girişten sonra, estetik ve atletik beden başlıkları altında bedenin günümüzde geldiği nokta tartışılacaktır.

2. Bedenin Tarihi

Beden bütün hayatımızın, diğer insanlarla kurduğumuz ilişkilerin ya da yaşam boyu yaptığımız pratiklerin merkezinde yer alır (Bingöl, 2017: 86). İlk olarak biyolojik bir varlık olarak karşımıza çıkar, ancak, sadece biyolojiye indirgeyebileceğimiz bir olgu değildir. Topluma, kültüre, mekâna ve zamana göre bedenin anlamı ve yapısı değişiklik göstermektedir. Bundan dolayı beden, farklı gerçeklikleri bünyesinde barındıran simgesel bir yapıdır (Outhwaite, 2008: 74-75). Bir taraftan, bedenin biyolojik yapısı, şekli, biçimi onun maddî yönünü oluştururken, diğer taraftan bedenin, benlik algısı ve kimliğin oluşumunda da rolü olması, onu aynı zamanda hayatın da önemli bir belirleyicisi haline getirir (Ertan, 2017: 287; Kara, 2011: 23). Hayatı, insanı, insanın evrendeki yerini anlayabilmek için, beden algısını, bedenin işgal ettiği yeri ve nasıl bir inşa sürecinden geçtiğini bilmek gerekir (Şişman, 2013: 19-20). Dolayısıyla beden, salt biyolojik bir yapı olmanın ötesinde, birey ve toplum hakkında fikir edinebileceğimiz bir yapıdır.

Beden sosyolojik anlamda, toplumsal olanı temsil eden bir bütün ya da varlık olarak tanımlanabilir (Cirinlioğlu, 2017: 87). Her toplum ona farklı anlamlar yüklediği için, hem farklı bilim dallarının ilgi alanına girmiş hem de çok farklı tanımları ortaya çıkmıştır. Özellikle antropoloji de beden, sosyolojiden çok daha önce yer almaktadır. Bunun en temel nedeni, toplumsal göreceliğin anlaşılmasına imkân sağlamasıdır (Işık, 1996: 40). Antropolojik veriler ışığında, farklı kültürlerin beden üzerinden incelenmesi mümkündür.

İnsan bedeninin ele alınış tarzı çağdan çağa değişmektedir. Geleneksel dönemde bedenin iç dünyasının daha önemli olduğu görülmektedir (Canatan, 2011: 347). Beden ve sosyo-kültürel yapı ile ilişkinin kurulduğu ilk çalışma olan Mauss'un (1973: 75) "Beden Teknikleri" başlıklı makalesi, insanların bedenlerini kullanım şekillerinin toplumdan topluma değişmesine vurgu yapmaktadır. Mauss'a göre beden, insanın ilk ve en doğal enstrümanıdır.

Geleneksel ya da yerel topluluklarda beden daha çok, estetik yönüyle değil, üretim sürecine yaptığı katkı çerçevesinde ekonomik açıdan değerlendirilmiştir

(Köse, 2016: 176). Ayrıca pek çok geleneksel toplumda ideal kadın bedeni balıketi şeklinde tasvir edilmiştir. Zayıflık, yoksullukla ve statüsü düşük olmakla ilişkilendirildiği için, istenen bir durum değildir. Günümüzde hala, çeşitli kültürlerde balıketi ya da tombul olarak nitelendirilen bedene, daha fazla değer atfedilmektedir.

XV. ve XVI. yüzyılda dahi Avrupalı ideal kadın bedeninin – dönemin sanat eserlerinde de görüleceği üzere- bugün tombul olarak nitelendireceğimiz yuvarlak hatlara sahip olduğu görülür. Zayıf, ince, güzel, estetik hatlara sahip ideal kadın bedeni ise, XIX. yüzyıl sonunda, yine Batı’da ortaya çıkmış ve kadın güzelliğinin Batılı imgesi kitle iletişim araçlarının da etkisiyle, XX. yüzyılda bütün dünya kadınları için ideal haline gelmiştir (Giddens & Sutton, 2016: 448).

İnsan bedenine ilişkin değişen algılar, tıbbî araştırmaların doğasını da belirlemektedir. Descartes’çı felsefenin etkisiyle ruh ve beden birbirinden ayrılmış, modern bilim ekseninde bedenin sorunları ile tıp, ruhun sorunları ile toplum bilimleri ilgilenmeye başlamışlardır (Cirhinlioğlu, 2017: 82). Beden konusu ile ilgili yapılan araştırmalar birçok disiplini ya da alt disiplini ilgilendirmektedir (Demir, 2017: 10). Bu disiplinlerin çok geniş olmasından dolayı, bir bütün olarak bedene bakış ancak, bu disiplinlerdeki bilgilerin bir araya getirilmesi ile mümkündür.

İnsan bedeniyle ilgili geliştirilen yaklaşımlar genel olarak iki eksende ortaya çıkmaktadır (Cirhinlioğlu, 2017: 82). Birincisi, bedeni sadece biyolojik ya da tıbbî yönüyle inceleyen yaklaşımlardır. İkincisi ise, bedeni sosyo-kültürel ortamda inceleyen yaklaşımlardır. Bedeni sosyo-kültürel ortamında anlamaya ya da tanımlamaya çalışanlar ise sosyologlar ve antropologlardır. Bu iki disiplin daha çok bedenin toplumsal olarak nasıl şekillendiğini ya da üretildiğini araştırırlar.

Genel olarak insan bedeni, sosyolojik bakış açısından toplumdan topluma değişen, içinde bulunduğu topluma özgü değerler taşıyan ve dolayısıyla toplumsal olarak şekillenmiş bir gerçeklik olarak değerlendirilir. İnsan, bedeni aracılığıyla toplumsal bir varlığa dönüşür (Cirhinlioğlu, 2017: 83; Hepşen, 2010: 10). Bu kapsamda sosyolojinin bir alt dalı olarak beden sosyolojisi, insan bedeninin toplumsal doğası, bedenin toplumsal olarak üretilmesi ve düzenlenmesi, bedenin toplumsal yansımaları ve beden, toplum ve kültür arasındaki ilişkileri inceler (Giddens & Sutton, 2016: 450; Wallace & Wolf, 2004: 448). Bir diğer ifadeyle beden sosyolojisi, toplumsal olanın beden üzerindeki yansımalarını inceler.

Beden sosyolojisinde beden, iç ve dış olmak üzere ikiye ayrılarak incelenir. Bu ayrımı ilk olarak yapan Turner (1984: 91), yukarıda değinilen yaklaşımların ya da

farklı disiplinlerin de ilgi alanlarının daha açık bir şekilde anlaşılmasına önemli bir katkı sağlamıştır. Dış beden, bedenın sosyo-kültürel alanda nasıl ortaya çıktığını konu edinir ve bu yönüyle sosyolojinin ilgi alanına girer.

Dış beden ile ilgili değerlendirmeler, postmodernistler, göstergebilimciler ve post-yapısalcılar tarafından moda, spor, tüketim, medya ve cinsellik gibi alanlar kullanılarak yapılmaktadır. Burada ister özel alanda ister kamusal alanda olsun, bedenın neyi temsil ettiğı ve nasıl düzenlendiğı üzerinde durulur. İç beden ise, tıp, biyoloji başta olmak üzere, fenomenoloji ve daha birçok alanın konusu olur ve iç beden üzerinden arzu ve ihtiyaçlar yönlendirilerek toplumun kontrolü sağlanır (Canatan, 2011: 347).

Modern bilimin gelişmesi ile birlikte bilgi, düşünsel boyuttan, güç olmaya doğru evrilir. Bilginin bir güce dönüşmesinin neticesinde, doğanın daha fazla kontrol altına alındığı görülmektedir. Doğayı kontrol etme çabası, onunla sınırlı kalmaz ve tıp üzerinden insan için uygulanmaya başlanır. Bir diğer ifadeyle, insan bedeni, tıbbî bilimsel bilgi ile kontrol altına alınır. Tıp alanındaki birçok gelişme ya da buluş, bedenın sağlık için kontrol altına alınması gibi bir sonuç doğurur. Beden, artık devletin bir malına dönüşür ve devlet, vatandaşlarının sağlıklı bir bedene sahip olmasını sağlayarak kendi geleceğini garanti altına almak ister (Şişman, 2013: 29). Tıp, kapitalist sistemle birlikte ve çeşitli araçlarla, insan bedeni üzerinde bir otorite kurmuş ve insanın kendi bedeni üzerindeki iktidarını yok etmiştir. Bu durum toplumun tıbbîleştirilmesi olarak ifade edilebilecek bir sürecin yaşanmasına neden olmuştur (Aytaç & Kurtdaş, 2015: 248; Turner, 2011: 240). Ayrıca, yaşamın tıbbîleşmesi adıyla yeni bir yaklaşım geliştirilmiştir. Bu yaklaşım XXI. yüzyılda artık tıbbîleşme sürecinin farklı şekilde işlediğini, özellikle bedenleri dönüştürme ve yeni kimlikler oluşturma üzerinden insan hayatına daha fazla müdahale edildiğini iddia etmiştir (Erol & Terzioğlu, 2018: 309-310).

Özellikle Foucault, devlet (iktidar) ve beden ilişkisinin nasıl olduğunu açıklamaya çalışır. Michel Foucault, Hapishanenin Doğuşu (2019) ve Kliniğin Doğuşu (2018) isimli çalışmalarında güç biçimleri üzerine yaptığı analizlerde üç farklı iktidar biçimi tanımlar ve bu iktidar biçimlerinin ne zaman ve ne şekilde kullanıldığını inceler. Foucault'nun incelediğı iktidar biçimleri; mutlak iktidar, disipline edici iktidar ve biyo-iktidardır. Burada özellikle konumuz açısından önemli olan, biyo-iktidar kavramsallaştırmasıdır. Tarih boyunca, bedenın iktidarlardan tarafından çeşitli sebeplerle denetim altında tutulduğu görülmektedir. Bu ilişkinin açığa çıkmasında önemli katkıları olan Foucault, Batı toplumlarında siyasal iktidarlardan ile beden arasındaki ilişkiye vurgu yapmakta ve bu durumu biyo-politika kavramı ile

açıklamaktadır. Biyo-iktidarın hedefinde direkt olarak insan bedeni vardır (Foucault, 2010). Ona göre, modern dönemde iktidar bütün ilgisini insana yöneltmiş ve insan hayatını siyaset üzerinden düzenlemiştir. Foucault bedeni, siyasî bir gözetim ve denetimin aracı olarak değerlendirir. XVIII. yüzyılda, iktidarın bedeni başta tıp olmak üzere, daha birçok kurumu kullanarak disiplin altına aldığını ve bedeni hem ekonomik hem politik hem de sosyal anlamda faydalı hale getirdiğini iddia etmiştir (Foucault, 1995: 136-137). İktidar ile beden arasındaki bu ilişki, devletin sağlıklı olmasının, vatandaşın sağlıklı olmasından geçtiği düşüncesinin bir sonucudur.

Kapitalist sistemin ortaya çıkışı ile birlikte beden algısı değişmiş ve insan bedeni önem kazanmaya başlamıştır. Kapitalist sistemin tek amacı kar etmektir. Kar etmek için her türlü nesneyi kullanır ya da tüketir. Dolayısıyla beden de, kapitalist sistem içinde tüketim için hayatî bir öneme sahiptir. XIX. yüzyıla gelindiğinde ise beden, tamamen bir metaya dönüşmüştür. Ayrıca beden, bu dönemde hazzın ve bireysel kimliğin de en önemli yansıtıcısı haline gelmiştir.

Modern beden, üretici, yönetilen, biçimlendirilen ve kurallı hareketlerle kontrol altında tutulan bir bedendir. Postmodern beden ise, düzenli ve sürekli tüketen, haz aracı olan, uyarılmaya ve bu uyarılara her zaman tepki vermeye hazır, duyarlılığı yüksek, bir taraftan özel bir mülk, diğer taraftan ise çeşitli araçlarla sürekli bir kuşatma altında olan bedendir (Bauman, 2014: 161-170).

Postmodern dönemde insan bedeniyle ilgili yeni yaklaşımlar geliştirilmiştir. Modernden post-moderne doğru bir geçişin yaşandığı günümüzde bedene yönelik geleneksel bakış açılarının her toplumda ciddi bir dönüşüme uğradığı ifade edilebilir. Bedene ilgi her geçen gün artmış, ideal ölçülere sahip olan estetik ve atletik bedene tekrar kutsallık atfedilmeye başlanmıştır. Beden, birçok disiplin için merkezi bir öneme sahip olmuştur.

Postmodern toplumda, ağırlıklı olarak kadınların çalıştığı hizmet sektörünün öncelikli hale gelmesi, serbest zamanın sürekli artması, kapitalist sisteminde etkiyle tüketim kültürünün yaygınlaşması ve bedenin tüketimin bir nesnesine dönüşmesi gibi olgular, bedene daha fazla ilgi gösterilmesine neden olmuştur (Tilmurturkan, 2008: 11).

Postmodern dönemde beden, kapitalist ekonomik sistemin çıkarlarına paralel bir şekilde tüketimin ana öğelerinden biri haline gelmiştir (Okumuş, 2011: 46). Bu yeni kültür içerisinde insan bedeni, bir tüketim nesnesi olarak yeniden üretil-

mekte ve güzellik ve yaşam tarzları bu çerçevede dönüşüme uğramakta, tüketim dair her türlü unsur bu kültürde heyecan ve haz için kullanılmakta ve toplumsal yaşamda öncekilerden farklı olarak yeni değerler üretilerek, beden etki altına alınmaktadır. Bir diğer ifadeyle, beden devlet, din, moda, spor, kozmetik, plastik cerrahî ve medya gibi araçlar tarafından tahakküm altına alınmış, yeniden biçimlendirilmiş ve baştan aşağı parçalara ayrılarak tüketilen bir varlığa dönüşmüştür.

Postmodern dönemde, daha önce doğal bir süreç olarak kabul edilen doğum ve ölüm gibi süreçler, artık doğal kabul edilmemektedir. Günümüzde insanlar genç ya da dinç bir bedene sahip olabilmek ve yaşlanmayı olabildiğince geciktirmek için kendisine sunulan birçok seçenekten yararlanmaya mecbur bırakılmaktadır. Postmodernizmde genç kalmak önemli bir değer haline gelmiştir. Yaşlanmak, birçok insan için fiziksel, ruhsal ve psikolojik olarak çökmek anlamına gelmektedir. Bu dönemde, insanların gerçek yaşlarından ziyade, kendilerini hangi yaşta hissettikleri daha önemli hale gelmiştir. İnsanların hissettikleri yaşta olma düşüncesi, yaşlıların genç olma, gençler gibi görünme, kendi dönemine ait pratiklerden uzak durma ve gençliğe ait öğelere daha fazla ilgi göstermelerine neden olmuştur. Özellikle kitle iletişim araçlarının etkisiyle insanlar, kendi bedenlerini ve hayatlarını, yaşamlarının her döneminde gözden geçirmekte ve ona yeni bir anlam yüklemektedirler (Featherstone & Hepworth'den aktaran Cırhinlioğlu, 2017: 91).

Günümüzde sağlıklı bir bedene sahip olmak, ancak tüketim toplumunun bir parçası olmakla mümkün görünmektedir (Adak, 2017: 345). Tüketim toplumunun geleceği, insanların kendi bedenlerine yönelik algılar ve bu algıların dönüştürülmesi ile belirlenmektedir.

Yaşamımızdaki bütün ilişkilerimizi bedenimiz üzerinden kurarız. Beden, hem kendimiz hem de öteki ile kurduğumuz ilişkilerde başat bir rol oynar ve bu ilişki ile bir anlam kazanır. Bundan dolayı, insanın bedenini nasıl algıladığının ve ona nasıl bir anlam yüklediğinin önemi büyüktür (Kızılelmas Mezarıcı, 2018: 7). Beden algısının oluşmasında, sadece kişinin kendi bedenini nasıl algıladığı değil, çeşitli araçlarla standart bir beden algısının oluşturulmaya çalışılması da göz önünde bulundurulmalıdır. Standart bedenin, çoğu zaman bireylerin kendi algıları ya da tercihleri sonucunda ortaya çıktığı söylenece de, salt bir bireysel tercih olmanın ötesinde, bilinçli bir şekilde insanlara empoze edilen bir beden olduğu da gözden kaçırılmamalıdır.

XIX. yüzyılla birlikte beden, ruhun ve aklın önüne geçmiş, insan salt bedeni ile değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu tarihten itibaren bedene olan vurgu sürekli artsa da, gerçekte insan tarih boyunca bedenine sahip olamamıştır. Özellikle günümüzde beden hep birilerinin ya da çeşitli kurumların mülkü olmuştur. Beden sürekli kontrol altında tutularak, bir beden mühendisliği yapılmak istenmiştir. Beden mühendisliği sonucunda, bedenini estetik ve atletik yapmak için uğraşmak, beden üzerinde bireyin kontrolünün olmaması anlamına gelmektedir (İnam, 1993a). Dolayısıyla, insanın kendi bedenine sahip olması, beden mühendisliğinin farkında olması, iç-dış beden bütünlüğü ile sağlanabilir.

Bedenin tarihi, her dönem üzerinde kurulan farklı hegemonyaların tarihi gibidir. İlk zamanlarda ekonomik olarak değerlendirilmiş üretici bir beden vardır. Antik Yunan'da beden gücün ve güzelliğin simgesi olarak görülmüş, Ortaçağa gelindiğinde ise, eziyet edilerek, işkence yapılarak ve acı çektirilerek terbiye edilmek istenen bir beden karşımıza çıkmıştır. İslâmi anlamda, yaratıcı ile ilişkilendirilerek, bedene iyi davranılması istenmiştir. Doğu toplumlarında daha çok ruh-beden bütünlüğü içinde değerlendirilen beden, Batı'da Rönesans ile beraber, ruh-beden ayrımı yapılmaya başlanmış ve bedene daha fazla önem verilmiştir. Descartes ile birlikte beden, ruhun tamamen reddedildiği, aklın hâkimiyetinde bir makineye dönüşmüştür. Kapitalist sistemin gelişmesiyle bedenler yeniden şekillenmiş, Sanayi Devriminin etkisiyle bir meta olmuştur. Kapitalist sistemin kar eksenli-daha sağlıklı beden, daha çok üreten beden- anlayışı çerçevesinde beden, devlet ya da iktidarlar tarafından kontrol altına alınmıştır. Özellikle biyo-iktidar aracılığıyla, sağlık, güzellik, moda, tıp, diyet, beslenme, spor, kozmetik, plastik cerrahî, hukuk vb. bütün alanlar üzerinden bedenin kontrol edildiği görülmektedir (Kızılelmas Mezarıcı, 2018: 14; Turner, 2011: 243-244). Beden, artık bireyle özdeşleşmiş, haz ve eğlencenin merkezinde yer alamaya başlamıştır. Postmodern dönemde ya da tüketim kültüründe tüketimin bir nesnesine dönüşmüş ve özellikle sağlık, spor, tıp, estetik cerrahî ve moda gibi sektörlerin parçalara ayırarak hükmettiği bir meta olmuştur.

Tüketim toplumunda beden algısına geçmeden önce farklı toplumlarda bedenin nasıl algılandığına değinmek, bedenin tarih boyunca yaşadığı dönüşümü anlamak açısından önem arz etmektedir. Tek tek kültürler ya da toplumlar üzerinden bu değişimi incelemek yerine genel hatlarıyla doğulu ve batılı beden algıları üzerinden bu dönüşüm izlenmeye çalışılmıştır.

2.1. Doğulu Beden

Tarih boyunca, doğuda birçok medeniyet kurulmuştur. Burada bütün medeniyetlerdeki beden algısı yerine, Hint, Çin, Japon ve İslâm medeniyetleri üzerinden doğulu beden algısı incelenmeye çalışılmıştır.

Hint felsefî düşüncesinde, Brahman inancı önemli bir rol oynar. Brahman, yaratılmamış, sınırı olmayan, her şeyi içeren, ebedî bir güçtür. Ancak bu güç, varlık ve evrenden bağımsız ve aşkın bir güçten ziyade, evrenin ruhudur. Brahman, hem evrenin özü hem de her bireyin içsel ruhudur. Hinduizm'e göre insan, ilahi bir öze sahip olan, kendi kurtuluşunu kendi eylem ve davranışlarıyla sağlayacak bir varlık olarak görülür. Bu bağlamda Hint kültüründe yoga, bireysel ruhun evrensel ruh ile birleşmesi için yapılır. Yoga, bir spordan ziyade, insanın hayattaki amaçlarını kozmik düzenle uyumlu bir şekilde icra etmesidir (Canatan, 2014: 16-18). Ayrıca yoga, ruhun yeniden bir bedene girmesini engelleyen, tekrar insan ya da hayvan şeklinde belirmesini önleyen bir pratiktir. İnsanın kurtuluşunu engelleyen temel unsur insanî arzulardır ve insanı bu arzulardan kurtaracak olan da yogadır. İnsan kutsal ruhla, bu arzulardan kendini mahrum bırakarak ve kendi nefesine eziyet ederek birleşebilir. Yoga insan için, dünya ile olan ilgisini kesmek ve ona hiçbir faydası olmayan beşerî mahkûmiyet çarkından kurtulmanın bir yoludur (Benedict, 2019: 207). Hint kültüründe önemli etkisi olan bir diğer nokta Budizm'dir. Budizm'de insan, yapısında gizli bulunan arzuların bir sonucu olarak dünyevi haz ve zevklere eğilim gösteren bir varlıktır. Bu eğilim, aynı zamanda insanın yeryüzündeki tüm acı ve ızdıraplarının kaynağıdır. İnsan, bu kötü yapısından ve dolaşısıyla acı ve ızdıraplarından kurtulmak için, zihinsel ve bedensel bir değişim yaşamalıdır (Canatan, 2014: 22). Budizm -yogada olduğu gibi- nirvanaya ulaşabilmek için gerekli görülen, ruhun yeniden bedene bürünmesi eylemini engellemeye çalışmaktadır. Ayrıca Buda, benzer bir düşüncenin daha sonra Descartes'ın kartezyen felsefesinde de görüleceği üzere, Dünya'nın gerçekliği ve evrensel varlık iddiasını kabul etmemekte ve hiçbir şeyin insanın bilincinin dışında bir gerçekliğe sahip olamayacağını düşünmektedir (Braudel, 2014: 261).

Çin felsefî düşüncesinde Konfüçyüsçülüğün etkisi çok net olarak görülür. Bu düşüncenin kurucusu olan Konfüçyüs, somut bir insan görüşü ortaya koymaktan ziyade, ideal insanı (soylu insan) tasvir etmiş ve ona nasıl ulaşılacağını göstermiştir. Konfüçyüs'e göre ideal insanın sahip olması gereken en yüksek erdem zendir. Zen, iyilik anlamına gelmekte ve ideal insanî ilişkilerin en önemli unsurudur. İnsanın doğası konusunda pek iyimser olmayan Konfüçyüs, insanın doğası gereği kendi cinsine yönelik olduğunu ifade etmektedir. Konfüçyüsçülük dışında Çin'de

etkili olan bir düşünce Taoizm'dir. Konfüçyüçülüğün insanı sosyal bir varlık olarak ele almasıyla birlikte, Taoizm bireye daha fazla önem vermektedir. Ayrıca Taoizm, ruhu da dışlamamaktadır. Taoizm'de bilge kişi, zihnini boşaltmalı, karnını doyurmalı, iradesini zayıflatmalı ve kaslarını güçlendirmelidir. İnsan ancak bu şekilde arzularından kurtulabilir. Budizm'de olduğu gibi, Taoizm'de de insandaki kötülüğün kaynağı arzulardır. Taoist öğretiyeye göre, insan ve evren ruh, nefes ve yaşam gücü bakımından ortaktır. İnsan, zihinsel ve ruhsal bir teknik olan meditasyon vasıtasıyla, kendini evrenle bütünleştirmelidir (Canatan, 2014: 22-31).

Japon kültüründe ise etkili olan din Şintoizm'dir. Şintoizm'de kutsal kişilikler, doğa güçlerinin kişileştirilmesiyle ortaya çıkmışlardır. Şintoizm insan ve doğa arasındaki ilişkilere odaklanmıştır. Şintoistlerin insan görüşü, büyük oranda Kami inancı ekseninde şekillenmiştir. Başlangıçta doğa güçleri kami olarak değerlendirilirken, zaman içerisinde kamiler insanî bir özellik de kazanmışlardır (Canatan, 2014: 32-33). Japonların kendilerini algılamalarında akıl-beden ayrımı yoktur. Kişiliğin beyinden çok, bedende yer aldığı düşünülür (Lock'dan aktaran, Haviland vd., 2008: 89). Japonlarda, bireyin kendini (nefsini) disiplin altına alması ya da terbiye etmesi beklenir. Bu terbiye, aynı zamanda sakin ve iyi düşünebilen bir zihne sahip olmak için gereklidir. Japon kültüründe, Hint kültürünün aksine, öldükten sonra, ruhun bir başka bedende var olacağı inancı ya da nirvana düşüncesi yoktur. Ayrıca, yoga adetlerinin temel prensiplerini de kabul etmezler. Japon düşüncesine göre, herkes öldüğünde Buda olur. Dolayısıyla, Buda olan bir bireyin bedenine ızdırap ya da çile çektirmesine gerek yoktur. Japonlar için ruh-beden karşıtlığı söz konusu değildir. Japon kültüründe zen, özellikle samuraylar için benliği kuvvetlendirmek için başvurulan bir tekniktir (Benedict, 2019: 200-211).

İslâm'da bedenın kutsal olduğuna inanılır. Ancak, ruhun yüceltilmesi için nefis terbiyesi gerekmektedir. Bundan dolayı, bedenın biyolojik arzuları kısıtlanarak, terbiye edilmesi gerektiği düşünülür (Şişman, 2013: 20). İslâm, kendisinden önceki olumsuz beden algısını değiştirmiş, ebedî olmayan bir varlık olarak bedenın, ruhtan ölümle birlikte ayrılacağı ve toprağa geri döneceği ifade edilmektedir. Kıyamet sonrasında tekrar yaratılacak olan bedenın, ruhla birleşeceği Kur'an'da belirtilmektedir. Bundan dolayı İslâm'da insan, bedenine iyi davranmak ve onu korumak zorundadır. İslâm düşüncesinde bedenın ruhun evi olması, Hristiyanlık geleneğindeki gibi olumsuz bir durum değil, tam aksine, bedene değer atfeden bir durumdur (Martı, 2011: 236).

İslâm, modern Batı'nın teşhirciliğın tam aksine, tesettürü ya da örtünmeyi emreder. Tesettür konusu ise oldukça geniş çerçeveli ve önemli bir husustur. Tesettür,

insanın değersizleştirilmesine engel olan bir emirdir. İslâm, kadın-erkek fark etmeksizin, insanın değersizleşmesine neden olacak toplumsal eğilimlere karşı çıkar. Bir diğer ifadeyle, İslâm bedeni ön plana çıkaran ve onu amaç haline getiren, neticede insanı bedeni üzerinden araçsallaştırarak değersizleştiren teşhiri doğru bulmaz (Amman, 2012).

Batı toplumlarının aksine, Doğu toplumlarında beden genel olarak ruh-beden bütünlüğü içerisinde değerlendirilmektedir. Ayrıca, Doğu toplumlarında beden algısı dinden bağımsız değildir. Batı toplumlarında olduğu gibi, ruhu tamamen bedenden ayıran, onun yerine akli önceleyen ve bugün geline nokta da materialist bakış açısıyla sadece bedenin kendisine odaklanan bir yaklaşım yerine, ruh ve beden bir bütün olarak görülür. Ancak, küreselleşme neticesinde Batı kültürünün ya da değerlerinin bütün dünyaya etki etmesi sonucunda, Doğu toplumlarında da beden ile ilgili batılı değerlerin benimsenmeye başladığı görülmektedir.

2.2. Batılı Beden

Antik Yunan'da beden toplumsal yaşamın merkezindedir. Toplumsal hayatta – sadece özgür erkekler için- bedenin teşhirine önem verilir ve teşhir edilen beden, aynı zamanda hayranlık duyulan bir nesnedir. Beden, gücün ve güzelliğin simgesi olarak değerlendirilmiş ve bedenin bir bütün olarak uyumu önemsenmiştir (Sennett, 2018: 25-58). Ancak, bedenin bu derece önemsenmesine rağmen, Antik Yunan felsefesinde beden konusunda bir bütünlük yoktur. Birçok filozof bedenin farklı yönlerine vurgu yapmıştır. Kiminde beden, hazzın ya da zevkin bir ögesi, kiminde ruhun hapisanesi, kiminde aklın yanında ikincil konumda olan, kiminde benliğin ve kimliğin önemli bir göstergesi, kiminde ise ruh ile birlikte değerlendirilmiştir (Şişman, 2013: 21-22; Yıldırım, 2008: 5-6).

Sosyolojik anlamda bedenin iç ve dış diye ikiye ayrılması Turner ile yapılmış olsa da, Antik Yunan filozofları arasında kimi iç bedene, kimi dış bedene önem atfetmiş, kimi ise bedeni bir bütün olarak değerlendirmiştir. Örneğin, Platon gençlerin eğitiminde müzikten sonra beden eğitiminin önemine dikkat çeker. Ona göre beden eğitimi sadece sporla sınırlı değildir. Spor yapmak kadar, dengeli beslenmek de beden sağlığı için önemlidir. Ayrıca, sporda da dengeli olmak hem bedensel hem de zihinsel gelişim için önemlidir (Canatan, 2011: 347-348). Beden eğitimindeki temel amacın, iç bedeni geliştirmek olduğu görülmektedir.

Ortaçağa gelindiğinde ise Batılı beden algısında önemli değişimler göze çarpmaktadır. Antik dönemin güzel ve estetik bedeni, bu dönemde bir taraftan ruh-beden ikiliği çerçevesinde değerlendirilirken, diğer taraftan beden aşağılanan, kötülen ve acı çeken bir bedene dönüştürülmüştür (Kızılelmas Mezarıcı, 2018: 8). Bu dönemde beden ile ilgili bu algının, dinden bağımsız olduğu söylenemez. Çünkü, Hristiyan düşüncesinde beden günahkardır (Martı, 2011: 235). Ayrıca, beden bir taraftan ruhun taşıyıcısı, diğer taraftan ölümlü bir varlıktır (Timurturkan, 2008: 3). Hristiyanlıkta beden, bir taraftan şeytan ile ilişkilendirildiği için günahın kaynağı iken, diğer taraftan Hz İsa'dan kaynaklı bir cisimleştirmeden dolayı kutsal kabul edilir (Şişman, 2013: 22). Ayrıca, Ortaçağ'da popüler olan kadın bedeni, dönemin resimlerinde de görüldüğü üzere, günümüzde ideal haline getirilen estetik ve atletik bedenin aksine, çok daha kilolu ya da şişman kadın bedenidir (Cirinlioğlu, 2017: 85).

Rönesans'ın yeni insan anlayışı ile birlikte, bedene bakış da değişmeye başlamıştır. Ortaçağ'ın günahkar, aşağılanan ve acı çeken bedeni, artık değerli bir varlık olarak görülmeye başlanmıştır. Rönesans'ın yeni insanı yavaş yavaş hayatın merkezinde yerini almaktadır (Canatan, 2011: 366-367; Gelis, 2008: 73-77). Rönesans'ın seküler, güzel ve özel bedeninin artık kutsal ile olan ilişkisi büyük oranda kesilmiş, bizzat kendisi olduğu için birtakım kurallara tabi tutulmuş ve önemli ölçüde dünyevi bir varlığa dönüşmüştür (Şişman, 2013: 24-25). Bedenin bu dönüşümü üzerinden, aynı zamanda Batı medeniyetinin de uygarlık sürecinde hangi aşamalardan geçtiği izlenebilir. Elias (2011: 131-174) Batı'nın uygarlaşma sürecinde Ortaçağ'dan Rönesans'a insan davranışlarının değişimini ele alırken, bedenin de bu süreçte nasıl bir dönüşüm yaşadığını çarpıcı bir şekilde anlatmaktadır. Rönesans ile birlikte kontrol altına alınan bedenin, Antik Yunan ve Ortaçağ'daki beden anlayışındaki ruhun yüceltilmesinin aksine, güzellik ve uygarlık ekseninde maddî yönü daha ön plandadır (Şişman, 2013: 25). Bir diğer ifadeyle, beden üzerindeki kutsallık tülünü kaldırarak, dünyevi bir metaya dönüşmüştür.

Bedenin ruhtan ayrı düşünülmesi ve kutsal olan ile bağının zayıflaması Rönesans ile birlikte başlamış, ancak tamamen kopuşu ise Descartes ile gerçekleşmiştir. Kartezyen felsefenin akıl ve beden ayrımında, akla olan vurgu daha fazladır. Ortaçağ Hristiyan düşüncesinden farklı olarak bedenin kutsalla ilişkisi kesilmiş ve salt bir makine olarak nitelendirilmeye başlanmıştır. Kartezyen düşüncede akıl, her şeyin ölçüsü ve yeniden anlamlandırma sürecinin temel mimarıdır (Şişman, 2013: 26). Bir diğer ifadeyle, tarih boyunca farklı şekillerde ortaya çıkan ruh-be-

den ayırımında, Kartezyen felsefeye kadar ruh daha öncelikli olmuş, ancak Kartezyen düşünce ile birlikte ruh-beden ayrımı, yerini akıl-beden ayırımına bırakmıştır. Akıl-beden karşıtlığında ise, akla daha fazla önem verilmiş, beden ise ruhtan ayrı dış dünyaya ait bir nesneye dönüşmüştür.

Romalı şair İuvenalis'in ünlü "Sağlam kafa sağlam vücutta bulunur." sözü, Rönesans'ta bireyin yiğit ve insanî bir şekilde yetiştirilmesine atıf yapacak şekilde yeniden gündeme gelmiştir. Bu görüşün bu dönemde belli bir etkisi olsa da, bu etki sınırlı kalmış ve romantizm dönemiyle beraber tamamen unutulmuştur. Ayrıca, bu dönemde bedenin sağlığı, ne bugünkü anlamını ne de Antik Yunan'daki anlamını içerir. İuvenalis'in bu sözü, modern Avrupa için, bir idealden öte geçememiştir (Mengue, 2018: 10).

Fransız felsefesinde Descartes ile birlikte, akla olan vurguyu spor üzerinden de izlemek mümkündür. Fransız felsefesi çok yakın tarihlere kadar spora pek ilgi göstermemiştir. Aslında bu durum sadece entelektüellerle sınırlı bir durum değil, Fransız toplumunu da kapsamaktadır. Coubertin'in Modern Olimpiyat Oyunları'nın tekrar başlaması için verdiği tasarının dikkate alınmaması bunun bir örneğidir. Felsefecilerin zihinlerinde çizdikleri sporcu imajına göre, sporun entelektüel manada, iyi olarak değerlendirilmesi ya da ona hayranlık duyulması pek de mümkün değildir. Sağlık, kaslar, fiziksel uyum, yarışma, disiplin gibi spora ait olan değerler, alaya alınmakta ve aşağılanmaktadır. Felsefeciler arasında spordan ya da sporculardan nefret etmenin moda olduğu görülmektedir. Her halükarda felsefî deha, cılız, sağlıksız, dayanıksız ve hasta kişilerin tarafında yer almaktadır. Fizikî olarak gelişmiş, formda ya da fit olan bir kişi de bu dehanın izlerine rastlamak mümkün değildir. Güzel beden, bir anlamda utanç duyulan bir bedendir. Entelektüeller, kentte ve kütüphanelerde daha çok zaman harcıyorlar, sporu ve spor tesislerini (stadyum vb.) soylu hayatlarından uzak tutmaya özen gösteriyorlardı (Mengue, 2018: 9-10). Dolayısıyla, Fransız entelektüellerinin ya da toplumunun spor üzerinden beden ile kurduğu ilişki, dönemin akıl-beden tasavvurundan bağımsız değildir.

XIX. yüzyıla kadar, Descartes'in akıl-beden ayırımına karşı çıkanlar olsa da, destek verenlerin daha fazla olduğu görülmektedir. Akıl-beden ayırımına karşı çıkanlar, akıl yerine ruha değer atfetmekten ziyade, bedenin maddî yönüne daha çok önem vermişlerdir. XIX. yüzyıla gelindiğinde ise, Marx, Darwin, Nietzsche, ve Freud gibi düşünürler başta olmak üzere, bedeni tamamen materyalist bir bakışla değerlendirilmişlerdir (Şişman, 2013: 27). Bu yüzyılda artık beden tamamen maddileşmiştir.

Marx, işçi bedeninin kapitalist tarafından sömürülmesine karşı çıkarken, Darwin, ruhu tamamen devreden çıkarmış ve aklın bedene bağlı olduğunu iddia etmiştir. Nietzsche benlik ile bedeni özdeşleştirmiş, Freud ise insanı, bedeni ve arzuları ile yaşam öyküsü arasına sıkışan bir varlık olarak değerlendirmiştir (Şişman, 2013: 27-29).

XIX. yüzyılın başlarında, beden ile ilgili daha önceki düşüncelerin, önemli oranda değiştiği, hatta ortadan kalktığı görülmektedir. Bir taraftan, beden üzerindeki kısıtlamaların yoğun olarak yaşandığı Viktorya dönemi sona ermiş, Avrupa devletlerinin krallarının hayatları tartışılmaya başlanmış, diğer taraftan sağlık alanındaki buluşlar ile kadın hakları için önemli eylemlerin yapıldığı bir döneme girilmiştir. Bütün bu gelişmeler, bedenin yeniden inşa sürecini hızlandırmıştır. Ayrıca, güzellik yarışmaları ile birlikte, Antik Yunan'daki ideal güzel bedene yeniden bir dönüş yaşanmıştır. Böylece modern toplumun güzel bedeni imgesi de kurumsallaşmıştır (Şişman, 2013: 30).

Modern toplumun güzel beden imgesi sadece kadın bedeni üzerinden ortaya çıkmamış, aynı Antik Yunan'da olduğu gibi güzel ve güçlü erkek bedeni bu dönemde tekrar gündeme gelmiştir. Hem Hollywood aracılığıyla güzel kadın ve erkeklerin piyasaya sunulması hem de modern olimpiyat oyunlarının tekrar başlaması, bedenin anlamını önemli ölçüde değiştirmiştir (Şişman, 2013: 31).

Beden ile ilgili yaşanan olumlu gelişmeler –özellikle de tıp alanında yaşananlar ile birlikte, insanın ruh-akıl-beden bütünlüğü içinde algılanmasından ziyade, bütüncül bir yapıdan parçaya doğru bir dönüşüm geçirdiği görülmektedir. Bütün bu dönüşüm, insanın bir meta/makina olarak değerlendirilmesinin bir sonucudur. Mekânik beden anlayışı sadece tıp ile sınırlı kalmamış, daha birçok alanı etkilemiştir. Bir diğer ifadeyle XIX. yüzyılın başlarında, birçok disiplinin yaklaşımında mekânik beden tasavvuru ön plana çıkmıştır.

Plastik cerrahînin gelişmesi, beden algısının değişiminde önemli bir eşiktir. Beden, artık kutsal ya da dokunulmaz değildir, bireylerin istekleri çerçevesinde şekillenebilen plastik bir nesnedir. Yaşlanmayı geciktiren çeşitli krem ve hormonlar ile diyet ve spor, plastik cerrahîyi desteklemekte ve genç, güzel ve estetik olarak idealize edilen beden, böylece tıbbî bir temel de bulmuş olmaktadır (Şişman, 2013: 33).

XX. yüzyılın son çeyreğinden itibaren, beden üzerinde önemli gelişmeler yaşanmıştır. Beden sadece plastik değil, aynı zamanda biyoniktir. Protezler, piller, yapay organlar biyonik bedenin gelişmesinin örnekleridir. Ayrıca, bedenin organ

nakilleri neticesinde ortak bir bedene ve gen teknolojisi ve klonlama uygulamaları ile birlikte bir mühendislik ürününe dönüştüğü görülmektedir. Bütün bu teknolojik gelişmeler bedeni bir seçim meselesi haline getirmiştir. Sperm ve yumurta bankaları, rahim kiralama gibi daha ileri boyuttaki uygulamalar, beden ile ilgili etik bazı tartışmalara da neden olmuştur. XIX. yüzyılda Darwin ile birlikte, insan-hayvan arasındaki farklılık ortadan kalkmış, XX. yüzyılın son çeyreğinden itibaren biyoteknoloji ve gen mühendisliğinde yaşanan gelişmeler ile birlikte ise insan-makine arasındaki sınırlar daha da belirsizleşmiştir. Yaşanan bu gelişmeler, insanın sınırlarının tartışılmasına neden olmuştur (Şişman, 2013: 33-34).

3. Tüketim Toplumunda Beden

Tüketim toplumu, insanın arzularını tatmin etmeyle ilgilenmez, onun için en önemli husus arzuların sürekliliği ve canlılığıdır (Bauman, 2018: 249-253). Ayrıca, reklamlar ve gösteriler gibi daha birçok argüman kullanılarak imaj ticarileşmekte ve arzular imaj yoluyla sürekli yeniden üretilmektedir (Featherstone, 2005: 118; Okumuş, 2011: 56). Tüketim toplumunun asıl püf noktası da buradadır. Tüketim toplumu sanki sonsuz bir evrende, soyut veya somut olarak üretilen ürünlerin sonu geldiğini düşündüğümüz anda başa dönmesi ve tekrar üretilmesidir. İnsanın asıl amacı arzuladığı nesneye ulaşmak değil, o nesnenin peşinden koşmaktır. Eğer arzuladığı nesneye ulaşırsa kendisine yeni bir nesne arayacaktır. Dolayısıyla, tüketim toplumu bir taraftan insanın çeşitli nesnelere olan arzusunu canlı tutarken, diğer taraftan arzu ettiği nesneyi insana sunmaktadır. Ancak, bununla yetinmemekte ve yeni arzular yaratma peşindedir. Bunun için bütün enstrümanların kullanıldığı tüketim toplumunda, bedenin bu sürecin dışında kalması mümkün değildir.

Ayrıca, tüketim anlayışının yapısındaki değişimi de iyi izlemek gerekir. Modern dönemde tüketimin amacı, biyolojik ve toplumsal olarak hayatta kalmaktır ve ihtiyaçların tatmin edilmesiyle amaca ulaşıldığında, daha fazla tüketmenin hiçbir anlamı yoktur. Tüketim standartlarının hem altına düşmek hem de üstüne çıkmak hoş karşılanan bir durum değildir. Ancak postmodern dönemde yaşanan en önemli değişiklik, tüketimin eski sınırlarının ortadan kalkmış olmasıdır. Tüketim toplumu artık tatminin imkânsız olduğu bir topluma dönüşmüştür (Bauman, 2018: 254-255).

Tüketim toplumunda kitlelere tükettikleriyle farklı olma ve yaptıkları seçimlerin onların yaşam tarzlarının bir göstergesi olduğu sürekli vurgulanmaktadır. Bir diğer yönüyle tüketim, var olmanın bir göstergesidir (Talimciler, 2002: 37; Görgün Baran ve Olgun, 2011: 103). Baudrillard'ın (2017) bugünün dünyası için, simgeler ve imajların gerçeğin yerini aldığı, sanal bir gerçeklik yaşadığımız postmodern bir dünya iddiası da bu noktada önemlidir. Ona göre postmodern toplum, imajlar ve göstergeler toplumdur. Tüketim toplumundaki en önemli değer imajdır. Tüketim toplumunda birey, kitle iletişim araçları ve moda başta olmak üzere çeşitli yollarla sürekli tüketime yönlendirilmekte ve simgesel sermayenin önem taşıdığı ve bu simgelerle var olduğu bir dünyada yaşamaktadır (Güzel, 2001: 39). Bu simgesel sermayenin en önemli göstergelerinden biri de tartışmasız bedendir.

Ayrıca Baudrillard (2017), gündelik hayatın estetikleştirildiğini de ifade etmektedir. Bu süreçte, sanat ve gündelik hayat arasındaki sınır ortadan kalkmış, hayat bir sanat eserine dönüştürülmüş ve modern yaşamda göstergelerin ve imajların akışkanlığı artmıştır. Modern yaşamda gösterge ve imajların hızlı bir biçimde akması, tüketim kültürünün gelişmesinde önemli bir role sahiptir.

Günümüzde tüketim kültürü içinde oldukça yaygın bir şekilde kullanılan yaşam tarzı kavramı, bireyselliğe atıf yapmakta ve bireylerin bedenleri, kıyafetleri, boş zamanlarını kullanma biçimleri gibi birçok unsur bireyselliklerin göstergesi olarak değerlendirilmektedir. 1950'lerden itibaren yaygınlık kazanan bu süreç genç yaşlı, kadın erkek ayırt etmeksizin herkesi etkilemiştir. Ayrıca tüketim kültürü, her şeyin çoğullaştırıldığı, tekil gruplara özgü yaşam tarzlarının ortadan kalktığı ve sabit statü gruplarının olmadığı bir kültürdür (Featherstone, 2005: 140-141).

Tüketim toplumunda özellikle dış beden, bir metaya dönüşmüş ve bireylerin sahip oldukları statünün de önemli bir göstergesi haline gelmiştir (Magiure, 2008: 62; Budrillard, 2010: 166). Bedene yüklenen anlamlar bireylerin içinde bulunduğu tabakaya göre değişmektedir. Buna göre orta ve üst tabaka için bedenin sağlığı, zerafeti, güzelliği ya da zindeliği önemli iken, alt tabakadakiler için beden bir araç olarak görülür. Alt tabaka için güçlü ve kaslı bir bedene sahip olmak daha önemli olabilmektedir. Bu noktada beden, tabakalar arasındaki farklılıkları yansıtan bir araçtır (Bourdieu, 2015: 308; Bourdieu, 2016: 221). Tüketim kültürü, insanların her zaman bireyselliğine ve farklılığına vurgu yaparak, her şeyi, dolayısıyla bedeni de, tüketime nesnesine dönüştürmüş bir kültürdür. Bu kültürde farklı olma sürekli vurgulanır ve bireyler farklı olmaya teşvik edilir.

Bourdieu'nün habitus kavramı beden analizlerinde önemlidir. Bireylerin bedenlerine gösterdikleri ilgi, onların statüsü, habitusu ve beğenileri ekseninde anlamlı hale gelir. Habitus, bireyleri belli bir davranışa sevk eden, sosyo-kültürel hayata ya da düzene uyumunu kolaylaştıran içselleştirilmiş eğilimler ve verili sosyal yapılardır (Calhoun, 2010: 103-105). Dolayısıyla bireylerin sahip olduğu habitus, onların bedenleri ile olan ilişkisinin de en temel belirleyicisidir. Bourdieu her sınıfın bir habitusu olduğunu ifade ederken, toplumsal uzamda ortaya çıkan farklılıklara atıf yapar. Ona göre, insanların hayatlarının her aşamasında görülen bu farklılıklar, aynı zamanda yeniden üretilmektedirler. Habitusun bir yansıması olan beden, toplumsal olandan bağımsız değildir. Bourdieu için habitus, bireysel olandaki toplumsalı görmek demektir. Bu düşünce, aynı zamanda bedenin toplumsal olduğu görüşünü de içerir. Bir diğer ifadeyle habitus, çok net bir şekilde bedenin toplumsal olduğunu iddia etmektedir (Işık, 1998: 138,142). Habitus, bütün kültürel pratiklerde kendini gösterdiği gibi, beden üzerinde de kendini gösterir. Habitusun beden üzerindeki etkisi, bedenin hacmi, şekli, duruşu, bedene gösterilen itibar, bedensel jestler ve bedenle barışık olma gibi daha birçok ekseninde ortaya çıkar (Featherstone, 2005: 151).

Bourdieu'nün beden ile ilişkili bir diğer önemli kavramı da beğenidir. Beğeniler de habitus ta olduğu gibi, tabakalara göre farklılaşır ve bu farklılıklar da beden üzerinden ortaya çıkar (Demez, 2009: 17). Beğeniler, seçkinlik arayışının da temelini oluşturur. Bourdieu'ye göre, seçkinlik arayışının başlangıcında, bireyin kendi bedeni vardır. Beğenilerdeki farklılaşma, bedenin güzellik ve sağlığı ile ilgili düşüncelerin de, sınıftan sınıfa farklılaşmasına neden olur. Beğeni doğal hale gelmiş bir sınıf kültürüdür ve sınıfsal bedenin ortaya çıkmasında, cisimleşen bu sınıf kültürünün etkisi büyüktür. Bourdieu'ye göre, beden sınıfsal beğenin metalaşmasıdır. Kimileri için beğeni benzerlikle eşdeğer iken, kimileri için bedenlerinde taşıdıkları damga ya da simge anlamına gelir (Işık, 1998: 139-140).

Kimi zaman bir sanat, kimi zaman bir sınıfsal simge, kimi zaman bir damga ve kimi zaman bir estetik anlam taşıyan dövme de bu çerçevede değerlendirilebilir. Dövme, güzel ve estetik bir görüntü oluşturmakla birlikte, dövme yaptıran kişinin kişiliği ve toplumsal statüsü ile ilgili fikir de verir. Bazen ceza (damga), bazen grup üyeliği ya da bağlılığı, bazen de sosyal statü ve evliliğe dair bir anlam taşıyan dövme, her zaman bir simge olmuştur (Şişçi, 2019: 575). Levi-Strauss'un "dövme insanları çığ hayvanlıktan, pişmiş kültürel varlıklara dönüştürmüştür" ifadesinden

hareketle, dövme insanların toplumsal yaşamda kendilerini göstermelerinin yollarından biri olarak görülmektedir (DeMello'dan aktaran, Haviland vd., 2008: 698-699).

Bedene müdahalenin en eski ve evrensel biçimlerinden biri olarak dövmenin tarihi çok eskilere uzanmaktadır. Dövmenin renk, biçim, yapılış yöntemi ve bedendeki yeri gibi önemli unsurlar, dövmenin sadece basit bir anlam taşıyan uygulama olmadığını göstermektedir. Önceleri daha görünür yerlere diğer insanların okumaları için -bir tür iletişim amacıyla- yapılan dövme, günümüzde özellikle Batılı ülkelerde, estetik ve soyut bir anlam ihtiva etmeye başlamıştır (Canatan, 2016: 195-199). Orta sınıf Kuzey Amerikalılar için dövme, kolektif bir kimlikten ziyade, kişiselliğe atıf yapan ve sanatsal duyarlılığı göstermenin özel bir anlatım biçimine dönüşmüştür. 1970 ve 1980 yılları arasında kadın, çevre ve eşcinsel hareketlerinin gelişmesi ve sanatsal duyarlılığı yüksek iyi eğitilmiş sanatçıların da dövmeye ilgi göstermesi, bir zamanlar işçi sınıfının bir pratiği olan dövmenin, zaman içerisinde yeni ve daha ruhanî bir bağlamda estetik bir sanata dönüştüğünü göstermektedir (DeMello'dan aktaran, Haviland vd., 2008: 699).

Egzotik toplumlardan alınan bazı desenlerle yapılan ve sanatsal yönü ağır basan dövmeler günümüzde daha çok tercih edilmektedir. Kişiye özgü bu dövmeler aynı zamanda bireyselliğin ya da kişisel kimliğin de temel bir göstergesidir. Bazıları sadece süs amacıyla yapılırken, belirli bir anlam taşıyanlarda daha çok kişisel bir içeriğe sahiptir (DeMello'dan aktaran, Haviland vd., 2008: 700).

Dövme, artık tüketim toplumunun bir ürünü haline gelmiştir. Başlangıçta belli bir kesimin pratiği olsa da, bugün kitle iletişim araçları ve ünlü kişiler sayesinde daha da popüler hale gelmiş ve toplumun diğer kesimleri arasında da yaygınlaşmaya başlamıştır. Türkiye'de yapılan araştırmalarda (Ertan, 2017: 289; Şişçi, 2019), dövme hem bireylerin kendilerini tanımlamasının bir kaynağı hem de kamusal alanda kendilerini ifade etmeye imkân veren bir pratiktir. Ayrıca, insanların –özellikle de kadınların- estetik ve güzellik arayışına cevap vermesi de insanları dövme yaptırmaya iten nedenlerden biridir.

Tüketim kültüründe, tüketilen ürünlerin maddî olarak sağladığı fayda ön planda değildir. Tüketilen ürünün gösterge değeri her şeyden önemlidir. Oldukça olağan ve gündelik hayatın rutinde olan tüketim malları, güzellik ve cazibeyle ilişkilendirilerek insanlara sunulur. Kitle iletişim araçları ve özellikle televizyon üzerinden yapılan reklamlar, bu kültürdeki yeni hayat tarzlarının yaygınlaşmasında

önemli bir etkiye sahiptir. Bu yeni yaşam tarzının göstergelerinden biri olan beden de, insanların bireyselliğini yansıtan bir araçtır. Bir diğer ifadeyle, tüketim toplumundaki birey, bedeni aracılığıyla da konuşan bir bireye dönüşür. Bu süreç, genç yaşlı, yoksul zengin ya da kadın erkek fark etmeksizin herkesi etkiler.

Tüketim toplumunda, gösterge değeri olan beden birçok alanın kapsamına girmektedir. Sağlıklı yaşam, sağlıklı beslenme, cinsellik, estetik ve güzellik kampanyaları aracılığıyla toplumun büyük bir kesiminin bedenleri kullanılmakta ve moda ve reklamcılık sektörleri de sürecin içerisinde aktif bir şekilde yer alarak bedeni tümüyle kuşatmaktadır (Sert, 2002: 101; Ecevit & Elçik, 2011). Günümüzde sağlıklı olmak, düzgün, bakımlı, estetik ve atletik bir bedene sahip olmakla eşdeğer görülmektedir. Estetik ve atletik bedenler toplumsal hiyerarşinin en üstünde yer almaktadır. Ayrıca, postmodern toplumda sağlıklı beden üretimden ziyade tüketim için önemlidir. Sağlıklı bir bedene sahip olmak, tüketim toplumunun bir parçası olmakla ve bu kültürün gereklerini yerine getirmekle mümkün olabilir. Tüketim toplumunun oluşumu ve geleceği de, insanların kendi bedenlerine yönelik algı ya da bakışlarının değiştirilmesi ile sağlanmıştır (Nazlı, 2009: 66-67; Cırhinlioğlu & Cırhinlioğlu, 2011: 404). Tüketimin bir statü göstergesine dönüştüğü günümüz toplumunda, beden üzerinden yapılan her türlü tüketim, aynı zamanda bu statünün de bir göstergesidir.

Tüketim toplumunun yönlendirmeleri neticesinde, başta kadınlar olmak üzere insanların çoğu bedenlerine daha fazla ilgi göstermeye başlamışlardır. Bedenlerini güzel, fit, çekici, estetik ve atletik bir hale getirmek ve muhafaza etmek için, çeşitli arayışlara girmişlerdir. Güzel veya çekici görünmek için, başta kozmetiğe ve estetik cerrahiye yönelen insanlar, diğer taraftan fit ya da atletik bedene sahip olmak için de spor alanında daha fazla yer alamaya başlamıştır (Yüksel, 2014: 2203).

Modern yaşam tarzının getirdiği en önemli sonuçlarından biri de hızlı yeme alışkanlığıdır. Başka faktörlerin de etkisiyle bu durum, günümüzde obezite olarak bilinen önemli bir soruna dönüşmüştür. Kilolu bedenlerin ya da şişmanlığın tarihsel ve toplumsal algısı her zaman aynı olmamış ya da bir sorun olarak görülmemiştir. Tarihi süreçte, zayıflık yoksullukla ilişkilendirilirken, şişmanlık ise, zenginliğin bir göstergesi olarak karşımıza çıkar. Zayıf ve ince bedenlerin ideal olarak algılanması yakın zamanlara ait bir olgudur. Dünyada 1,4 milyar yetişkin kilolu/şişman olup, bunun yarım milyardan fazlası ise obez konumundadır. Şişmanlık ve obeziteden kaynaklanan ölüm oranları, zayıflıktan kaynaklanan ölüm oranlarından daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütüne göre, her yıl üç yüz bin kişi

obeziteden ölmektedir. Türkiye’de ise, nüfusun % 52’si kilo sorunu yaşamaktadır. Bu oranın % 35’i fazla kilolu, % 17’si obez durumundadır. Dünya ile kıyaslandığında, Türkiye dünya obezite ortalamasını geçmiş durumdadır (Canatan, 2016: 218-224). Görüldüğü üzere, bir taraftan ince hatlı bedenler empoze edilirken, diğer taraftan değişen yaşam tarzının neticesinde, aşırı kilolu bedenler ortaya çıkmaktadır. Her iki eğilim de, tüketim toplumunun varlığına ya da geleceğine katkı sunmaktadır. Ancak, hem ince beden arzusu hem de obez beden, insanların yaşamlarını tehlikeye atabilmektedir.

Beden algısındaki değişimler, insanların sağlıklarını olumsuz etkileyecek sonuçlar doğurabilmektedir. İnsanlar ince hatlı bedenlere sahip olabilmek için, birçok cerrahî operasyona başvurmaktadır. Bu operasyonlar neticesinde, daha önceki sağlıklarını dahi kaybedebilmekte, hatta, daha ileri boyutlarda sağlıklı olmak bir yana, ölümlerle yüz yüze gelebilmektedirler. Ayrıca, bedenın utanç duyulacak bir nesneye dönüştürülmesi psikolojik açıdan da insanları olumsuz etkilemektedir. Özellikle güzellik sanayinin bilinçli bir şekilde, bedendeki şekil bozuklukları üzerinden, kendini yetersiz gören, kendine güven duymayan hastalıklı bir beden imgesi yaratması, insanların genel iyi oluş halini olumsuz etkileyerek psikolojilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla, insanların fiziksel ve psikolojik sağlıklarının bozulması, bir taraftan insanların yaşam kalitesini düşürürken, diğer taraftan, toplumun genel sağlığının da bozulmasına yol açmaktadır.

3.1. Estetik Beden

Estetik beden, vücudun belli bir standarda sokulması anlamına gelmektedir. Günümüzde bu standartlar kapitalist ekonomik sisteminde taleplerine uygun bir şekilde tıp ve iş dünyası tarafından bilinçli bir şekilde denetlenmektedir. Standart beden imgesi özellikle kadın bedenlerini biçimlendirmede oldukça etkin bir şekilde kullanılmaktadır.

Ayrıca modern tıp ile siyasal iktidarın ittifakının bir sonucu olarak, sağlıklı olma üzerinden güzelliğin denetlendiği de görülmektedir (Ecevit & Elçik, 2011: 155). Güzel ve estetik bedenın, kapitalist toplumun gelişmesiyle birlikte tıp, iş dünyası ve siyaset gibi kurumlar başta olmak üzere, daha birçok kurum tarafından denetlendiği ya da kontrol altında tutulduğu görülmektedir.

Kadınların erkeklere göre beden ile ilgili uyarılara daha fazla duyarlı oldukları görülmektedir. Bunun nedenleri; fiziksel çekiciliğin öneminin erkeklere göre ka-

dınlar için daha çok vurgulanması, arzu edilen erkek bedeni imajının kadınlarınkinden farklı olması, kadınların toplumsal yaşamda daha fazla yer alması ve başarıları kadar görüntüleri ile de değerlendirilmesi gibi nedenlerdir. Bedenden duyulan utanç, bireyin kendisini yetersiz görmesi ve başkalarının kendisini nasıl gördüğü ile ilgili kaygılar bireylerin, özellikle kadınların bütün dikkatini bedenlerine yöneltmesine neden olmaktadır (Giddens & Sutton, 2016: 451). Bunun neticesinde, ideal olan ince hatlara sahip bedene ulaşmak için kadınlar yoğun bir çaba içerisine girmektedir.

Beden tasavvurunun değişmesi, hem güzel hem de sağlam bir bedene sahip olmak için yapılan birçok uygulamayı baştan aşağı değiştirmiştir. Bedeni daha diri tutmak için yapılan yürüyüşler, soğuk ve banyonun kullanımı gibi pratiklerin temelinde sağlıklı ve güzel bir bedene sahip olma isteği vardır. Ayrıca, XVI. yüzyıldan günümüze özellikle kadın bedeni başta olmak üzere, hem kadın hem de erkek bedeni, vücut hatları, yüz güzelliği, bedenin duruşu, saç şekli, bedeni örten kıyafetler, güzellik materyalleri (maske, korse, kozmetik ürünleri vb.), beden estetiği, estetik cerrahî gibi alanlarda önemli değişimler geçirmiştir (Vigarello, 2013a: 131-132). Bedenin ve beden üzerindeki pratiklerin yaşadığı bütün bu değişimlerin temelinde, beden algısının zaman içerisinde değişmesi yatmaktadır.

Modern dönemin görece sağlıklı, yuvarlak hatlara sahip balık etli bedeninden, postmodern toplumun ince hatlara sahip standart bedenine doğru yaşanan dönüşümünde, bugün sağlığı tehdit eden birçok problemle karşılaşmaktadır. Günümüzde özellikle kadınlarda sıklıkla görülen, anoreksiya ve bulimia gibi yeme bozukluklarının kadınların yaşamlarını tehdit eder hale geldiği görülmektedir. Bu tür yeme bozuklukları daha çok gelişmiş toplumlarda kentli, zengin ve genç kadınlarda görülmekle birlikte, gelişmekte olan dünyada da hızla yayılmaktadır. Ayrıca, bu hastalıkların, fiziksel kökeni tam olarak bilinmemesine rağmen, insanlar üzerindeki zayıf olma takıntısı ve kendi bedeninin bozuk olduğu imajı gibi hususların sonucunda çıktığı düşünülmektedir. Bazı araştırmalar, zayıf çekici bir bedene ulaşma konusundaki toplumsal baskının da bu süreçte etkili olduğunu göstermektedir (Giddens & Sutton, 2016: 447-448). Ayrıca, geçmişte arzu edilen ve statü göstergesi olan tombul/şişman ya da yuvarlak hatlara sahip bedenler de, günümüzde hastalıklı beden ile ilişkilendirilmektedir (Aytaç & Kurttaş, 2015: 247). Hem yeme bozuklukları hem görünüş ile ilgili kaygılar, kişisel gibi görünen bir durumun, toplumsal bir soruna dönüştüğünü göstermektedir.

Bu durum, aslında bir zamanlar doğal olanın, toplumsal olarak dönüşümüne işaret etmektedir. Bazı sosyologlar (Giddens & Sutton, 2016: 451), bu duruma doğanın toplumsallaşması ismini vermektedir. Toplumsal dönüşüm bir anlamda, bireysel kararlara bağlı bir duruma da atıf yapar. Bu dönüşüm aynı zamanda insan bedeninin doğadan kopuşunun da bir göstergesidir. Bu kopuşun neticesinde insan ve özellikle kadın, birçok yolla – diyet, estetik cerrahî vb.- bedenine müdahale etmekte ya da edilmesine izin vermektedir.

Foucault'nun toplumsal teknoloji olarak nitelediği durum burada göz önünde bulundurulmalıdır. Ona göre, beden bir tür inşa sürecinde yaratılan bir olgudur. Toplumsal teknoloji, standart hale getirilen bedene ulaşmak için, çeşitli yollarla bedene yapılan düzenli müdahalelere işaret etmektedir (Foucault'dan aktaran, Giddens & Sutton, 2016: 451).

Beden imgeleri kültürden kültüre değişmektedir. Dolayısıyla, her kültürün normal kabul ettiği ya da doğal hale getirdiği beden imgesi veya bedene yönelik müdahaleler birbirinden farklılaşacaktır. Günümüz dünyasında kadın sünnetinden estetik operasyonlara kadar çok farklı şekilde bedene müdahale yöntemleri karşımıza çıkmaktadır. Yerel topluluklarda bedene müdahale şekilleri, bireylerin kendi rızaları dışında yapıldığı gerekçesiyle feministler tarafından eleştirilirken, gelişmiş dünyadaki çeşitli müdahalelerin bireylerin kendi özgür iradeleri ile gerçekleştirdikleri bir eylem olduğu gerekçesiyle çok eleştiri konusu yapılmamaktadır. Burada önemli olan husus, özellikle de gelişmiş toplumlarda ve kadınlar tarafından bedene yönelik yapılan uygulamalar, gerçekten kadınların özgür iradeleriyle gerçekleştirdiği bir eylem midir ya da gizli bir yönlendirmenin bir sonucunda mı ortaya çıkmaktadır.

Bauman'ın (2014) parçalanmış hayatından, Turner'ın (1992) parçalanmış bedene, günümüz toplumunda hayatın bütün aşamaları ve bu sürecin bir yansıması olarak bedenin de parçalara ayrılarak, tüketildiği görülmektedir.

Bauman ya da Turner'ın analizleri üzerinden yukarıdaki sorunun cevabını verebilmek için güzellik sanayinin işleyişini iyi bilmek gerekir. Bu konuda yapılan araştırmalardan (Nader'den aktaran Haviland vd., 2008: 814-818), kadın bedeninin güzellik sanayi tarafından nasıl parçalara ayrıldığı ve her bir parça için nasıl ayrı ayrı ürünler ortaya konulduğuna dikkatle bakmak gerekir. Bunun neticesinde, kadınların resmi güzellik ideolojisine kapılarak bedenlerine yönelik müdahalelere açık hale geldikleri gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca, bedene yönelik bu tür uygulamalarda güç ilişkileri de dikkat çekicidir. Güzellik sanayi özellikle 30'lu yaşların

ortasından itibaren, kadın bedeni üzerinden bilinçli bir şekilde kendine güveni olmayan, hatta hasta bir insan profili ortaya çıkarmaktadır. Gerçekte bedenin normal yapısı olan birtakım unsurların şekil bozukluğu olduğu ileri sürülerek, bu durumun bireylerde yetersizlik, özgüven eksikliği ve beden imgesinin bozulmasının neticesinde genel bir iyi oluş eksikliği gibi bir tür hastalık halinin ortaya çıktığı sürekli empoze edilmektedir. Bu tür söylemler, hastanın yaşam kalitesini arttırmak ve psikolojik sağlığı için, bedene müdahalenin gerekliliğini de meşrulaştırmaktadır. Bu süreçte plastik cerrahlar, bir sanatçı edasıyla, resmi güzellik ideolojisi çerçevesinde idealize edilen kadın bedenini yeniden inşa etmek üzere, üzerine düşeni başarılı bir şekilde yapmaktadır. Cerrahlar bir taraftan, idealize edilen bedenler ya da vücut hatları dışında kalan bütün bedenleri hasta beden olarak değerlendirirken, diğer taraftan bu hasta bedene bir psikolog ve sanatçı sıfatıyla müdahale etmektedirler. Beden üzerindeki bu uygulamaları pazar ekonomisinden bağımsız düşünmek olası değildir. Özellikle yirminci yüzyılın son çeyreğinden itibaren, hem plastik cerrah sayısında hem de bedene yönelik müdahalelerin sayısında önemli bir artış gözlenmektedir. Kadınların kocalarının işlerini güvence altına almak, erkekleri cezbetmek ya da toplumsal kabul görmek için bu tür uygulamalara başvurduğu görülmektedir. Bazı yazarlar tarafından bunun özgür bir seçim mi yoksa akıl sömürüsü mü olduğu tartışılmaktadır.

Günümüzde kadınlara, medya, plastik cerrahlar, kadın dergileri, diğer kadınlar ve iş dünyası tarafından bedenlerine yönelik müdahaleler neticesinde daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olacakları görüşü sürekli vurgulanmakta ve bedenin dış görünüşünde gerçekte toplumsal olan bir durumun bireysel bir durummuş gibi gösterilerek, uygulamaların normalleştirildiği görülmektedir. Araştırmalara göre kadınlar, toplumsal baskıları ne kadar içselleştirirlerse, kararları o kadar kendilerinin aldığını hissederler (Nader'den aktaran Haviland vd., 2008: 816).

Tarihi süreçte, özellikle XVIII. ve XIX. yüzyıllarda, cezaevi, hastaneler, okullar gibi toplumsal yaşamın daha birçok kurumu, bedeni disipline etmek-denetim, kontrol, gözetim- için kullanılmıştır. Bunun neticesinde, insanlar sürekli bir denetim altında istenilen davranışları yerine getiriler. Buradaki en temel amaç, bireylerin istenen standart davranışları sergilemeleridir (Ulusoy, 2011: 127-130). Bir diğer ifadeyle, itaatkar bedenler oluşturmak en temel hedeftir (Dever, 2017: 211). Günümüzde de bu gözetim ve denetim mekânizmasının, beden üzerinden varlığı devam etmektedir. Medya, tıp, iş dünyası gibi çeşitli iktidar odakları, standart ya da idealize ettikleri estetik beden üzerinden iktidarlarını pekiştirmektedirler. Bū-

yük kapatılma döneminden günümüze, sadece uygulamada değişiklikler olmasının yanında, kontrol ve gözetim mekânizmalarının mantığı aynıdır. Burada insanın yaşamını her yönüyle kontrol etmek esastır.

Dünya'nın farklı bölgelerinde, yerel topluluklardan en gelişmiş toplumlara kadar başta kadınlar olmak üzere, bedene yönelik müdahaleler farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Bütün farklılıklara rağmen bedene yönelik bu uygulamalarda ortak olan nokta, sosyo-kültürel yapının etkisidir. Feminist araştırmacılar, kadın bedeni üzerinde oynanan bu oyunu çeşitli çalışmalarla gözler önüne sermeye çalışmaktadırlar. Sonuçta estetik beden algısı, basitçe bir seçimin ötesinde, tüketim toplumunda yaşanan değişimlerle de doğrudan ilişkili bir durumdur.

Günümüzde estetik beden kaygısı, daha çok kadınlarda karşılaşılsa da, artık erkekler de bu sürecin dışında kalamamaktadırlar. Bu kaygı, zaman zaman insanların hayatlarını dahi tehdit etme noktasına varmaktadır. Örneğin, daha estetik bir bedene sahip olmak için yapılan operasyonlar ya da ideal bedene ulaşmak ve onu korumak adına yetersiz beslenmenin neticesinde, insanların sağlıklarını kaybettikleri veya ölümle yüz yüze geldikleri görülmektedir.

Başta Amerika ve Avrupa olmak üzere, tüm dünyada kozmetik ameliyatların ya da operasyonların sayısı artmaktadır. Örneğin, 2005 yılında Amerika'da 2,1 milyon kozmetik ameliyata, 9,1 milyar dolar ise ameliyat dışı uygulamalara olmak üzere, toplamda 12,4 milyar dolardan daha fazla para harcanmıştır. 1997'den 2005'e kadar kozmetik uygulamaların sayısı % 444 artış göstermiştir (Nader'den aktaran Haviland vd., 2008: 817). Uluslararası Estetik Plastik Cerrahî Derneği'nin verilerine göre, 2013 yılında 2,3 milyondan fazla cerrahî işlem yapılmıştır. Sırasıyla botoks, göğüs büyütme, yağ aldırma, göz kapağı ameliyatı, yağ ekletme ve burun düzeltme bu operasyonların en popüler olanlarıdır. 2014 verilerine göre Türkiye, en çok estetik operasyon yapılan ülkeler sıralamasında 9'uncu sırada yer almaktadır. Türkiye'de en çok tercih edilen operasyonlar, ilk sırada burun, sonra göğüs küçültme ve yağ aldırma olarak sıralanmaktadır (Canatan, 2016: 204-205). Yukarıda da ifade edildiği üzere, güzel ve estetik olmak adına girilen bu operasyonlar insanların hayatlarını tehdit eder hale gelmiştir. Son zamanlarda Türkiye'de de medya aracılığıyla sıklıkla gündeme gelen, örneğin dudak büyütme gibi operasyonların neticesinde daha önceki yüz güzelliğini de kaybeden ya da mideye kelepçe takılarak yapılan mide küçültme operasyonları neticesinde hayatları son bulan birçok insanla karşılaşilmektedir.

Kitle iletişim araçlarının ve piyasanın da etkisiyle, görselliğin her geçen gün daha da önemli hale geldiği, çeşitli güzellik ideallerinin empoze edildiği ve bunun neticesinde bedene olan ilgi ve estetik arayışı da sürekli artarak bedeni şekillendirmektedir (Timurturk, 2009: 107). Dolayısıyla spor da bu süreçten etkilenmiş, özellikle jimnastik ve artistik buz pateni gibi belli spor branşlarında estetik kaygıların daha fazla olduğu görülmektedir (Amman, 2000: 113-114). Ayrıca spor, günümüzün tüketim toplumunun arzu ettiği atletik bedene ulaşmak için de en temel pratiktir.

3.2. Atletik Beden

Modern dönemde bedenden beklenen husus, kendisine dışarıdan yapılan uyarılara istenildiği şekilde cevap vermesidir. İstenilen şekilde cevap veren beden sağlıklı olarak nitelenir. Sağlıklı bedenin göstergesi, beslenme ve çalışma için gereken miktarda gıda alınmasıdır. Bunun dışındaki bedenler ise sağlıklı ve gerekli miktarın üzerindeki her şey lüks olarak değerlendirilmektedir. Ancak, postmodern dönemde, özellikle orta sınıf ve üstü için bedensel gerekliliklerin tamamen değiştiği görülmektedir. En temel değişiklik, daha önce gereğinden fazla tüketim aşırılık olarak değerlendirilirken, günümüzde tam tersi bir şekilde asıl beden, tüketen bedendir. Yani tüketim toplumunun sunduğu her şeyi tüketme kapasitesine sahip olan beden, ideal bedendir (Bauman, 2014: 161-162). Bedenin tüketim toplumunda öneminin artmasıyla birlikte, bedeni tüketmenin araçlarından biri olarak spora olan ilginin de arttığı görülmektedir (Malcolm, 2012: 92). Çünkü spor ya da egzersiz olmadan, idealize edilen atletik bedene ulaşmak çok da mümkün değildir.

Atletik insan ya da beden prototipi, Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra, oldukça ilgi görmeye başlamıştır. Doğa, çıplaklık, bedenin sağlamlığı ve kas yapısı artık başka anlamlar taşımakta ya da yeni değerler kazanmıştır. İş dünyası ve modern çalışma ortamı, ince ve sıkı bedenlere sahip olmayı gerektirmektedir. Ayrıca, serbest zamanların artması da sürece katkı sağlayan bir başka unsurdur. Serbest zamanın artışına bağlı olarak, turizm ve yürüyüş gibi faaliyetler insanların hayatından önemli bir yer teşkil etmeye başlamışlardır. Artık, kaslı beden ya da bronz ten köylülüğün göstergesi sayılmamaktadır. İnsanlar bedenlerine daha fazla yatırım yaparak arzu edilen atletik bedenlere ulaşabilmektedirler (Vigarello, 2013b: 142).

Descartes ile başlayan Kartezyen felsefenin akıl-beden ikiliğinde akla olan vurgu daha fazla iken, beden bir makineye dönüşmüştür. Atletik beden de, bu makine

beden anlayışının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Makine beden imgesi, spor ve jimnastik kültürünün bir yansımasıdır. Ayrıca, biyo-teknoloji ile tekrar gündeme gelen bir yapıdır. Bunun neticesinde "insan sonrası (post-insan) insan" tartışmaları yapılmaktadır (Michaud, 2013: 346-349).

Günümüzde idealize edilen beden, duyarlılığı yüksek, uyarılmaya hazır ve aynı zamanda bir haz aracıdır (Bauman, 2014: 163). Egzersiz ve bu egzersizin neticesinde elde edilen atletik bedenin teşhir edilmesi de bu hazzın bir parçasıdır.

Batı'da XVIII. yüzyıldan itibaren, tıbbîleştirme sürecinin de bir parçası olarak, kamusal sağlığı korumak adına bedenin baskıcı bir şekilde denetim altına alındığı görülmektedir. Hatta XX. yüzyılda bedenin tarihi, tıbbın o zamana kadar görülmemiş derecede, hayata müdahale etmesinin tarihidir. (Ecevit & Elçik, 2011: 155; Moulin, 2013: 15). Foucault'nun (2015: 12), "büyük kapatılma" tezine göre, bedenleri denetim altında tutulanların en temel ortak özelliği bedensel engelleri nedeniyle çalışamamalarıdır. Büyük kapatılmadan günümüze, bedenin önemli bir toplumsal dönüşüm geçirdiği söylenebilir. Örneğin, XVII. yüzyılda kamusal alanda olmak bir yana, kapatılması kesin olan ucube (engelli) bir bedenin, günümüzde paralimpik bedene dönüştüğü görülmektedir (Yılmaz Anatca & Yılmaz, 2019). Paralimpik beden spor sayesinde kamusal alanda kendine yer edinmiştir.

Spor yoluyla atletik bedene ulaşmak sadece günümüze ait bir durum değildir. Spor tarih boyunca, çeşitli nedenlerle beden ile ilişkili bir olgu olmuştur. Örneğin, Antik Yunan'da çeşitli sebeplerle, kuvvetin, cesaretin ve dayanıklılığın sembolü olarak erkek bedeni yüceltilmiş ve spor idealleştirilen erkek bedenine ulaşmanın en önemli yolu olarak görülmüştür (Guttmann, 2004: 18; Lumpkin, 2008: 209). M.Ö. 776 – M.S. 394 yılları arasında düzenlenen olimpiyat oyunları da güçlü ve güzel erkek bedeninin merkezde olduğu ve dolayısıyla bedenin kutsandığı bir sportif faaliyettir (Şişman, 2013: 20-21). Ayrıca, Antik Yunan'da çocuklar, önce güzel davranışın öğretildiği, sonra şiir ve müzik eğitiminden geçirilerek zihinsel bir olgunluğa ulaştığı ve daha sonra olgunlaşan zihnine hizmet edecek iyi bir bedene sahip olması için gymnasiuma gönderildiği birleşik bir eğitim modeli uygulanır. Belediyelere ait gymnasiumlardan farklı olarak, kişilere ait olan palaestra beden güzelliğinin seyredildiği ve övüldüğü bir yerdir. Ancak, Antik Yunan'daki fiziksel eğitimin temel amacının askeri olduğu unutulmamalıdır (Sowerby, 2012: 95-98).

Günümüz dünyasında spor, biyolojik, sosyal ve kültürel ayırım fark etmeksizin, herkesin hayatına doğrudan ya da dolaylı olarak girmiş evrensel bir olgudur

(Amman, 2000: 87). Spor salt bir serbest zaman aktivitesi değildir. Spor, insanın bedeninin doğa ya da diğer bedenler ile ilişki kurmasını sağlayan bir pratiktir (İnam, 1993b: 6). Spora özgü simgeler ya da spor sonucunda elde edilecek bedenler, bugün gençliğin, dinamizmin, sağlığın ve güzelliğin en temel göstergeleridir. Sporun temel amaçlarından biri bedenin sağlıklı ve güzel bir görünüme sahip olmasıdır. Günümüz toplumunda atletik bir bedene sahip olmak, toplumda kabul görmenin de önemli bir ögesidir.

Foucault, çeşitli disiplin yöntemleri ile bedenin kontrol altında tutulduğunu ifade etmektedir. Bu yöntemlerden biri de biyo-iktidardır. Biyo-iktidar bütün disiplin ve denetim mekânizmasını beden üzerinde gerçekleştirir (Layder, 2014: 142). İktidarın beden üzerindeki etkisini arttırmasıyla birlikte, bedene hâkim olma isteği ve yöntemleri de artmıştır. Jimnastik, spor, vücut geliştirme, bedenin güzelleştirilmesi gibi hususlar, iktidarın beden üzerinde uyguladığı denetim yöntemleridir (Foucault, 2012: 39). Dolayısıyla, tarih boyunca iktidarların, çeşitli nedenlerle bedeni kontrol ve gözetim altında tutmak için kullandıkları araçlardan biri de spordur. Örneğin, Hitler Almanyası'nda spor, saf Alman ırkını yetiştirmek için kullanılmıştır. Türkiye'de tek parti döneminde de sporun benzer bir amaç taşıdığı görülmektedir. Buna göre, spor bu dönemde yapılması zorunlu bir faaliyet ve sağlıklı ve gülbüz çocuğun ancak sağlıklı bir bedene sahip kadınlar aracılığıyla dünyaya getirileceği düşünüldüğü için, iktidarın kadınlar üzerinden bedeni kontrol altına aldığı görülmektedir (Akin, 2004: 117-121, 191-206).

Güzellik ve form, sporun en önemli fonksiyonlarından biridir. Bu çerçevede spor aynı zamanda beden ile kurulan özel bir ilişkinin ifade tarzıdır. Yapılan çalışmalar spor yapanların bedenleriyle daha fazla ilgilendiklerini göstermektedir (Yüksel, 2019: 47). Günümüzde kitle iletişim araçlarının etkisiyle görsellik çok daha önem kazanmış ve insanlar düzgün, dinç ve güzel olarak idealize edilen bedene sahip olabilmek için çeşitli arayışlara girmişlerdir. Spor ise, özellikle de kadınlar için, bu idealize edilen bedene ulaşmanın en önemli araçlarından biridir.

Bedenin tüketimin en güzel nesnesine dönüştüğü (Baudrillard, 2010: 163) günümüz dünyasında, spor da o arzulanan atletik bedene ulaşmak için yoğun bir şekilde tüketilen bir pratik olmuştur (Talimciler, 2017: 373). Ancak sporun sağlık ve estetik yönüne dair beklentiler, tabakalar arasında farklılık göstermektedir. Üst tabakaya doğru çıkıldıkça spor yoluyla, estetik ve atletik bir bedene sahip olma isteği artmaktadır. Ayrıca, üst tabaka başkası için beden olarak bedenin görünümüne sürekli vurgu yapar ve onlar için beden bir amaçtır. Alt tabaka için ise, beden bir araç olarak görülür ve bu araçsal ilişki, kimi zaman acı ve ızdırap veren,

kimi zaman ise bedenin kendisinin dahi ortaya konulmasını da içeren faaliyetlerde kendini gösterir (Bourdieu, 2016: 224-225; Kaplan & Akkaya, 2013: 156-157).

Gençliğin, genç kalmanın ya da genç görünmenin temel bir değer olduğu tüketim toplumunda, spor gençlerin gençliğin gereği, yaşlıların yaşlanmadığının delili olabilmektedir (Amman, 2000: 100). Dolayısıyla, spora katılımdaki yaş farklılıkları da tüketim toplumunun beklentileri çerçevesinde ortaya çıktığı söylenebilir. Yapılan araştırmalarda (Yüksel, 2018: 638; Lee, Kim & Yi, 2014: 96; Allender, Cowborn & Faster, 2006: 829) yaş fark etmeksizin sağlıklı olma amacıyla spor yapmanın yüksek oranda olması, düzgün bir vücuda sahip olma ve fazla kiloları verme amacıyla spora katılma ile yaş arasında yüksek düzeyde bir anlamlı ilişkinin olması ve buna göre, düzgün bir vücuda sahip olma amacıyla spor yapmanın gençlerde ve yetişkinlerde daha yüksek çıkması ve fazla kiloları verme amacıyla spora katılmanın gençlikten yaşlılığa doğru artması, tüketim toplumunda insanların bedenleri ile kurduğu ilişki çerçevesinde anlamlı hale gelmektedir. Ayrıca, yaşlanmayı geciktirme amacıyla spor yapmanın gençlikten yaşlılığa doğru artması da, gençliğin ve genç kalmanın bir değer olduğunun bir başka göstergesidir.

Ayrıca, kadın ve erkeğin sportif tercihlerinde de bir farklılaşma göze çarpmaktadır. Kadınların spora katılımları, erkeklere kıyasla daha az olsa da, önemli oranda artmıştır. Özellikle güzellik ve form talepleri kadınların spor alanında daha fazla yer almalarına neden olmuştur. Bu çerçevede kadınlar ideal ölçülere ulaşmak için, fitness gibi sporlara yoğun bir ilgi göstermektedir. Fitness bedensel güzelliğine önem veren, estetik ve atletik bedene sahip olmak isteyen kadınların yoğun bir şekilde katıldığı bir pratiğe dönüşmüştür (Dever, 2015: 115). Bedensel güzellik ya da estetik arayışı, kapitalist sistemin temel işleyiş mantığı çerçevesinde göz önüne alınırsa, spora olan bu talep daha net anlaşılır.

Geleneksel toplumdan modern topluma ve modern toplumdan postmodern ya da tüketim toplumuna doğru yaşanan değişimde kadın, aile gibi kendi özel alanında yaşarken çok fazla değer atfetmediği bedenine, günümüzde daha fazla değer vermeye başlamıştır. Sağlık, güzellik ve spor ekseninde ve kadın bedeni üzerinden estetik vurgu sürekli artmıştır (Koca ve Bulgu, 2005: 173). Spor estetikleştiği ölçüde, kadınsı bir faaliyet (Yaprak & Amman, 2006: 727) olarak şekillenmektedir.

Günümüz tüketim toplumunda, özellikle kadın bedeni üzerinden sürekli bir propaganda yapıldığı çok açıkça görülmektedir. Atletik bedene ulaşmak için spora katılımın kadın ve erkek üzerindeki etkileri de farklı bir şekilde olmaktadır. Güzellik, moda gibi birçok unsorda karşımıza çıkan kadın bedeni üzerinden tüketimin teşvik edilmesi, kadınların spor yapma amaçlarında da kendini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda (Yüksel, 2014: 678; Amman, 2006: 108), cinsiyet ve sağlıklı olma amacıyla spor yapma arasında yüksek düzeyde bir anlamlı ilişki tespit edilmiş ve buna göre, hem kadın hem erkek için sağlıklı olma amacıyla spor yapma istediği oldukça yüksek orandadır. Özellikle kadınlar için, yaşlanmayı geciktirmek, düzgün bir vücuda sahip olmak ve kilo vermek amacıyla spor yapmanın daha önemli olması, tüketim toplumunun kadın için idealize ettiği beden ile örtüşmektedir.

Sanayi Devrimi ile birlikte yaşanan makro dönüşümler boş zamanın da içeriğini önemli oranda değiştirmiştir. Boş zaman pratikleri de standart paketler halinde, günümüz modern insanına kültür endüstrisi tarafından pazarlanmaktadır (Devecioğlu, 2012: 105; Talimciler, 2002: 37). Boş zamanın en önemli pratiği olan sporun da bu değişimden etkilenmemesi düşünülemez. Boş zamanın, tüketim toplumunun temel istekleri çerçevesinde yeniden yapılanması, sportif etkinliklerin içeriği, anlamı ve yapısında da önemli etkileri olmuştur.

Spor kapitalist sistemle ahenkli bir bütünlük sağlamış ve insanların Sanayi Devrimi'nden günümüze boş zamanlarının artmasıyla birlikte en çok yöneldiği faaliyetlerden biri olmuştur. Kapitalist sistem, herkes için spor anlayışı çerçevesinde sürekli olarak zayıflama, kozmetik, reklam ve diyet endüstrilerini de kullanarak, spor ile sağlığı ve iyi bir yaşamı ilişkilendirmekte ve görünüşte oldukça masum bir şekilde ama kapitalist tüketim ekonomisinin mantığı çerçevesinde daha fazla kar elde etmek amacıyla, insanları bilinçli olarak spora yönlendirmiştir (Rowe, 1996: 184-185).

Sporun insan sağlığına olan katkıları, özellikle kitle iletişim araçlarının da etkisiyle daha fazla insana ulaşmıştır. Bu noktada, uzun bir süre spor alanında kendine yer bulamayan kadın ön plana çıkmış ve kendi özel alanında hareketsiz olarak yaşayan kadınlara yönelik, Jane Fonda, Cindy Crawford ve Ebru Şallı gibi hem ünlü hem de ideal bedenlere sahip kadınlar tarafından, sabah programlarında step-aerobik ve pilates gibi sporlar öğretilmektedir. Burada televizyon aracılığıyla kadınlara, siz de onlar gibi ince ve atletik bir bedene sahip olabilirsiniz mesajı iletilmektedir (Talimciler, 2017: 377).

Atletik bedene ulaşmanın tartışmasız en önemli yolu spor olsa da, zaman zaman aşırı uygulamalar insanların sağlıklarını olumsuz etkileyebilmektedir. Başta vücut geliştirme sporcuları tarafından kullanılan, ancak fitness sporu ile ilgilenenlerin büyük bir kısmının da kullandıkları protein tozları, hormon takviyeleri, kas şişirmek için yapılan iğneler ve enerji içeceklerinin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri tartışmalara neden olmaktadır.

Atletik bedene ulaşmanın en temel yolu olan spor, yaş, cinsiyet ve sınıf ekseninde farklı amaçlarla ortaya çıkıyor olsa da, olumlu ya da olumsuz bütün dönüşümün beden üzerinden gerçekleştiği görülmektedir.

Sonuç

Beden, birey ile toplum arasındaki en temel iletişim aracıdır. Beden, günümüzde sadece biyolojik bir yapıyla sınırlandırılmayacak kadar, toplumsal yaşamın merkezindedir. Aynı zamanda, bireysel kimliğin ve benliğin bir yansıması olan beden, bireylerin kendilerini ifade etmesine de aracılık etmektedir. Dolayısıyla, bugün çeşitli araçlarla ve şekillerde bedene yapılan müdahaleler, bedenin toplumsal dönüşümünde önemli bir yere ve anlama sahiptir.

Beden tarih boyunca, üzerinde her zaman bir tahakküm kurulan yapı olmuştur. Tarihin ilk zamanlarında ekonomik ya da üretici yönüyle karşımıza çıkan beden, daha sonra kimi dönemlerde gücün ve güzelliğin simgesi olmuş, kimi zaman acı, işkence ve eziyet çektirilerek terbiye edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca beden, ruh-beden bütünlüğü içinde değerlendirilirken, zamanla akıl-beden düalizmi ekseninde ele alınmış ve daha sonra aklın egemenliği altında bir metaya dönüşmüştür. Kapitalist sistemin gelişmesi ve Sanayi Devrimi'nin yaşanmasının neticesinde beden, tüketim toplumunda tüketimin en önemli nesnesine dönüşmüştür. İnsan sadece bedeni üzerinden anlamlandırılmış ve beden, hazzın, kimliğin, benliğin ve statünün temel bir göstergesi olmuştur. Günümüzde beden, sağlık, güzellik, moda, tıp, diyet, beslenme, spor, kozmetik, plastik cerrahî vb. alanlar üzerinden kontrol edilen bir mühendislik ürünü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Beden toplumdan ya da kültürden etkilenir ve onlar tarafından şekillendirilir. Beden sosyolojisi de bedenin bu etki ya da şekillendirmeler sonucu nasıl değiştiğini inceler. Genel olarak sosyal bilimlerin, özel olarak da sosyolojinin XX. yüzyılın son çeyreğine kadar, çok fazla dikkatini çekmeyen beden, bu tarihten itibaren sosyolojinin temel bir araştırma nesnesine dönüşmüştür.

Tarihsel süreç, hem Doğu toplumlarında hem de Batı toplumlarında beden tasavvurunun önemli bir değişim geçirdiğini göstermektedir. Geçmiş dönemlerde beden denildiği zaman, daha çok iç beden akla gelmekte ve iç beden terbiyesi nefis terbiyesi ile eşdeğer görülmektedir. Dış beden tamamen değersizleştirilme de iç bedene tabi kılınmıştır. Günümüze geldiğimizde ise -en azından Batı toplumu için- bu durumun tam tersi bir şekilde değiştiği söylenebilir. Beden, artık dış beden olarak algılanmakta ve dış beden eğitilmesiyle, iç beden de belli bir düzene gireceği düşünülmektedir.

İnsana olan bakışın değişmesiyle birlikte, beden de bu süreçten etkilendiği görülmektedir. Geleneksel toplumdan modern topluma geçerken, insanın özellikle dış bedenine olan vurgu daha çok artmıştır. Artık ruhla ilişkilendirilen bir beden yerine, bizzat maddî bir varlık olarak beden kendisi vardır. Bu dönüşümün izleri, modern Dünya'nın oluşumunda da bir dönüm noktası olarak görülen Rönesans'a kadar sürülebilir. Rönesans demek, aynı zamanda yeni bir insan tasavvuru demektir.

Tüketim toplumunda dış beden önem kazanmasıyla birlikte, estetik ya da atletik bir bedene sahip olma isteği, günümüzde bireylerin kendi arzu ya da taleplerinden ziyade, kapitalist ekonominin başında olanların yönlendirmesi sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Kapitalizm, insan bedenini tamamen bir metaya dönüştürmüştür. İnsanın güzellik ve estetik kaygılarla, spora, kozmetiğe, estetik cerrahiye yönelmesi daha fazla tüketmesi anlamına gelmektedir. Daha fazla tüketmek ise, kapitalist sistemin geleceği için hayati bir öneme sahiptir.

Modern dönemden post modern döneme beden, tüketim ve yaşam tarzı bağlamında değerlendirilmeye başlanmıştır. Tüketmeyen beden, ya ötekileştirilmekte ya da tüketmeye zorlanmaktadır. Tüketim toplumunda beden, gösterge değeri olan veya sembolik bir anlam taşıyan bir yapıdır. Bir diğer ifadeyle, artık insanların tükettikleriyle var olduğu dünyada yaşamaktadır. Tüketim toplumunun yeni insanı, bedenini sağlıklı, sağlam, güzel, atletik ve estetik tutan bir bireydir.

Günümüzde bedene yönelik müdahaleler, güzel olmak için yapılan estetik operasyonlardan, fit ya da atletik olmak için yapılan sportif uygulamalara kadar, çok farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır.

Estetik beden, görselliğin her geçen gün daha önemli hale geldiği günümüz tüketim toplumunda, kitle iletişim araçları ve piyasa tarafından çeşitli güzellik idealleri çerçevesinde arzu edilen ya da ulaşılmak istenen ince hatlı bir bedendir.

Tıp, iş dünyası, kozmetik, diyet, moda, plastik cerrahî gibi daha birçok alanın yönlendirmesiyle, estetik arayışı sürekli canlı tutulmakta ve bu arayış bedeni şekillendirmektedir.

Atletik beden de bu sürecin ya da tüketim toplumunun dayatmaları neticesinde idealleştirilen bir bedendir. Atletik insan ya da beden tüketim toplumun gelişimine paralel bir şekilde oldukça ilgi görmeye başlamış ve insanlar idealize edilen bu bedene ulaşmak için spor ve egzersize yönelmişlerdir. Modern iş yaşamı da fit ya da atletik bedeni sürekli empoze etmektedir. Bir zamanlar köylülük ile ilişkilendirilen kaslı bedenler, artık modern yaşamın talep ettiği bir bedene dönüşmüştür. Atletik beden aynı zamanda spor ve jimnastik kültürünün bir yansıması olarak, makineleşmiş bir bedendir. Sağlıklı, güzel, fit, genç ve atletik bedene ulaşmanın yegane yolu ise spordur. Günümüz tüketim toplumunda atletik bir bedene sahip olmak, toplumda kabul görmenin de önemli bir göstergesine dönüşmüştür.

Batı'da beden üzerinde yaşanan bu değişim, küreselleşmenin de etkisiyle bütün dünya üzerinde az ya da çok etkisini göstermektedir. Türkiye'de, yönünü Batı'ya dönmüş bir ülke olarak, zaman farkıyla da olsa, Batı'nın yaşadığı tecrübeleri yaşamaktadır. Dolayısıyla, Batılı insan ya da beden görüşünün etkisini, bir diğer ifadeyle bedenin toplumsal dönüşümünü, bedenin teşhirinden estetik operasyonlara; diyetten spora Türkiye'de de gözlemlemek mümkündür.

Sonuç olarak, beden eksenli yaşanan bu değişimler bedeni sadece plastik değil, aynı zamanda biyonik bir yapıya dönüştürmüştür. Protezler, piller, yapay organlar biyonik bedenin gelişmesinin örnekleridir. Ayrıca, organ nakilleri, gen teknolojisi ve klonlama uygulamaları ile birlikte beden bir mühendislik ürününe dönüşmüştür. Bütün bu teknolojik gelişmeler neticesinde beden, bir seçim meselesi haline gelmiştir. Sperm ve yumurta bankaları, rahim kiralama gibi daha ileri boyuttaki uygulamalar, beden ile ilgili ahlâkî bazı tartışmalara da neden olmaktadır. XX. yüzyılın son çeyreğinden itibaren biyoteknoloji ve gen mühendisliğinde yaşanan teknolojik gelişmeler ile birlikte ise insan-makine arasındaki sınırlar daha da grileşmiştir. Yaşanan bu teknolojik gelişmelerle, insanın sınırları ya da "insan sonrası (post-insan) insan" tartışmaları yapılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla, insanın kendi bedenini kontrol altına alabilmesi, ancak beden üzerindeki bu mühendisliğin farkında olmasıyla gerçekleşebilir. İnsanın gerçek özüne ya da kimliğine kavuşması ise, ancak iç-dış beden bütünlüğünün tekrar sağlanması ile mümkün görünmektedir.

Kaynakça

- Adak, N. (2017). Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık. 4. Baskı. Sevinç Güçlü (Ed.), *Kurumlara Sosyolojik Bakış* içinde (335-371). İstanbul: Kitapevi Yayınları.
- Akın, Y. (2004). *Gülbüz ve Yavuz Evlatlar-Erken Cumhuriyet'te Beden Terbiyesi ve Spor*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Allender, S., Cowborn, G., Foster C. (2006). Understanding Participation in Sport and Physical Activity Among Children and Adults: A Review of Qualitative Studies. *Health Education Research*, 21 (6), 826-835.
- Amman, MT. (2012). Din Sosyolojisi Açısından Toplumsal Cinsiyet Meselelerine İlişkin Çözüm Önerileri. Mehmet Faruk Bayraktar (Ed.), *Dini ve Toplumsal Boyutlarıyla Cinsiyet II* içinde. İstanbul: İsav Kitaplığı.
- Amman, MT. (2006). *Kadın ve Spor*. İstanbul: Morpa Yayınları.
- Amman, MT. (2000). Spor Sosyolojisi. Can İkizler (Ed.), *Sporda Sosyal Bilimler* içinde (85-150). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Aytaç, Ö., Kurttaş, MÇ. (2015). Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25 (1): 231-250.
- Baudrillard, J. (2017). *Simularklar ve Simülasyon*. 11. Baskı. Çev: Oğuz Adanır. Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Baudrillard, J. (2010). *Tüketim Toplumu*. 4. Baskı. Çev: Hazal Deliceçaylı ve Ferda Keskin. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z. (2018). *Kuşatılmış Toplum*. Çev: Akın Emre Pilgir. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z. (2014). *Parçalanmış Hayat-Postmodern Ahlâk Denemeleri*. 2. Baskı. Çev: İsmail Türkmen: İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Benedict, R. (2019). *Karizantem ve Kılıç*. 5. Baskı. Çev: Türkan Turgut. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Bingöl, O. (2017). Beden Sosyolojisi: Nasıl? Niçin. *Mavi Atlas*, 5 (1): 86-96.
- Borlandi, M., Boudon, R., Cherkaoui, M., Valade, B. (2011). *Sosyolojik Düşünce Sözlüğü*. Çev: Bülent Arıbaş. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bourdieu, P. (2016). *Sosyoloji Meseleleri*. Çev: Filiz Öztürk, Büşra Uçar, Mustafa Gültekin ve Aslı Sümer. Ankara: Hretik Yayınları.
- Bourdieu, P. (2015). *Ayrım-Beğeni Yargısının Toplumsal Eleştirisi*. Çev: Derya Fırat ve Günce Berkkurt. Ankara: Heretik Yayınları.

- Braudel, F. (2014). *Uygarlıkların Grameri*. 4. Baskı. Çev: Mehmet Ali Kılıçbay. Ankara: İmge Kitapevi Yayınları.
- Calhoun, C. (2010). Bourdieu Sosyolojisinin Ana Hatları. 2. Baskı. Güney Çeğin, Emrah Göker, Alim Arlı ve Ümit Tatlıcan (Ed.). *Ocak ve Zanaat-Pierre Bourdieu Derlemesi* içinde (77-131). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Canatan, K. (2016). *Beden ve Beyan-Hayattan Kitaba*. İstanbul: Mana Yayınları.
- Canatan, K. (2014). *İnsan Fenomeni-İnsanın Doğası Hakkında Dini ve Felsefî Soruşturmalar*, İstanbul: Açılımkitap.
- Canatan, K. (2011). Medeniyet Değişimi: "Nefis Terbiyesi"nden "Beden Terbiyesi"ne. Kadir Canatan (Ed.). *Beden Sosyolojisi* içinde (345-367). İstanbul: Açılım Kitap.
- Cirhinlioğlu, Z. (2017). *Sağlık Sosyolojisi*. 7. Baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Cirhinlioğlu, Z., Cirhinlioğlu, FG. (2011). Postmodern Sağlığın Yükselişi ve Düşüşü. Kadir Canatan (Ed.). *Beden Sosyolojisi* içinde (395-413). İstanbul: Açılım Kitap.
- Demez, G. (2009). Sınıfsal ve Bireysel Kimlik Oluşumunda Beden Sorunu: Habitus. *Toplumbilim*, 24: 17-25..
- Demir, ST. (2017). *Ten Medeniyeti-Modern kültürde Beden ve Ötesi*. İstanbul: Açılım Kitap.
- Devecioğlu, S. (2012). Tüketim Toplumu ve Spor. *Din ve Hayat*, 17: 104-108.
- Dever, A. (2017). *Sosyolojik Teoriler ve Spor*. Konya: Çizgi Kitapevi Yayınları.
- Dever, A. (2015). *Spor Sosyolojisi*. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Ecevit, Y., Elçik, G. (2011). Cinsellik ve Beden. Yıldız Ecevit ve Nadide Karkiner (Ed.), *Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları* içinde (138-166). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Elias, N. (2011). *Uygarlık Süreci-Cilt 1*. 6. Baskı. Çev: Ender Ateşman. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Erol, M., Terzioğlu, A. (2018). Sağlık Antropolojisi. Ayfer Bartu Candan ve Cenk Özbay (Haz.), *Kültür Denen Şey – Antropolojik Yaklaşımlar* içinde (305-319). İstanbul: Metis Yayınları.
- Ertan, C. (2017). *Dövmeli Bedenler-Bir Beden Sosyolojisi Kitabı*. Ankara: Phoenix Yayınevi.
- Featherstone, M. (2005). *Postmodernizm ve Tüketim Kültürü*. 2. Baskı. Çev: Mehmet Küçük. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2019). *Hapishanenin Doğuşu*. 8. Baskı. Çev: Mehmet Ali Kılıçbay. İstanbul: İmge Kitapevi Yayınları.

- Foucault, M. (2018). *Kliniğin Doğuşu-Tıbbî Algının Arkeolojisi*. 5. Baskı. Çev: Şule Ünsaldı. Ankara: Epos Yayınları.
- Foucault, M. (2015). *Büyük Kapatılma*. 4. Baskı. Çev: Ferda Keskin ve Işık Ergüden. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2012). *İktidarın Gözü*. Çev: Işık Ergüden. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2010). *Cinselliğin Tarihi*. 9. Baskı. Çev: Hülya Uğur Tanrıöver. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (1995). *Discipline and Punish*. New York: Vintage.
- Gelis, J. (2008). Beden Kilise ve Kutsal. Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello. (Haz.). *Bedenin Tarihi 1- Rönesans'tan Aydınlanma'ya içinde* (17-83). İstanbul: Yapı-Kredi Yayınları.
- Giddens, A., Sutton, PW. (2016). *Sosyoloji*. Çev: Mesut Şenol. İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Görgün Baran, A., Olgun, CK. (2011). Tüketim Toplumu, Simülasyon/Simülakrlar ve Sessiz Çoğunluk: Jean Baudrillard. Aylin Görgün Baran ve Serap Suğur (Ed.). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları içinde* (98-118). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Guttmann, A. (2004). *Sports: The First Five Millennia*. University of Massachusetts Press, Amherst and Boston.
- Güzel, A. (2001). *Tüketim toplumu tartışmaları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi.
- Haviland, W., Prins, H., Walrath, D., McBride, B. (2008). *Kültürel Antropoloji*. Çev: İnan Deniz Erguvan Sarioğlu. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Hepşen, Ö. (2010). *Tevrat, İncil ve Kuran-ı Kerim'de Kadın Bedeni*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Işık, E. (1998). *Beden ve Toplum Kuramı-Öznenin Sosyolojisinden Bedenin Sosyolojisine*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Işık, İE. (1996). Toplumsal Teoride Beden: Beden Tekniklerinde Şizo-Analize. *Toplumbilim*, 5: 39-51.
- İnam, A. (1993a). Bedenim Kimin? Bir Spor Felsefesi İçin Bazı İpuçları. *Felsefe Dünyası*, 8: 6-10.
- İnam, A. (1993b). Çevreyi Beden Aracılığıyla Okumak: Beden Bilgeliğine Giriş Olarak Spor. *Felsefe Dünyası*, 7: 6-10.
- Kaplan, Y., Akkaya, C. (2013). Toplumsal Tabaka Farklılıkların Spora Yansıyan Sonuçları (Antalya Örneği). *Mediterranean Journal of Humanities*, III(2): 143-158.

- Kara, Z. (2011). Beden Sosyolojisinden Ölüm Sosyolojisine: İnterdisipliner Bir Yaklaşım. Kadir Canatan (Ed.). *Beden Sosyolojisi* içinde (23-43). İstanbul: Açılım Kitap.
- Kızılelmas Mezarıcı, F. (2018). *Kadınların spor yapmasında toplumsal beden algısının etkisi: Düzce örnekleme*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Koca, C., Bulgu, N. (2005). Spor ve Toplumsal Cinsiyet: Genel Bir Bakış. *Toplum ve Bilim*, 103: (163-184).
- Köse, H. (2008). Bourdieu Düşüncesinde Tahakküm-İtaat ilişkisi ve Sosyo-Politik Beden. *Ankara Üniversitesi İlel Dergisi*, 3(2): 173-199.
- Layder, D. (2014). *Sosyal Teoriye Giriş*. 4. Baskı. Çev: Ümit Tatlıcan. İstanbul: Küre Yayınları.
- Lee, KU., Kim, HR., Yi, ES. (2014). The Effect of Push Factors in the Leisure Sports Participation of the Retired Elderly on Re-socialization Recovery Resilince. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 10(2), 92-99.
- Lumpkin, A. (2008). *Introduction to Physical Education, Excercise Science, and Sport Studies*. Seventh Edition. McGraw-Hill, Boston.
- Magiure, JS. (2008). *Fit for Consumption: Sociology and the Business of Fitness*. London and New York: Routledge.
- Malcolm, D. (2012). *Sport and Sociology*. London and New York: Routledge.
- Martı, H. (2011). Hz. Peygamberin Hadislerinde Bir Değer Simgesi Olarak Beden ve Mahremiyeti. Kadir Canatan (Ed.). *Beden Sosyolojisi* içinde (233-246). İstanbul: Açılım Kitap.
- Mauss, M. (1973). Techniques of the Body. *Journal Economy and Society*, 2 (1): 70-88.
- Mengue, P. (2018). *Yürümek, Koşmak, Yüzmek –Kaçak Beden*. Çev: Orçun Türkay. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Michaud, Y. (2013). Görselleştirme – Beden ve Görsel Sanatlar. Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello. (Haz.). *Bedenin Tarihi 3- Bakıştaki Değişim: 20. Yüzyıl* içinde (343-359). İstanbul: Yapı-Kredi Yayınları.
- Moulin, AM. (2013). Tıbbın Karşısında Beden. Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello. (Haz.). *Bedenin Tarihi 3- Bakıştaki Değişim: 20. Yüzyıl* içinde (15-59). İstanbul: Yapı-Kredi Yayınları.
- Nazlı, A. (2009). Sosyolojik Bakışın Eşiğindeki Beden. *Toplumbilim*, 24: 61-68.
- Okumuş, E. (2011). Bedene Müdahalenin Sosyolojisi. Kadir Canatan (Ed.). *Beden Sosyolojisi* içinde (45-67). İstanbul: Açılım Kitap.

- Outhwaite, W. (2008). *Modern Toplumsal Düşünce Sözlüğü*. Çev: Melih Pekdemir. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Rowe, D. (1996). *Popüler Kültürler- Rock ve Sporda Haz Politikası*. Çev: Mehmet Küçük. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sennett, R. (2018). *Ten ve Taş-Batı Uygarlığında Beden ve Şehir*. 5. Baskı. Çev.: Tuncay Birkan. İstanbul: Metis Yayınları.
- Sert, M. (2002). Spor Dünyasında Beden-İktidar İlişkisi. *Toplumbilim*, 16: 101-115.
- Sowerby, R. (2012). *Yunan Kültür Tarihi*. Çev: Özgür Umut Hoşafçı. İstanbul: İnkılap Kitapevi.
- Şişçi, F. (2019). Güzelliğin Peşinde Bir Serüven: Dövme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(63): 568-575.
- Şişman, N. (2013). *Emanetten Mülke Kadın Beden Siyaseti*. 3. Baskı. İstanbul: İz Yayıncılık.
- Talimciler, A. (2017). Spor Kurumu. 4. Baskı. Sevinç Güçlü (Ed.), *Kurumlara Sosyolojik Bakış içinde* (373-434). İstanbul: Kitapevi Yayınları.
- Talimciler, A. (2002). Futbolun "Meta"laşması. *Toplumbilim*, 16: 37-41.
- Timurturkan, MG. (2009). "Güzellik İdeali Etrafında Biçimlenen ve Biçimlendirilen Bedenler." *Toplumbilim*, 24: 105-109.
- Timurturkan, MG. (2008). Felsefî Bedenden Sosyolojik Bedene. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*, 1(4): 1-14.
- Turner, BS. (2011). *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*. Çev: Ümit Tatlıcan. Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Turner, BS. (1992). *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge
- Turner, BS. (1984). *The Body and Society - Explorations in Social Theory*. London: Basil Blackwell.
- Ulusoy, MD. (2011). Post-Yapısalcılık: Michel Foucault ve Jacques Derrida. Aylin Görgün Baran ve Serap Suğur (Ed.). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları içinde* (118-142). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Wallace, RA., Wolf, A. (2004). *Çağdaş Sosyoloji Kuramları-Klasik Geleneğin Geliştirilmesi*. Çev: Leyla Elburuz ve M. Rami Ayas. İzmir: Punto Yayıncılık.
- Vigarello, G. (2013a). *Güzelliğin Tarihi-Rönesans'tan Günümüze Beden ve Güzelleşme Sanatı*. Ankara: Dost Kitapevi Yayınları.

- Vigarello, G. (2013b). Bedeni Çalıştırmak. Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello. (Haz.). *Bedenin Tarihi 3- Bakıştaki Değişim: 20. Yüzyıl içinde* (131-165). İstanbul: Yapı-Kredi Yayınları.
- Yaprak, P., Amman, MT. (2006). Sporda Cinsiyetçi Yapı ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaklaşımları. 9. Uluslararası Spor Bilimleri Kongresi, 3-5 Kasım 2006, Muğla.
- Yıldırım, B. (2008). *Batı Sanatında İnsan Bedeni ve Değişen Anlamı*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Yılmaz Anatca, V., Yılmaz, C. (2019). Ucube Bedenden Paralimpik Bedene. *SDÜ Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 46: 136-157.
- Yüksel, M. (2019). Spora Katılım İle Beden Gösterilen İlgi Arasındaki İlişki. V. Uluslararası İnsan, Toplum ve Spor Bilimleri Sempozyumu, 23-25 Mart 2019, Antalya.
- Yüksel, M. (2018). Gençlikten Yaşlılığa Sporun Değişen Anlamı. *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22: 627-643.
- Yüksel, M. (2014). Cinsiyet ve Eğitim Düzeyi Eksenlerinde Popüler Spor Branşlarındaki Farklılıklar. *Turkish Studies*, 9 (5): 2201-2213.
- Yüksel, M. (2014). Cinsiyet ve Spor. *Tarih Okulu Dergisi*, 7 (XIX): 663-684.



GÖÇ VE SAĞLIK

Semra KOCATAŞ*

1. Giriş

İnsanlar, çatışma, yoksulluk, afetler, kentleşme, hak yoksunlukları, ayrımcılık, eşitsizlik ve kaliteli çalışma koşullarına erişimin olmaması gibi birçok nedenden ötürü göç etmektedir. Önceki yıllarda belli bölgeler ya da ülkeler arasında gerçekleşen göç eylemi, günümüzde teknolojinin gelişmesi ve iletişim araçlarının yaygınlaşması ile küresel boyutta gerçekleşmektedir (Koca, 2019: 187). Küreselleşme, modern göçü kolaylaştırmış, uluslararası göçün hacminin, çeşitliliğinin, coğrafi kapsamının ve dolayısıyla karmaşıklığının artmasına neden olmuştur (Czaika ve de Haas, 2014: 21).

Dünya'da önceleri artan sanayileşme ile birlikte büyük bir iç göç yaşanırken günümüzde insanlar arasında yoğun bir şekilde uluslararası göç hareketleri başlamıştır (Koca, 2019: 187). Bu uluslararası boyutta gerçekleşen göç hareketlerinin temelini özellikle insanlar arasında artan şiddet ve çatışmalar, savaşlar, baskılar, ayrımcılıklar ve fırsat eşitsizlikleri oluşturmaktadır. Bunun neticesinde bazen gönüllü olmakla birlikte çoğunlukla zorunlu bir şekilde insanlar bulundukları yerleşim yerinden başka yerlere göç etmek zorunda kalmaktadır.

Göç hareketlerinde Türkiye 1980'lere kadar kaynak ülke (göç veren) konumundayken, son yıllarda geçiş ülkesi (göçmenlerin göç etmek istedikleri yerlere ulaşmak için yolculuk sırasında uğradıkları, geçiş noktaları üzerinde bulunan ülke) hatta çoğunlukla hedef ülke (göç alan) konumuna gelmiş, yoğun göç hareketlerinin en fazla yaşandığı ülkelerden biri olmuştur (Koca, 2019: 187; 2016 Türkiye Göç Raporu: 56). Türkiye jeopolitik konumunun yanı sıra çevresindeki ülkelerde yaşanan krizler (Suriye, Irak, Afganistan vb.) karşısında göç etmek zorunda kalan

* Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.

insanlara sınır kapılarını açan yaklaşımlar benimsemesiyle göç hareketlerinden en çok etkilenen ülkelerin başında gelmektedir (2016 Türkiye Göç Raporu: 23-56). Göç olaylarının özellikle de uluslararası göç hareketlerinin sadece göç edenleri değil aynı zamanda göç veren, göç alan ve geçiş yolları üzerinde bulunan tüm insanları etkilediği bilinen bir gerçektir. Özellikle son yıllarda mülteci ve sığınmacı akınına uğrayan Türkiye'nin başta sağlık olmak üzere ekonomik, toplumsal, kültürel ve siyasî olarak göç hareketlerinden ciddi anlamda etkilendiği görülmektedir.

Göç sorunu sadece göç alan devletlerde değil, aynı zamanda göç hareketlerinin yoğun olarak yaşandığı tüm yerleşim yerlerinde yaşanmakta, herkesi ve tüm insanlığı yakından ilgilendirmektedir. Dünya genelinde neredeyse bütün ülkeler bir şekilde göçten etkilenmiş ya da etkilenmektedir. Özellikle yirminci yüzyılın ikinci yarısında toplu göç hareketleri yaşanmış, göçmen ve mülteci sayısı son yıllarda hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Göç hareketleri Birleşmiş Milletler verilerine göre son 20 yıldaki hızıyla artmaya devam ederse, dünyadaki uluslararası göçmenlerin sayısının 2050'de 405 milyonu bulabileceği tahmin edilmektedir (2016 Türkiye Göç Raporu: 23).

Literatürde, günde yaklaşık 44.400 kişinin çatışma ve zulüm nedeniyle evlerinden kaçmak zorunda kaldığı bildirilmektedir (UNHCR, 2018: 30). 1990 sonrası gelişen teknolojinin ve küreselleşmenin de etkisiyle ivme kazanan göç hareketleri, son zamanlarda Arap Baharı ile tetiklenen Ortadoğu ve Kuzey Afrika'daki ülkelere yerinden edilme, komşu ülkelere ve gelişmiş ülkelere göçler ile birlikte artık günümüzde insanlık tarihinin rakamsal olarak en yüksek seviyelerine ulaşmış durumdadır (Şanlı, 2018: 2030). Sınır ülke Suriye'de 2011 yılında başlayan kriz sürecinin sonucu, Türkiye'ye toplu ve yoğun bir göç hareketi başlamış, Türkiye'deki Suriyeli sığınmacıların sayısı o zamandan günümüze 3.5-4 milyona ulaşmıştır (Akpınar, 2017: 17-18). Suriyeli sığınmacıların çok büyük bir çoğunluğuna kapılarını açan Türkiye; mevcut toplumsal sorunlarının (altyapı yetersizlikleri, işsizlik vb.) yanı sıra, göç eden sığınmacı nüfusun gereksinimleri ve yasal, ekonomik ve sosyal anlamda adaptasyonu gibi birçok sorunla mücadele etmek durumunda kalmıştır (Şanlı, 2018: 2030).

2. Göç Kavramı

Literatürde göç kavramının birçok tanımı yer almakla birlikte, genel olarak göç, çeşitli nedenlerden dolayı insanların bulundukları yerden başka bir yerleşim yerine hareket etmeleri şeklinde tanımlanmaktadır (Koçak ve Terzi, 2012: 164). Göç, Dünya'nın her bölgesinde hatta hemen her ülkesinde az ya da çok yoğun bir şekilde gerçekleşmektedir. Mevcut sorunlara ve içinde bulundukları koşullara bağlı olarak yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalan insanlar için literatürde mülteci, sığınmacı ve göçmen gibi tanımlar kullanılmaktadır (Demirhan ve Aslan, 2015: 25, 26).

Göçmen, maddî ve sosyal koşullarını iyileştirmek hem kendilerinin hem de ailelerinin gelecekle ilgili beklentilerini karşılamak için bulunduğu yerden başka bir bölgeye ya da ülkeye hareket eden kişilere denilmektedir (IOM, 2013: 37). *Mülteci* ise; can ve mal güvenliği tehlikede olduğu için vatandaşı olduğu ülkeye dönemeyen, aynı zamanda bulunduğu ülkenin korumasından yararlanamayan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Mülteci oldukları iddiasıyla başka ülkeye sığınan fakat yetkili mercilerce mülteci olup olmadıklarına henüz karar verilmemiş kişiler ise "*sığınmacı*" olarak ifade edilmektedir (Akpınar, 2017: 17). Mülteci ve göçmen arasındaki fark, göç eyleminin birinde zorunlu, diğerinde ise gönüllü olarak yapılmasıyla anlaşılabilmektedir (Ziya, 2012: 232-233).

3. Göçün Sınıflandırılması

Göç eylemi yoğunluğuna bağlı olarak bireysel ve kitlesel göç, iradeye dayalı olarak gönüllü ve zorunlu göç, yasal statüye bağlı olarak düzenli ve düzensiz göç, bulunulan yer sınırlarına bağlı olarak iç ve dış göç diye sınıflandırılmaktadır. *Bireysel ve kitlesel göç*, az sayıda kişiyle başlayan göç hareketinin kısa sürede yoğunlaşarak kitlesel hale dönüşmesidir (Koca, 2019: 188). İnsanların daha iyi koşullarda yaşamak, iş aramak, çalışmak için gönüllü olarak bulundukları yerlerden başka yerlere gitmesine gönüllü göç denilirken, savaşlar, baskılar, çatışmalar, şiddet, doğal afetler gibi nedenlerle yaşadıkları yerlerden ayrılmasına ise zorunlu göç denilmektedir (Adıgüzel, 2016: 1). Başka bir tanıma göre; *gönüllü göç*, başlangıçtan sonuna kadar göç iradesinin bireylerin kendisinde olması iken, *zorunlu göç* savaş tehlikesi, çatışmalar ve can güvenliğinin olmaması gibi nedenlerle bireylerin iradeleri dışında göç etmek zorunda kalmalarıdır (Yalçın, 2004: 17, 18).

Düzenli göç tanınan, izin verilen yasal yollar kullanılarak gerçekleşen göç (2016 Türkiye Göç Raporu: 20; IOM, 2013: 26) iken, *düzensiz* göç sınır ötesi insan hareketlerinin devletler tarafından kontrol edilememesi şeklinde tanımlanmaktadır (Atasü-Topcuoğlu, 2016: 501). *Düzensiz göçmen* ise yasa dışı yollarla ülkeye giren, ülkede kalan ve ülkeden çıkan veya yasal yollarla girip yasal süresi içerisinde çıkmayan kişiyi ifade etmektedir (2016 Türkiye Göç Raporu: 20). Başka bir deyişle düzensiz göçmen, yasa dışı yollarla giriş yapmış, giriş koşullarını ihlal etmiş, vizesinin geçerlilik tarihi sona ermiş, geçiş ülkesi ya da konakladığı ülkede yasal statüsü sona ermiş kişidir (IOM, 2013: 227). Jeopolitik konumu nedeniyle özellikle Asya ve Ortadoğu bölgesinden göç edenlerin geçtiği ülkelerin başında yer alan Türkiye için ifade edilen transit ülkenin, göç eden kişiler için karşılığı ise transit göç olarak tanımlanmaktadır. Yani *transit göç*; geçiş halinde olunduğunu, ulaşılmak istenen hedef noktasına henüz ulaşamadığını ve bir bitmemişliği ifade etmektedir (Öner Şirin, 2016: 17).

Göçün yaşanılan ülkenin sınırları içinde ya da dışında olmasına göre de bir sınıflandırma yapılmaktadır. Göçün bir ülkenin ülke sınırları içinde meydana gelmesine iç göç, bir ülkenin toprak sınırlarını aşarak başka bir ülkeye doğru gerçekleşmesine uluslararası (dış) göç denilmektedir. Birleşmiş Milletlere göre; bir kişinin uluslararası göçmen olabilmesi için, nedenlerine ya da göçün zorunlu olup olmadığına bakılmaksızın yabancı bir ülkede bir yıldan fazla süre kalıyor olması yeterlidir (UN DESA, 1998).

4. Göçmen Epidemiyolojisi

BMMYK (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği) verilerine göre, dünya genelinde toplam göçmen sayısının 244 milyon olduğu, bu göçmenlerden 175.5 milyonunun gönüllü göçmenlerden oluştuğu, 68.5 milyon göçmenin ise şiddetli çatışma, savaş, zulüm, baskı, gıda güvensizliği veya insan hakları ihlali riski nedeniyle zorla yerinden edilen göçmenlerden oluştuğu belirtilmektedir (UNHCR, 2018). İster düzenli ister düzensiz, ister iç isterse uluslararası göç niteliğinde olsun günümüzde giderek yaygınlaşan insan hareketleri, küresel olarak önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu göç olaylarından en çok etkilenen ülkelerden biri de Türkiye'dir. Çünkü Türkiye doğu ve batı arasında bir köprü vazifesi gören stratejik konumuyla geçiş noktalarının orta yerinde bulunmaktadır. Türkiye özellikle Afganistan, Pakistan, Bangladeş, Tacikistan, Özbekistan, Kırgızistan, İran ve Gürcistan'dan gelen düzensiz göçmenlerin Avrupa'ya geçmek isterken zorunlu olarak

kullandıkları geçiş ülkesi konumundadır (Arınç, 2018: 1469). Nitekim, İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre Türkiye'de 2018 yılında güvenlik güçleri tarafından yakalanan düzensiz göçmenlerin sayısı 268.003 kişiye, 2019 yılının ilk altı ayında yakalanan düzensiz göçmenlerin sayısı ise 137.035 kişiye ulaşmıştır. Türkiye'de yakalanan düzensiz göçmenlerin kökenleri araştırıldığında; 2017 yılında en fazla Suriyeli (50.217) düzensiz göçmen yakalanmışken, 2018 ve 2019 yılında en fazla yakalanan düzensiz göçmenlerin sırasıyla Afganistan, Pakistan ve Suriye uyruklu oldukları bildirilmektedir (www.goc.gov.tr). Beş yıl öncesine kadar geçiş ülkesi olarak kullanılan Türkiye, günümüzde insanların geleceklerini inşa etmek istedikleri ülke haline gelmiş bulunmaktadır (Ünal, 2014: 68).

5. Türkiye'de Olan Göç Profili

Türkiye'deki göç hareketlerini içe ve dışa olan göçler olarak ikiye ayırmak mümkündür. İç göçler mevsimlik göçler, sürekli göçler, emek göçleri ve zorunlu-gö-nüllü göçler olarak; dış göçler ise, beyin göçleri, işçi göçleri ve mübadele göçleri olarak gerçekleşebilmektedir (Koçak ve Terzi, 2012: 169).

5.1. İç Göçler

İç göç, ülke sınırları içinde insanların bir yerden başka bir yerleşim yerine taşınmasıdır. Bu göç türünde insanlar bir bölgeden başka bir bölgeye, bir şehirden başka bir şehre sürekli veya geçici bir şekilde taşınırlar. Bir ülkedeki iç göçlerde ülke nüfusu değişmez, göç alan-veren bölgelerin ya da şehirlerin nüfusu değişir. Türkiye'de iç göçlerin nedenleri olarak; gelişen teknoloji ve sanayileşme, tarımdaki hızlı makineleşme, kent yaşamının giderek daha cazip hale gelmesi, kırsal alanda tarım ve hayvancılığın azalması, eğitim fırsatı yakalamak ve iş bulmak için kent ve sanayi merkezlerine göç edilmesi gösterilebilir (Koçak ve Terzi, 2012: 169, 170). Toplumsal, ekonomik ve politik nedenlerden kaynaklanan iç göç hareketleri, daha çok o ülkenin geri kalmış kırsal alanlarından daha gelişmiş olan kentsel bölgelerine doğru gerçekleşmektedir (Özer, 2004: 24).

İnsanların her yıl belirli zamanlarda bulundukları yerden başka bir yere çalışmak (pamuk, fındık, çay toplamak gibi), gezmek (tatil-gezi amaçlı gidilen yerler gibi) ya da dinlenmek (bağ evlerine gidilmesi, yayla evlerine çıkılması gibi) için geçici bir süreliğine gitmeleri "*mevsimlik göç*" olarak adlandırılmaktadır (Koçak ve Terzi,

2012: 170). İnsanların yaşadıkları yerden başka bir yere, kalıcı olarak yerleşmek üzere gitmelerine ise *"sürekli göç"* denir. Sürekli göçler, gönüllü olabileceği gibi zorunlu olarak da yapılmaktadır. İnsanlar eğitim olanaklarından yararlanmak, daha iyi koşullarda yaşamak ve iş fırsatlarına ulaşmak için gönüllü olarak göç edebilmektedirler (Koçak ve Terzi, 2012: 170).

"Emek göçleri", iş ataması nedeniyle yapılan göçler ve işgücü göçleri diye ayrılabilir. Atama nedeniyle yapılan göçler, geçici olabileceği gibi kalıcı da olabilir. Bu göçler, bir devlet memuru olan çalışanın işinde çalışabilmesi için ister gönüllü isterse zorunlu olsun yapması gereken göç durumlarıdır. İşçi göçleri ise, bilek gücüyle çalışıp para kazanan işçilerin iş nedeniyle başka bölgelere, kentlere gitmesiyle oluşan göçlerdir. *"Zorunlu göçler"*, kişilerin rızası dışında, devlet tarafından bazı olaylar ve durumlar karşısında zorunlu olarak yaptırılan göçlerdir. *"Gönüllü göçler"* ise, hiçbir zorlamaya maruz kalmadan insanların kendi istekleri doğrultusunda yaptıkları göçlerdir (Koçak ve Terzi, 2012: 171).

5.2. Dış Göçler

Dış göçler, bir ülkeden başka bir ülkeye yerleşilmesi ile ortaya çıkan göçlerdir. Bu göçler, isteğe bağlı olabileceği gibi zorunlu şekilde de gerçekleşebilmektedir. Günümüzde ulaşım, teknoloji ve haberleşme olanaklarının yaygınlaşması ile ülkeler arasındaki dış göçler de yaygınlaşmıştır. Ayrıca savaş, çatışma, doğal afet, terör ve işsizlik gibi nedenler dış göçlere özellikle zorunlu dış göçlere; iyi koşullarda yaşama isteği, çalışma olanakları edinme, işçi olarak çalışmak için gitme gibi nedenler de gönüllü dış göçlere yol açmaktadır (Şahin, 2010: 57). Dış göçler arasında en yaygın olanı ise çalışmak amacıyla yapılan işçi göçleridir (Koçak ve Terzi, 2012: 173).

"Beyin göçü", yetenekli ve iyi eğitim almış bireylerin kendi ülkesinden başka bir ülkeye göçüne denilmektedir. *"İşçi göçleri"*, kendi ülkesi içinde olabileceği gibi, ülke dışına da olabilmektedir. Dış göçlerdeki işçi göçleri, çalışmak amacıyla insanların başka bir ülkeye giderek yapmış oldukları göçlerdir. Bu göçler genellikle işsizlikten, kendi ülkesindeki iş olanaklarının yetersizliğinden dolayı yapılmaktadır (Koçak ve Terzi, 2012: 174). Bunun en belirgin örneği, 1960'lı-1970'li yıllarda iş bulamadığı için Türkiye'den Almanya'ya çalışmak için gitmek durumunda kalan Türk işçileridir.

Bir diğer dış göç çeşidi de "mübadele göç"leridir. Mübadelenin kelime anlamı değiş-tokuştur. Bir antlaşmanın esaslarına dayanılarak yapılan, ülke nüfuslarının karşılıklı olarak yer değiştirmesiyle olan göçlere "mübadele göçleri" denilmektedir. Mübadele göçleri, zorunlu olan ve çok sık karşılaşılmayan göç çeşitlerinden- dir. Genellikle savaş ve çatışmalardan sonra zorunlu olarak gerçekleşen göç du- rumudur (Koçak ve Terzi, 2012: 175).

6. Türkiye'ye Olan Göç Profili

Sahip olduğu coğrafî konum nedeniyle uluslararası göç konusunda Türkiye, her zaman önemini koruyan bir ülke olmuştur. Çünkü Asya, Avrupa ve Afrika kıtala- rının kesiştiği noktada, göç yollarının tam üzerinde bulunmaktadır. Son yıllarda Türkiye'nin yakın çevresinde, komşu ülkelerde gerçekleşen savaşlar, çatışmalar, baskılar ve terör olayları nedeniyle büyük bir göç hareketliliği yaşanmıştır. Son yıllarda Suriye'de yaşanan savaş ve çatışmalar nedeniyle Türkiye, dünyada en fazla mülteci barındıran ülke durumuna gelmiştir. Gerek geçiş ülkesi olması ge- rekse son zamanlarda hedef ülke haline gelmesi, Türkiye'nin uluslararası göç po- litikalarındaki önemini giderek artırmıştır (Adıgüzel, 2016: 84). Bu durumda Tür- kiye'ye olan göç hareketlerini ikiye ayırmak mümkündür. İlk grubu kayıtlı olan ve yasal olarak gerçekleşen düzenli göçler oluştururken, ikinci grubu transit göç, sığınmacı ve mülteci hareketlerini içeren, çoğunlukla yasal olmayan ya da kayıt dışı göç hareketlerini içeren düzensiz göçler oluşturmaktadır (İçduygu, Erder ve Gençkaya, 2014: 223). Türkiye'ye giriş yapan düzensiz göçmenlerin büyük bir kıs- mını; son yıllarda ülkelerinde yoğun bir şekilde yaşanan savaş sonucunda, günü- müz dünyasının lider konumunda olan devletlerinin adeta kozlarını paylaştığı ve çatıştığı bir ülkeye dönüşen Suriye'den gelen insanlar oluşturmaktadır (Arınç, 2018: 1469). Türkiye rotasını kullanarak Avrupa'ya ulaşmaya çalışan mülteciler- den ikinci grubu ise Pakistan ve Bangladeş'ten gelenler oluşturmaktadır. Özel- likle Pakistan halen 3 milyonun üzerinde Afgan mülteci barındırmaktadır ki Av- rupa'ya ulaşmaya çalışan Pakistan kaynaklı mültecilerin en büyük kısmını Afgan- lılar oluşturmaktadır (Bulut, Akın ve Karakaya, 2016: 2823).

"T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün" son göç raporları; ika- met izni ile ülkemizde bulunan yabancıların toplam sayısının 2018 yılında 856.470 olduğunu, 2019 yılının sadece ilk yarısında ise bu rakamın 1.008.305'e çıktığını göstermektedir. İkamet izni olan yabancıların illere göre dağılımına ba-

kıldığında ilk sıralarda İstanbul, Antalya, Ankara, Bursa ve İzmir gibi büyük şehirlerde ikamet ettikleri görülmektedir. Türkiye’de 2018 yılında ikamet izni ile bulunan yabancıların uyrukları incelendiğinde ilk üç sırada Irak, Suriye ve Türkmenistan uyruklu yabancılar olduğu saptanmıştır (www.goc.gov.tr). Aynı raporun düzensiz göçmenlere ilişkin verilerine bakıldığında; yakalanan düzensiz göçmen sayısının 2018 yılında 268.003 iken 2019 yılının ilk yarısında 137.035 sayısına ulaştığı, yakalanan düzensiz göçmenlerin uyrukları incelendiğinde 2017, 2018 ve 2019 yılının ilk yarısında da ilk üç sırayı Suriye, Afganistan ve Pakistan uyrukları göçmenlerin oluşturduğu ortaya çıkmıştır (www.goc.gov.tr).

Cenevre Sözleşmesi (1951) kapsamında uluslararası koruma gereksinimi duyduğu için Avrupa ülkelerinden Türkiye’ye giriş yapan ve uluslararası koruma isteyen yabancılar, eğer Cenevre Sözleşmesinin 1.inci maddesinde mülteci tanımına giren özelliklere sahipse, ülkemiz tarafından bu kişiler “mülteci” olarak tanınarak uluslararası koruma altına alınmaktadır (2016 Türkiye Göç Raporu: 70). Bu sözleşmeye göre mülteci kapsamı dışında kalan, yani Avrupa ülkeleri dışındaki ülkelere Türkiye’ye gelen göçmenler ise “11 Nisan 2014 tarihi itibarıyla tüm hükümleriyle birlikte yürürlüğe giren 6458 sayılı kanunun 91.inci maddesine” göre “geçici koruma” altına alınmaktadır. Bu bağlamda, geçici koruma kapsamında son yıllarda yoğun bir şekilde ülkelere göç eden Suriyelilerin büyük çoğunluğuna Türkiye, Lübnan, Ürdün ve Irak olmak üzere dört ülke ev sahipliği yapmış, bu ülkeler arasında en çok Suriyeli göçmen barındıran ülke ise “Türkiye” olmuştur (Koca, 2019: 205).

“T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’nün” son göç raporlarına göre; Türkiye’de geçici koruma altında bulunan Suriyelilerin sayısı 2011 yılından günümüze kadar giderek artmış olduğu, 2018 yılında 3.623.192 Suriyelinin, 2019 yılının Haziran ayına kadarki sürede ise 3.622.284 Suriyelinin geçici koruma kapsamında olduğu bildirilmektedir. Geçici koruma kapsamında bulunan “Suriyelilerin” illere göre dağılımları incelendiğinde; en çok bulundukları illerin İstanbul (547.235), Gaziantep (440.618), Şanlıurfa (432.007), Hatay (428.073), Adana (240.076) ve Mersin (201.224) gibi genellikle Suriye sınırına yakın iller olduğu görülmektedir. Geçici koruma kapsamında bulunan toplam 3.622.284 Suriyeli-den 108.732 kişi sekiz ilde (Adana, Şanlıurfa, Gaziantep, Kilis, Osmaniye, Malatya, Hatay ve Kahramanmaraş) yer alan toplam 13 Geçici Barınma Merkezinde (GBM) kalmakta iken 3.514.016 Suriyeli ise barınma merkezlerinin dışında farklı illerde ve bölgelerde yaşamaktadır (www.goc.gov.tr).

7. Göçlerle Birlikte Ortaya Çıkan Sorunlar

Göç hareketleri nedeniyle yaşanan sorunlar, Türkiye’den olan göçler bağlamında köyden kente olan iç göçler ve Türkiye’ye olan uluslararası göçler bağlamında Suriyeli mülteciler üzerinden tartışılacaktır.

7.1. Türkiye’de Köyden Kente Göçler ve Ortaya Çıkan Sorunlar

Türkiye’de kırsal bölgeden kentsel bölgelere olan göçlerin en önemli nedeni, kentsel bölgelerde iş olanaklarının daha fazla olmasıdır. Kırsala nazaran özellikle kentlerde sanayinin, teknolojinin, iletişim kanallarının daha çok yaygınlaşması ve gelişen ulaşımın kentlerdeki yaşamı kolaylaştırması gibi nedenler insanların kentleri tercih etmelerini sağlamaktadır. Bunların yanı sıra, geleneksel olarak kırsal bölgelerde yaygın olan kan davalarından, töre kaynaklı baskılardan kurtulma beklentisi, kentsel yaşamın sunduğu olanakların cazip gelmesi ve çevre baskısı olmadan özgürce yaşama isteği kentlere göçlerde etkili olmaktadır. “İstanbul’un taşı toprağı altın”, “Doğu’nun Paris’i” gibi düşüncelerin de insanları şehir yaşamına ve Türkiye’nin batı bölgelerine doğru hareket etmeye yönlendirdiği söylenebilir (Koçak ve Terzi, 2012: 176; Şahin, 2010: 49-53).

Göçler, bazen kırsal bölgelerden kentsel bölgelere doğrudan göç şeklinde, bazen de önce küçük illere, daha sonra büyük illere ve metropollere olacak şekilde dolaşarak bir şekilde olmuştur. Göç edenlerin başını, gençler ve okuma yazma bilen insanlar çekmiştir. Göç edilen yerlere tutunabilmek için daha önce o bölgeye yerleşmiş kendi memleketinden olan tanıdıklarla irtibata geçilmesi önem kazanmıştır. Bu durum, şehirlerde belli yörelerden gelen insanların yoğun olarak oluşturduğu mahallelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Şahin, 2010: 55-56). Göçler, hem göç veren hem de göç alan bölgeler üzerinde ciddi etkiler yaratmaktadır. Hem kırsal alandan kentsel alana hem de kentten kente gerçekleşen göçlerde göç veren yerleşim yerinin ekonomik, sosyal ve kültürel yaşamında bir takım değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Kırsal alanda yaşayan ve göç edenlerin çoğunluğunu oluşturan genç ve üretken grubun önemli bir bölümünün kentsel alanlara göç etmeleri nedeniyle kaybedilmesi durumu, göç veren bölgelerde başta ekonomik sıkıntılar olmak üzere birçok soruna olmaktadır (Koçak ve Terzi, 2012: 177).

Türkiye’de köylerden kentlere olan göçler özellikle, kontrolsüz bir şekilde gerçekleşmiş ve göç edilen kentlerde önemli sorunlara neden olmuştur. Göç alan kentlerde genel olarak kentlerin doğal yapısına, kent düzenine, kentin kültürel

ve toplumsal yapısına yönelik önemli sorunlar ortaya çıkmıştır. Bu sorunların başında gecekondulaşma sonucu ortaya çıkan çarpık kentleşme, işsizlik sorunu, alt yapı ve ulaşım sorunu, konut sorunu, nüfusun artmasına bağlı ortaya çıkan eğitim ve sağlık sorunları, bulundukları yerle bütünleşme ve uyum sağlama sorunları, çevre sorunları gibi sorunlar gelmektedir. Gecekondulaşma; Türkiye’de özellikle “1950’li” yıllardan sonra tarım alanında yaşanan sorunların neticesinde, kırsal alanlardan kentsel alanlara doğru gerçekleşen göç hareketlerinin yol açtığı ve toplumu çok yönlü olarak etkileyen bir olgudur (Bal, 2008: 117). Göç edenlerin gittikleri yerlerdeki barınma ihtiyacını karşılayan gecekondular, sayılarının giderek artmasıyla şehrin fizikî yapısını bozarak çarpık kentleşmeye yol açmıştır (Koçak ve Terzi, 2012: 178). Şehir merkezlerinde hızla artan nüfus göç eden insanlar arasında işsizliğin artmasına ya da kötü koşullarda, sosyal güvencesiz ve ucuz işgücü olarak çalıştırılmalarına neden olurken aynı zamanda o bölgede yaşayan insanların da iş olanaklarının sınırlandırılmasına neden olabilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde zaten kendi halkının gereksinimlerini karşılamada birtakım yetersizlikleri olan kentler, aşırı nüfus artışıyla beraber, başta alt yapı ve ulaşım sorunları olmak üzere birçok sorunla yüzleşmek durumunda kalmaktadır (Özer, 2004: 68). Ulaşım sorununun temel nedeni, kentlerde hızlı bir şekilde nüfusun artmasıyla toplu taşıma araçlarının ve şahsi araçların giderek sayısının artmasıdır. Göçe bağlı hızlı nüfus artışının bir diğer sonucu da konut sorunudur. Kente göç eden insanların daha çok metropoller (İstanbul, Ankara, İzmir) tercih etmeleri sonucunda, gittikleri yerlerde hem bölgelerarası yatırımlarda hem de nüfus yoğunluğunda sorunlar ortaya çıkmaktadır. Nüfusu kalabalıklaşan kentlere daha fazla yatırım yapılmak zorunda kalınırken, nüfus yoğunluğu az olan ya da göç verdiği için nüfusu azalan diğer kentlere ise yatırım yapılmayabilmektedir. Bu tablo; nüfus dağılımında ve bölgelerarası yatırımlarda dengesizliğe yol açmakta ve dolayısıyla insanlar arasında fırsat eşitsizliği yaşanmasına zemin hazırlamaktadır (Koçak ve Terzi, 2012: 179).

Kırsal alandan (köyden) kentsel bölgeye göç eden insanların, yerleştikleri bölge ile bütünleşme ve uyum sorunu yaşadıkları gözlenmektedir. Bunun sonucunda kentsel bölgelerde yaşayan insanlar, köylüler-şehirliler şeklinde iki gruba ayrılmış olarak tanımlanabilmektedir. Göç edenler yaşadıkları işsizlik, ekonomik sorunlardan ve kültürel farklılıklardan dolayı kentsel yaşama uyum sağlayamamaktadır. Ayrıca; kentte yaşayan insanların kente sonradan yerleşen göçmenlere karşı küçümseyici, ayrımcı tutum ve davranışlarda bulunmaları da göç eden kişilerin içinde bulundukları toplumla bütünleşmelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

(Özer, 2004: 70). Kültür ve gelenek farklılıkları da göç edenlerin bulundukları kentlerde sorun yaşamalarına neden olmaktadır. Kısacası, göçmenler ne geldikleri toplumun kültürel özelliklerini tam anlamıyla sürdürebilmekte, ne de yerleştikleri bölge insanının kültürüne tam anlamıyla adaptasyon sağlayamamaktadırlar. Nüfusu yoğunlaşan şehirler aynı zamanda hava kirliliği, atıkların artması, kanalizasyon yetersizlikleri gibi çevre sorunları da yaşamakta ve çevre kirliliği ile mücadele etmek durumunda kalmaktadırlar (Kaya vd., 2008: 42).

7.2. Türkiye'ye Olan Uluslararası Göçler ve Ortaya Çıkan Sorunlar

Ülkede bulunan mülteci kampları ve geri gönderme merkezlerinin barındırdığı nüfus dikkate alındığında, mülteci yükünün Avrupa ülkeleri tarafından Türkiye'ye bırakıldığı kolayca görülebilir. Bu durum Türkiye toplumunda uzun vadeli olarak mültecilere karşı olumsuz bir bakış açısı oluşturması ve ötekileştirme sorunu yaşanması ihtimalini yükseltmektedir (Ünal, 2014: 72-84). Avrupa Birliği, sınırlarına ulaşmak isteyen mültecileri kaynağında durdurabilmek için transit ülkelerle geri kabul anlaşmaları yaparak, mülteci akımını durdurmak çabası içine de girmiştir. Bu anlaşmalardan biri 16.12.2013 tarihinde Türkiye ile yapılmıştır. Avrupa Birliği kendisine yönelik mülteci akımını durdurması karşılığında, mültecilere harcanmak üzere, Türkiye'ye 6 milyar Euro ödemeyi taahhüt etmesine rağmen, mali yükümlülüğünü bugüne kadar yerine getirmemiştir. Türkiye ise anlaşma şartlarını tek taraflı uygulayarak mülteci akımını minimum düzeye indirmiş durumdadır. Dolayısıyla bu durum, Türkiye açısından sürdürülebilir değildir (Arıncı, 2018: 1481).

Türkiye, göç rotalarının merkezinde olduğu için, mülteci sorunlarının en fazla yaşandığı bölgelerden biridir. Mülteci akımlarının hızlanmasında Türkiye'nin Suriyeli mültecilere toleranslı yaklaşması ve açık kapı politikası uygulamasının etkisi büyüktür. Bu durum özellikle İran ve Pakistan'da bulunan ve memnuniyetsizlik düzeyi yüksek olan milyonlarca Afganistanlı mültecinin dikkatlerinin Anadolu'ya çevrilmesine neden olmuştur. Asya ülkelerinden gelen düzensiz göçmenlerin yalnız erkeklerden oluşması ve aile ortamından yararlanamaması suç eğilimlerini artırmakta, bir kısmının ergenlik dönemlerinde olması ise istismara uğramalarına yol açmaktadır. Büyük bir bölümü eğitimsiz ve vasıfsız olan göçmen nüfusun Türkiye sınırlarından içeriye sızması, bugün öncü belirtileri ortaya çıkmış olan pek çok toplumsal problemin doğmasına ve suç oranlarının yükselmesine neden olacaktır (Arıncı, 2018: 1481).

Mültecilerin kendileri de göç sırasında çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Özellikle insan tacirlerinin sağladığı ulaşım araçlarının, insan taşımaya uygun olmaması nedeniyle sıklıkla trafik kazaları meydana gelmekte ve çok sayıda göçmen hayatını kaybetmektedir. Yürüyerek ilerlemeye çalışan bazı gruplar ise yine insan tacirlerinin parasız bıraktığı mağdurlardan oluşmaktadır. Yaya grupların içinde olmasına rağmen çeşitli konumlarda hastalanan, düşme sonucu yaralanan veya sakatlananlar terk edilmektedir. Özellikle yaya yürüyüş sırasında vahşi hayvan saldırısına uğrayan göçmenlerin sayısı bir hayli fazladır. Bunlar çoğu kez kırsal alanlarda olduklarından güvenlik güçleri tarafından fark edilememekte ve hayatlarını kaybetmektedirler (Arınç, 2018: 1475).

Bu konuda Türk kamuoyu haklı bir endişe duymaktadır. Zaman geçtikçe Türkiye'nin kaynaklarının göçmenlerin ihtiyaçları nedeniyle tüketildiği algısı oluşmaktadır. Gerçekten Türkiye 2011 yılında başlayan Suriye krizinin en büyük yükünü çekmiş ve sayısı 3.5 milyona ulaşmış mülteciyi kabul etmiştir. Türkiye bugüne kadar sığınmacı, göçmen, düzensiz göçmen ve mülteci olarak adlandırılan ve sayısı 4 milyona ulaşmış, toplam nüfusunun %5'i kadar olan göçmen gruplarına, 31 milyar Euro civarında harcama yapmış durumdadır. Diğer yandan Türkiye yeni mülteci akınını durdurabilmek ve sınırlarını güvence altına alabilmek için bütçe dengelerini sarsan Fırat Kalkanı ve Zeytindalı adlarını taşıyan kapsamlı askeri operasyonlar yapmak zorunda kalmıştır (Arınç, 2018: 1482).

Mültecilerin geldikleri ülkenin sosyokültürel özellikleri ile sığındıkları ülkenin sosyokültürel özellikleri arasında entegrasyon kurulma çabaları da önemli bir sorundur. Üstelik bu çabalar hem mülteciler hem de yerli toplum için kaçınılmaz olacaktır. Türkiye'de özellikle sınır illerinde sayıları yerel nüfusa yaklaşan göçmen nüfus (Kilis ili yaklaşık %96'lık bir oranla çarpıcı bir örnektir) ele alındığında, bu sorunların yaşanacağı, hatta Suriyelilerin giderek artan sayılarının yerel halk için bir tehdit unsuru olarak algılanacağı açıktır. Türkiye açısından entegrasyon adımlarına bakıldığında, 2011'den bu yana süregelen Suriye krizinin başlangıçta bu kadar uzun süreceği tahmin edilememiş dolayısıyla Türkiye'ye gelen "misafir" mültecilerin kısa vadede geri dönecekleri düşünülmüş ve bu nedenle daha çok kamplara ve mültecilerin kamplardaki ihtiyaçlarına yönelik adımlar atılmıştır. Türkiye'de bulunan kayıt altına alınmamış nüfusun başlangıçta misafir ve nasılsa geri dönecek bir topluluk olarak görülmesi, göçmenlerin kendilerinin kayıt altına girmek istememesi, göç akınının beklenenin üzerinde bir hızla sürmesi gibi nedenler, sürecin iyi yönetilememesine ve dolayısıyla göçmen nüfusun gerekli ihtiyaç-

larının tam anlamıyla karşılanamamasına yol açmaktadır (Şanlı, 2018: 2032). Yapılan bir çalışmada; Suriyeli göçmenlerin kaldıkları yerlerde kendi düzenlerini kurmaya ve kendi sosyal sermayelerini oluşturmaya çalıştıkları, kendi kültürlerini yaşamalarına imkân veren mekânizmaları inşa ettikleri ve Suriyeli sosyal sermayenin kurduğu formal derneklerin desteğiyle ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştıkları ortaya çıkmıştır (Yaman, 2016: 106, 113, 114). Bu nedenle üretilecek politikaların mültecilerin uyum, entegrasyon ve yaşam koşullarını iyileştirmeye ve toplumsal uyum ve kabulün kesin suretle karşılıklı olmasına yönelik adımlar atılması gerekliliği ortadadır (Şanlı, 2018: 2032).

Suriye’de yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelmiş olan çok eşlilik, Suriyelilerin Türkiye’ye göç etmesiyle birlikte Türkiye’de de artarak devam eden bir durum olmaya devam etmiştir. Kayıt dışı evlilikler sebebiyle doğal olarak, yeni doğanlara kimlik kartı çıkartılması söz konusu olmamış ve bebekler bir anlamda vatansız olarak dünyaya gelmiştir. Suriyelilerden sonra Türkiye’de boşanma davası vakalarında bir artış yaşanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar neticesinde genel olarak Türk halkının Suriyelilere karşı hissettiği temel duygunun acıma hissi olduğu; fakat Suriyeliler ile olan din kardeşliği ortak paydasının, Suriyeli mültecilerin benimsenmesinde çok da etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Özellikle Hatay, Gaziantep, Şanlıurfa gibi sınıra yakın illerde yoğunlaşan Suriyeli mültecilerden, yerel halkın rahatsızlık duyduğu görülmüştür. Ayrıca bu zorunlu göçten sonra Türkiye’de etnik ve mezhepsel kutuplaşmaların arttığı sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda Suriyeli mülteciler için sorun teşkil eden sosyal ve kültürel adaptasyon problemlerinin Türkiye’ye yansımalarının, halkın bir arada yaşama hususundaki ahengin bozulması ve hoşgörü düzeyinin azalması yönünde olduğunu ifade etmek mümkündür (Köyüstü ve Tutuk, 2018: 398).

Suriye’den göç etmiş aile grupları arasında birbiri ile anlaşmazlık içerisinde olanların bulunması, Türkiye tarafından müdahale edilmesi ve kontrol altına alınması gereken bir güvenlik problemi ortaya çıkarmıştır. Göç eden mültecilerin, gelir düzeyi açısından heterojen bir yapıya sahip olması, onların kamp içlerinde veya şehir merkezlerinde yaşama kararları üzerinde etkili olmuştur. Kamplarda yaşayanlar, mevcut altyapının bu talebi karşılamaya yetmemesi sebebiyle barınma, yeme-içme, duş alma gibi temel ihtiyaçlarını giderme noktasında birtakım sıkıntılar tecrübe etmiştir. Kamp dışında yaşamayı tercih eden orta ve üst düzey gelir grubuna dâhil Suriyeliler nedeniyle, emlak ve ev kirası fiyatlarında bir yükselme yaşanmıştır. Diğer yandan Suriyeli mültecilere açık kapı politikası uygulayan Tür-

kiye, bu grupların barınma ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla finansal kaynaklarının bir kısmını bu sorunun çözümüne ayırmak durumunda kalmıştır (Köyüstü ve Tutuk, 2018: 398).

Türkiye'ye olan uluslararası göçler (özellikle Suriye'den olan göçler) nedeniyle ortaya çıkan sorunlar arasında mültecilerin kayıt sorunları (Kayıt dışı ve kaçak olarak göç eden düzensiz göçmenler), barınma sorunları (mülteci kamplarının nicel ve niteliksel olarak yetersiz kalması, kamp dışı alanlarda sağlıksız koşullarda ve kötü barınaklarda yaşanması), beslenme sorunları (mülteci sayısının fazlalığına bağlı beslenme yetersizlikleri), çocukların ve kadınların korunma sorunları (savunmasız grupların başında gelmeleri nedeniyle çocuk ve kadınların ayrımcılığa, şiddete, sömürüye, istismara maruz kalmaları, kadın ve çocukların çalıştırılması, çocukların eğitim haklarından yeterince yararlanmaması), eğitim sorunu (çocuk ve gençlerin eğitimlerinin aksaması, okula devam edemeyen-çalıştırılan çocukların olması, eğitimde dil sorunu yaşanması), istihdam sorunu (mültecilerin kayıt dışı ekonominin parçası olmaları, ucuz iş gücü olarak görülmeleri) ve sağlık sorunu (sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü) gibi temel sorunlar yer almaktadır. Bu sorunların başında şüphesiz ki en temel insan haklarından biri olan sağlık ve sağlık hizmetlerine erişim sorunu gelmektedir. Bu nedenle bu bölümde, Türkiye'ye gelen göçmenlerin ve mültecilerin yaşadıkları sağlık sorunları ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri ele alınmıştır.

8. Türkiye'de Suriyeli Göçmenlerin Yaşadıkları Sağlık Sorunları

8.1. Göçmenlerin Yaşadıkları Fiziksel Sağlık Sorunları

Genel olarak, kamplarda yaşayan göçmenlerin gereksinim duydukları sağlık hizmetlerine ulaşabildiği, ancak kamp dışında yaşayan göçmenlerin sağlık gereksinimlerini karşılama konusunda oldukça sıkıntı yaşadıkları belirtilmektedir (Akar ve Erdoğan, 2018: 930). Kamp dışında yaşayan ve yeterli kaynağa sahip olmayan birçok mültecinin, terkedilmiş binalarda ya da kötü şartlarda yaşadıkları, kendi olanaklarıyla barınmaya çalıştıkları bildirilmektedir (Akar ve Erdoğan, 2018: 930-931; Kirişçi, 2014: 28). Dolayısıyla olumsuz yaşam koşulları, yeni hastalıkların ortaya çıkmasına ya da var olan hastalıkların daha da kötüye gitmesine yol açabilmektedir (Akar ve Erdoğan, 2018: 931). Çünkü olumsuz yaşam koşulları demek, daha sağlıksız beslenmek, daha kötü hijyene sahip olmak, daha güvensiz yaşamak, her türlü şiddet ve saldırılara daha fazla maruz kalmak anlamına gelmek demektir. İngiltere'de mülteci veya sığınmacı olarak gelen refakatsiz çocuklara

yönelik yapılan bir çalışmada; birçoğunun önemli fiziksel ve psikolojik sağlık gereksinimlerinin olduğu, %70'inin fiziksel sağlık sorunlarının olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada sığınmacı çocukların %20'sinden fazlasında anemi, %12'sinde kalp üfürüğü, %46'sında diş çürüğü, %37'sinde görme keskinliğinin azaldığı ve tamamının (%100) kan kaynaklı virüsler için yüksek risk altında olduğu bulunmuştur (Nursing Children and Young People, 2016).

Sağlıksız beslenme, dil sorunları, düşük eğitim düzeyi, ekonomik güvensizlik ve sosyal güvence eksikliği, mültecilerin veya sığınmacıların yoğunlaştığı alanlarda sağlığı olumsuz etkilemektedir. Sağlığın kötü olması; göçmenlerin iş bulma, yerel dili öğrenme, kamu kurumlarıyla etkileşime girme ve okuldaki akademik başarıyı da olumsuz yönde etkilemektedir (Crawford, 2016). Dil problemleri veya sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanabileceklerini bilmemeleri nedeniyle Suriyeli kadın sığınmacılar, aile planlaması ve hamilelik gibi sağlık hizmetlerine yeterince ulaşmamakta ve bu durum istenmeyen gebeliklere, anne ve çocuk ölümlerine yol açabilmektedir (Bahadır, 2016). Suriyeli sığınmacılar, Türkçe bilmedikleri için doktorlara yaşadıkları hastalıkları ve belirtilerini tam olarak anlatamamakta ve bu durumdan tedavi süreçleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Döner, 2016). Sağlık çalışanları arasındaki dil engeli mülteciler için büyük bir sorundur. Bu soruna yönelik olarak 2016 yılından itibaren, Suriyeli olan sağlık personeline, özellikle Suriyeli mültecilere sağlık merkezlerinde hizmet etme izni verilmiştir (İçduygu ve Şimşek, 2016: 67-68).

Suriyelilere götürülen hizmetler içinde en çok aksayanlardan birisi anne ve çocuk sağlığına yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Sığınmacıların %54'ü 18 yaşın altında olup, geri kalanların çoğu ise kadındır. Kamplarda yaşayan mülteciler arasında çadır ziyaretleri, gebelerin tespiti ve izlenmeleri, doğum sonu lohusa ve yenidoğan bakımı, gerekli taramalar, bebek ve çocuk izlemleri, aile planlaması hizmetleri yeterince yapılamamaktadır. Kamp dışında ise bu hizmetler daha fazla aksamaktadır. Bazı toplum sağlığı merkezleri hariç gebe ve bebek takibinde de sıkıntılar yaşanmaktadır. Sığınmacılara aile planlaması olanakları sunulamadığından istenmeyen bebekler doğmakta, bebek ölüm oranları artmaktadır. Zaten çeşitli stresler altında olan kadınlar ayrıca cinsel şiddet, erken evlilikler, düşük ve doğum komplikasyonları riski altındadırlar (Dedeoğlu, 2016: 13-14).

Kamplarda mültecilerin sağlık sorunları ve sağlık gereksinimleri istendik düzeyde olmamakla birlikte nispeten daha kontrol altında iken kamp dışında yaşayan ve özellikle de kayıt altında olmayan mültecilerin sağlık durumları ve sağlık gerek-

sinimleri tam olarak bilinmemektedir. Kamp dışında yaşayan Suriyeli mültecilerin; aşı ile önlenabilir hastalıklara karşı savunmasız oldukları, hamilelik, doğum sonrası ve yenidoğan bakımı, hastalık taraması, aile planlaması, bebek-çocuk bakımı, kısacası ana-çocuk sağlığı hizmetleri konularında bakım ve izlem sorunları yaşadıkları da belirtilmektedir (Dedeoğlu, 2016: 11). Ayrıca, mültecilerin sağlık taramalarındaki ve bağışıklama oranlarındaki yetersizlikler nedeniyle ortaya çıkan salgın hastalıklar ve özellikle Türkiye’de “eradike edilmiş” bazı bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkması durumu da ülkemiz için ciddi bir sağlık endişesi kaynağını oluşturmaktadır. Sığınmacıların gelmesinden sonra Türkiye’de görülmeyen bazı hastalıklar, hatta aşıları dahi kaldırılan “çocuk felci”, sınır illerinde görülür hale gelmiştir. Suriye’de Kutanöz Leishmania (Layşmanya), tifo, Hepatit A hastalıklarının yaygın olduğu bilinmektedir (Sharara ve Kanj, 2014: 1-3). Mültecilerin “Layşmanya” gibi kendine ait çok farklı hastalıkları vardır ve bu hastalıklar hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır (Aygün vd., 2016: 7). “Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ)” göre, Suriyeli mülteci çocuklar arasında çocuk felci ve kızamık hastalıkları ortaya çıkmaktadır (UNICEF 2017). Suriye’deki savaş mağdurları ülkemize gelmeye başladıklarından beri ülkemizde de bu hastalıkların yaygınlaştığı görülmektedir. Yoğun göç sebebi ve Suriyeli sığınmacıların Türkiye’ye gelirken sağlıksız koşullarda yolculuk yapmak zorunda kalmalarının bir sonucu olarak menenjit, bronşit, pnömoni, uyuz gibi hastalıklara yakalanma riskleri de artmıştır. Ayrıca savaşın başında bebek ve çocuk olanlar ile savaş başladığı zamandan itibaren dünyaya gelen bebeklerin aşıları yapılamadığından çocuklarda suçiçeği, difteri, boğmaca, kabakulak, tetanoz gibi hastalıklarda artma görülmüştür. Aynı zamanda yetişkinlerde de Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, kızamık ve şark çıbanı grubu hastalıklar yeniden görülmeye başlamıştır (Dedeoğlu, 2016: 13). Bu nedenle, mülteci ve sığınmacılara temel sağlık hizmetlerinin sağlanması özellikle önemlidir.

Göçmen ve mültecilerin sağlık sorunları incelendiğinde; göç yollarındaki seyahatlerine ve göç ettikleri yerlerdeki sağlıksız ortamlara bağlı olarak ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar sorunlarının yanı sıra bulaşıcı olmayan hastalıklar (kronik hastalıklar) açısından da sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir. Eryurt ve Menet (2019: 1) yaptıkları çalışmada; Suriyeli mülteciler arasında yaş arttıkça bulaşıcı olmayan bir hastalığa yakalanma risklerinin arttığı, 60-69 yaş grubundaki Suriyeli mültecilerin diğer yaş gruplarına göre, erkek mültecilerin de kadın mültecilere göre bulaşıcı olmayan hastalık risklerinin daha yüksek olduğunu ve yüksek ekonomik tedavi yükü nedeniyle Suriyeli mültecilerde görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara

rın dikkate alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Suriyeli sığınmacılarda kronik hastalık ve fiziksel sağlıkla ilgili problemlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada; katılımcıların %24'ünün sigara kullandığı, %28'inin fazla kilolu ve %34'ünün obez olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada; kadınlarda obezite sorununun yüksek olduğu, bel-kalça oranının hastalık riski sınırında olduğu ve en sık karşılaşılan kronik hastalıkların hipertansiyon (%18) ve astım (%6) olduğu bulunmuştur (Ataş Balcı, Alptekin ve Alkan, 2016: 146).

Kısa sürede yoğun bir yabancı göçüne maruz kalınması hem göç edenlerde hem de göç edilen yerde bazı sağlık sorunlarının artmasına neden olabilir. Bu sağlık sorunlarının başında;

1. *Aşı ile Önlenebilir Hastalıklarda Artış:* Savaş ortamlarında sağlık hizmetlerinin aksamasına ve özellikle acil ve akut sağlık sorunlarına ağırlık verilmek durumunda kalınmasına bağlı olarak bulaşıcı hastalık oranları artabilir ya da var olan hastalıkların seyri daha da kötüleşebilir.
2. *Hava Yoluyla Bulaşan Hastalıklarda Artış:* Göçmenlerin barınma koşullarının yetersiz oluşu ya da kalabalık olarak bir arada yaşamaları, hava yoluyla bulaşan hastalık riskini artırabilir. Üst ve alt solunum yolu hastalıkları, tüberküloz, nezle ve grip gibi hastalıkların görülme sıklığı artabilir.
3. *Su ve Besinlerle Bulaşan Hastalıklarda Artış:* Göçmenlerin göç yollarında ve yerleştikleri yerlerde sağlıksız ve kötü hijyen koşullarında yaşamalarından kaynaklı ishal, sarılık gibi su ve besinlerle bulaşan hastalıklar artabilir.
4. *Vektörlerle Bulaşan Hastalıklarda Artış:* Göçmenlerin sağlıksız yaşam koşulları nedeniyle vektörlerin üremesine uygun ortamlarda bulunmaları ve vektörlerden geçen hastalıklara yakalanma olasılıkları yüksektir. Suriye'den gelen kişilerde "Layşmanya hastalığı"nın ülkemize göre daha yaygın olması bu duruma bir örnektir. Bu nedenle göç edenlerin örneğin sıtma, veba, uyuz ve paraziter hastalıklar açısından taranmaları, kontrol ve denetim altında tutulmaları ve var olan hastalıklarının tedavi edilmesi, yerleştikleri toplumun sağlığı açısından da büyük önem taşımaktadır.
5. *Malnütrisyon:* Göçmenlerin çoğunluğunun içinde bulundukları şartlar nedeniyle temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlikler yaşadıkları, özellikle en temel insan gereksinimi olan beslenme gereksinimlerini yeterince karşılayamadıkları görülmektedir. Bu nedenle yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı özellikle çocuklarda malnütrisyon görülme sıklıkları daha fazladır.

6. *Aile Planlaması Kullanımında Yetersizlik*: Göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşamaları, özellikle kayıt dışı göçmenlerin sağlık çalışanları tarafından izlenememesi sonucunda aile planlaması yöntemlerini yeterince kullanmadıkları ve doğurganlık oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Örneğin Suriye’den gelen göçmenler arasında üreme çağındaki kadınlarda doğum sıklığının fazla olduğu bildirilmektedir.
7. *Çocuk İstismarı*: Göçmenlerin çocuklarını çalıştırdıkları, dilendirdikleri ya da erken yaşta Türklerle evlendirmeye (çocuk gelinler) çalıştırdıkları bildirilmektedir (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştay Sonuç Raporu, 2014: 49).

8.2. Göçmenlerin Yaşadıkları Ruhsal Sağlık Sorunları

Göçmenler için bir diğer önemli sağlık sorunu ruhsal sağlık sorunlarıdır. Suriyeli göçmenler yoğun bir şekilde savaş stresine ve travmaya maruz kalmış durumdadırlar. Suriyeli göçmenlerin yaşadıkları ruhsal sorunlar sadece savaş ortamı ve verdikleri maddî, manevî ve can kaybı ile sınırlı kalmayıp aynı zamanda sığındıkları ülkelerde yaşadıkları barınma ve uyum sorunları, dışlanma durumları da var olan sıkıntılara eklenmektedir. Yapılan bir çalışmada, mülteciler arasında en yaygın görülen ruhsal sorunların “depresyon” ve “travma sonrası stres bozukluğu” olduğu belirlenmiştir (Acartürk vd., 2015: 1, 6). İngiltere’ye mülteci veya sığınmacı olarak gelen ve yalnız başına olan çocuklara yönelik yürütülen bir çalışmada; %75’inin ruhsal sağlık sorunlarının olduğu, ayrıca çocukların travma, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve bedensel şikâyetler nedeniyle savunmasız oldukları saptanmıştır (Nursing Children and Young People, 2016). Mülteci kamplarında yaşayan Suriyeli çocukların ruh sağlığı sorunlarının incelendiği başka bir çalışmada; yaş ortalaması 10.53 ± 2.79 olan mülteci çocukların %74’ünün sigara içtiği, fiziksel ve psikososyal sağlık sorunlarının olduğu ve yüksek düzeyde travma sonrası stres, depresyon ve anksiyete yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Yayan vd., 2019: 1). Savaş bölgelerinden göç eden mültecilerin; “travma sonrası stres bozukluğu” ve “travma” ile ilgili diğer sorunlar için risk altında olduğu, bu durumun sosyal/ aile yaşamlarıyla başa çıkma yeteneklerini zayıflatabileceği ve farklı bir topluma uyumu zorlaştırabileceği bildirilmektedir (Fegert vd., 2018: 1). Savaş ve çatışma ortamlarından en çok etkilenen grupların başında büyüme-gelişme çağındaki olmaları nedeniyle çocuklar gelmektedir. Literatürde zaten büyüme-gelişme çağındaki olan çocukların savaş nedeniyle ruhsal ve fiziksel

gelişim sorunlarının olabileceği, kayıp ve şiddet yaşayabilecekleri, göç etmek zorunda kalabilecekleri ve göç ettikleri yerlerde, özellikle mülteci kamplarındaki yaşam koşullarına adaptasyon gösterme çabaları içinde olabilecekleri belirtilmektedir (Fazel vd., 2012: 271, 274-275).

Göç eden insanlarda, yeni yerleştikleri ortamlara uyum sorunları, terk ettikleri ya da terk etmek zorunda kaldıkları yerlere duydukları özlem, yakınlarından ayrılmak durumunda kalmaları gibi nedenlerle ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Mülteciler genellikle vardıkları ülkelerde ruh sağlığı bakımı ve sosyal destek eksikliği nedeniyle daha da şiddetlenen depresyon, "post-travmatik stres bozukluğu" ve "psikoz" gibi ruh sağlığı bozuklukları için yüksek risk altındadır (www.euro.who.int, 2015). Akgün'ün (2016) yaptığı çalışmada, toplumun geneline göre Suriyeli sığınmacılarda daha fazla "travma sonrası stres bozukluğu" yaşandığı ortaya çıkmıştır. Uğurlu (2015) ise, Suriyeli sığınmacılar üzerinde yaptığı çalışmasında çocukların büyük bir kısmının "yüksek travma sonrası stres bozukluğu" riski taşıdıklarını, şiddetli depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdiklerini saptamıştır. Göçmenlerin yaşadıkları ruhsal sorunlara yönelik olarak T.C. tarafından özellikle kimsesiz ve travmaya uğramış çocuklara yönelik psikolojik ve maddi destek hizmetleri verilmekte; ebeveynlere yönelik ise aile danışmanlığı gibi hizmetler sağlanmaktadır (Duruel, 2016: 1410).

Okullardaki göçmen öğrencilerin dilden kaynaklanan iletişim problemleri, psikolojik danışmanların çok yoğun oldukları için vakit ayıramayışı ya da bu öğrencilere yardım sağlama konusunda isteksiz olmaları gibi nedenlerle yeterince psikolojik destek alamadıkları görülmüştür. Suriyeli sığınmacılara psikolojik yardım konusunda en büyük desteği Sivil Toplum Kuruluşları ve Milli Eğitim Bakanlığının (MEB) başlattığı projeler vermektedir. MEB tarafından yürütülen projeler ile Suriyeli öğrencilerin ruhsal gelişimleri istihdam edilen psikolog ve sosyologlar aracılığıyla desteklenmektedir (MEB, 2017). Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar ise psikolojik destek konusunda sadece Türk vatandaşlarının yararlandığı merkezlerden yararlanabilmektedirler (Kaya, 2016).

8.3. Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadıkları Sorunlar

Göçmenlerin çoğu, yaşadıkları sağlık sorunlarını çözmek için birçok engelle karşılaşmaktadır. Bu sorunlardan biri de ruh sağlığı uzmanlarının eksikliğidir. Göçmenlerin göç ettikleri yerlere ve bölge halkına uyum sağlamaları, aynı zamanda yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik danışmanlık almaları adına yeterli sayıda

psikolog, psikiyatr, sosyal hizmet uzmanı ve danışmanlara ihtiyaç vardır. Bu uzmanlıkların yanı sıra dil ve kültürel farklılıklara yönelik ortaya çıkan anlaşmazlıklar için sağlık çalışanlarının dil ve kültürel uyum sorununun çözülmesi, her sağlık kuruluşunda yeterli sayıda tercüman bulundurulması da göçmenlerin sağlık sorunlarının çözümünde önem taşımaktadır. Ayrıca ülkemizdeki mevcut sağlık çalışanlarının eğitimlerinin, özellikle mülteci ve sığınmacılara yönelik sağlık hizmetleri sunumu açısından yeterli olmadığı da belirtilmektedir (Türk Tabipler Birliği, 2016: 14).

Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanırken karşılaştıkları diğer sorunlar arasında ekonomik sorunlar, tıbbî malzeme ve personel yetersizliği, sığınmacıların sağlık personelleri tarafından karşılaştıkları ilgisiz tutum ve hastanelerin tedavi etmek istememesi yer almaktadır (Döner, 2016; Kaya, 2016; Vardarlı vd., 2019: 660-661). Isparta ilinde yürütülen bir çalışmada; mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları temel sorunların hekimlerin olumsuz tutumu, sağlık personelinin olumsuz tutumu, iletişim sorunu, sağlık hizmetlerinin işleyişinde yaşanabilecek olumsuzluklar ve maddî yetersizlikler olduğu saptanmıştır (Önal ve Keklik, 2016: 132). "Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığının (AFAD) 2014 yılındaki raporu"; kamp ve kamp dışında yaşayan Suriyeli göçmenlerin yarısından fazlasının psikolojik desteğe gereksinim duyduklarını ortaya koymuştur (Vardarlı vd., 2019: 661). Literatürde birçok mültecinin düzensiz ve kayıt dışı durumda olduğu ve bu durumun sağlık hizmetlerine erişimde özel bir engel oluşturduğu belirtilmektedir. Genellikle, mültecilerin sağlığı ulusal ve bölgesel sağlık planlarına dahil edilmemiştir ve ülkeler sağlık ve sosyal sistemleri üzerindeki bu ek yüke hazır değildirler (Hacker vd., 2015). Nitekim Suriye sınırındaki illerde yoğunlaşan Suriyeli nüfusu; aynı zamanda hastanelerde de kalabalıklaşmaya yol açmakta, bunun sonucunda hem sağlık çalışanlarının bu durumdan şikâyet etmesi hem de yerel toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanamaması söz konusu olmaktadır (Kirişçi, 2014: 28). Mersin'de bulunan Suriyeli sığınmacılara yönelik yapılan çalışmada, savaş ve çatışma ortamından uzaklaşmak amacıyla bir zorunlu göç süreci yaşayan Suriyeli ailelerin önemli bir kısmının bu süreçte kayıplar yaşadıkları, bu kayıpların savaşta ölenler, yolda ölen (özellikle bebek ve çocuklar) ya da yaşlı olduğu için göçü göze almayıp geride bırakılan yaşlılardan oluştuğu, sığınmacıların sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda ise üç temel engelin söz konusu olduğu belirlenmiştir: "*Coğrafi Ulaşım* (Hizmetin bulunduğu yerden uzakta bulunmak)", "*Ekonomik Ulaşım* (Hizmetin bedelinin karşılanamaması nedeniyle hizmete ulaşamamak)" ve "*Kültürel Ulaşım* (Göç edilen toplumda yabancı hissetmek bunun da ötesinde kendini

güvende hissetmemek nedeniyle hizmetten uzak durmak)" (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014: 48). Kocaeli Darıca ilçesinde yaşayan mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim durumlarını değerlendirmeye yönelik yapılan bir çalışmada ise; Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde ciddi bir sorun yaşamadıkları, bunda Suriyelilerin, bölge halkı tarafından benimsenmiş olmalarının, sanayi bölgesinde ikamet ediyor olmalarının, %60'ının düzenli bir gelirin olmasının ve bu ilçenin İstanbul gibi bir metropole yakın olmasının etkili olabileceği belirlenmiştir (Kördeve, 2017: 10).

8.3.1. Göçmenlerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadıkları Sorunlar

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri "Aile Sağlığı Merkezleri" ve "Toplum Sağlığı Merkezleri" tarafından sağlanmaktadır. Kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri aile hekimliği sistemi üzerinden yürütülmektedir ve sistem kişinin aile hekimine başvurusu ve kaydolması üzerine kurulmuştur. Bu nedenle hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanmak için Suriye'den gelenlerin aile hekimleri ile temasa geçmesi gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan temel sorunlar şunlardır:

1. *İletişim Engeli:* Suriyelilerin sağlık hizmeti almasındaki en önemli engel "iletişim" sorunudur. Sağlık çalışanları Arapça bilmedikleri için, Suriyeli göçmenlerle iletişim kurmakta sorun yaşamaktadırlar.
2. *Hızlı Yer Değişikliği:* Suriyeli göçmenler sürekli yer değişikliği yaptığı için, izlem gerektiren sağlık hizmetlerinde süreklilik yeterince sağlanamamaktadır. Hızlı yer değişiklikleri, sağlık hizmeti sunulacak hedef nüfusun kayıt altına alınmasını ve risk gruplarının düzenli takiplerinin yapılmasını engellemektedir.
3. *Performansa Dayalı Sağlık Hizmetinin Etkisi:* Suriyeli göçmenler aile hekimleri tarafından, iletişim kurma ve sonraki süreçte ailelere ulaşma gücüyle yaşayacaklarını düşünmeleri nedeniyle aile hekimliği sistemine kayıt edilmemekte ya da kayıt edilmek istenmemektedirler. Çünkü aile hekimleri kendilerine kayıtlı kişilere temel sağlık hizmetlerini veremezlerse, izlemlerini düzenli olarak yerine getiremezlerse, performans kesintileriyle karşılaşmak durumunda kalmaktadırlar.
4. *Aile Hekimliğine Kayıtlı Kişi Sayısının Fazla Olması:* Kendilerine kayıtlı en fazla 4000 kişi olması gerektiği için, aile hekimleri daha fazla kişiyi kayıt

yaparak iş yükünü artırmak istememektedir. Çünkü kayıt fazlası kişiler üzerinden aile hekimleri ek ücret almamaktadır (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014: 48).

Nitekim Mersin’de yarısı çocuk yaş grubunda olmak üzere 110 bin civarında Suriyeli bulunmasına karşın, ne kadar Suriyeli gebe, bebek tespit ve izleminin yapıldığı, kaç bebek ve çocuğa aşı yapıldığı bilinmemektedir. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içinde, göç ile gelen insanların sağlık kaydı konusunda sorun yaşanmakta olduğu ortadadır (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014: 48).

8.3.2. Göçmenlerin İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine (Hastanelere) Erişimde Yaşadıkları Sorunlar

“AFAD” tarafından yayınlanan genelgelerde, Suriye’den gelen kişiler kayıt altına alınıp “geçici kimlik belgesi” aldıkları takdirde kamu tarafından verilen birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden “Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)” çerçevesinde kayıt yaptırdığı ilde sağlık hizmeti alacağı bildirilmektedir. Göçmenler kayıt yaptırdığı il dışında olmaları durumunda sevk edildikleri takdirde sağlık hizmetlerine katkı ve katılım payı vermeksizin ulaşabilmektedirler. Özel sağlık kuruluşlarından ise ancak resmi sağlık kurumu tarafından sevk işlemi gerçekleşirse yararlanabilmektedirler. Bu durumların dışında kalan bütün sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için göçmenlerin cepten ödeme yapmaları gerekmektedir. Acil sağlık hizmetlerinden bütün Suriyeliler Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları gibi yararlanabilmektedir.

Hastanelerde en çok yaşanan sorun, sağlık çalışanları ile Suriyeliler arasında iletişim sorunu ve işleyişin bilinmemesidir. Bu nedenle Suriye’den gelenler, daha çok iletişim kurabilecekleri sağlık kurumlarını tercih etmektedir (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014: 50).

9. Türkiye’de Göçmenlere Yönelik Sağlık Politikaları ve Sunulan Sağlık Hizmetleri

“Geçici koruma yönetmeliğine” göre, kayıtlı olmayan Suriyeliler sadece acil durumlarda sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedirler. Suriyelilere 25 Ağustos 2016 tarihine kadar “Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne” sağlanan sağlık hizmetleri, bu tarihten itibaren “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” çatısı

altında oluşturulan "Göç Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı'nca" verilmeye başlanmıştır. Üç milyondan fazla Suriyelinin yoğun olarak yaşadıkları yerlerde sağlık hizmetleri ve ihtiyaç duydukları diğer hizmetleri alırken karşılaştıkları sorunları ortadan kaldırmak ve bu hizmetlere daha kolay erişimlerini sağlamak amacıyla "Halk Sağlığı Müdürlüklerine" bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu "Göçmen Sağlığı Birimleri" oluşturmuştur. Türkiye'de bulunan Suriyeli sığınmacılara "2014 tarihli Geçici Koruma Yönetmeliğine" dayanarak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri amacı ile "Geçici Koruma Kimlik Belgesi" verilmektedir. Suriyeli bir hasta, sağlık kuruluşuna acil sağlık sorunu ile başvurduğunda yanında geçici koruma kimlik belgesi olmasa dahi kendisine acil sağlık hizmetleri sağlanmak durumundadır (Gültaş ve Yalçın Balçık, 2018: 196-197; www.goc.gov.tr). Kayıtlı olan sığınmacılara ise, "Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının" genel sağlık sigortalılar için belirlediği "SUT" bedelleri kapsamında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sağlanmakta, ödemeler ise "AFAD'a" fatura edilmektedir. "SUT'la" çıkan bedel farkları ise "AFAD" tarafından ödenmemekte, bu durum, yüksek maliyetli ilaçları ödemeleri açısından Suriyeli sığınmacıların zor duruma düşmelerine neden olmaktadır. Ayrıca iletişim sorunu da sağlığa ulaşma ve doğru tedavi alma açısından engel oluşturmaktadır. "Sağlık Bakanlığı" dil konusunda yaşanan iletişim sorunlarının önüne geçmek amacı ile "Uluslararası Hastalar için Tercümanlık Hattı" kurmuştur (www.goc.gov.tr). Arapça olarak kimin, nerede, hangi hizmeti nasıl vermekte olduğuyla ilgili bilgilendirme broşürleri, iletişim sorunlarının çözümünde etkili olabilir. Özellikle kronik hastalığı olan ve zor durumda olduğu belirlenen göçmenlere tedavi masrafları konusunda destek sağlamaları bakımından "Sivil Toplum Kuruluşları (STK)" ya da "Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları" ile irtibata geçilebileceği unutulmamalıdır. Esasen bu tarz yardımlar geçici koruma yönetmeliği ile birlikte daha düzenli bir şekilde sağlanabilmektedir (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014: 32, 33).

Mülteci ve göçmenlere yönelik sağlanan sağlık hizmetleri arasında bağışıklama hizmetleri de yer almaktadır. Suriyeli sığınmacıların Türkiye'ye gelmeye başladığı tarihten itibaren hem yeniden ortaya çıkan hastalıklarla mücadele etmek hem de özellikle sınır bölgelerinde yaşayan vatandaşların ve sığınmacıların sağlıklarını korumak amacı ile Suriyeliler ülkemizde uygulanan "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" kapsamına alınmışlardır. Öncelikle, sınırdan geçişler sırasında bir sağlık değerlendirmesi yapılarak, 0-5 yaş grubu çocukların tamamına çocuk felci aşısı uygulanmış, ardından 0 ay-14 yaş aralığında olan çocuklar için OPV, 9 ay-15 yaş arası çocuklar için KKK, yaşa uygun olarak beşli ya da dördü karna, gebe

sığınmacılara ise difteri-tetanos aşılıdır yapılmıştır (Gültaş ve Yalçın Balçık, 2018: 197).

Türkiye’de Suriyeli vatandaşlara yönelik uygulanan sağlık politikalarının her biri için bir yasal dayanak bulunmaktadır. Bu yasal dayanaklar kronolojik olarak şu şekilde sıralanmaktadır:

- “AFAD Yönetmeliği” (19.02.2011)
- “Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu” (04.04.2013)
- “Geçici Koruma Yönetmeliği” (22.10.2014)
- “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” (25.03.2015)
- “AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2015” (01.07.2015)
- “AFAD- Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge” (12.10.2015)
- “Göçmen Sağlığı Merkezleri/Birimlerine Dair Yönerge” (03.09.2015)
- “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetine Dair Esaslarda Değişiklik Yapılmasına İlişkin Esaslar” (04.11.2015)
- “AFAD ve Sağlık Bakanlığı Protokolü 2016” (01.01.2016) (Gültaş ve Yalçın Balçık, 2018: 195).

Türkiye, Suriye’de baş gösteren krizin başından bu yana Suriyeli sığınmacılara “açık kapı politikası” uygulamış ve ihtiyaç duydukları tüm yardımları sağlamıştır. Türkiye’de sığınmacılara yönelik sağlanan yardımların başında barınma, güvenlik, beslenme, eğitim ve sağlık hizmetleri gelmektedir. “Göç İdaresi Genel Müdürlüğünden (2017)” alınan verileri; Türkiye-Suriye sınırına yakın 10 şehirde kurulan “21 Geçici Barınma Merkezinde” 228.524 Suriyeli sığınmacının barındığını göstermektedir. Sığınmacıların yaşamlarını sürdürdüğü barınma merkezleri “Başbakanlık AFAD” tarafından kurulmuştur (Gültaş ve Yalçın Balçık, 2018: 195). Aynı zamanda “AFAD” tarafından geçici barınma merkezleri dışındaki Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık, eğitim ve gıda yardımı sağlanmaktadır. “Göç İdaresi Genel Müdürlüğünün (2017) raporuna” göre sığınmacılar en fazla İstanbul, Şanlıurfa ve Hatay illerinde yaşamlarını sürdürmektedir ve bunların sadece %6’sı “geçici barınma merkezlerine” yerleşmiş durumdadır. Ekim 2011’de “İçişleri Bakanlığının” aldığı karar ile sığınmacılara “geçici koruma statüsü” verilmiştir. Geçici koruma statüsü ile Suriyelilere süresiz kalış, zoraki geri gönderilmeye karşı koruma ve acil gereksinimlere ulaşma olanakları tanınmaktadır. Türkiye’de Suriyeli göçmenlerin özellikle sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri için önemli kolaylıklar sağlanmıştır. Öncelikle “Hatay’ın Yayladağı ilçesinde” başlayan destek faaliyetleri,

"2013/08 nolu Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge" ile kapsamı genişletilerek Türkiye genelinde 11 ilden 81 ile çıkarılmıştır. Bunun yanı sıra geçici koruma altına alınan Suriyeli sığınmacıların tedavi giderlerinin "AFAD Genelgesi'nin 1. maddesine" dayanarak Türk vatandaşlarına benzer şekilde koruyucu, tedavi edici, acil sağlık hizmetleri şeklinde ve "SUT" kapsamında ücretsiz olarak sunulmasına karar verilmiştir. Sığınmacılara yönelik verilen sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyen "Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslara Ait Yönerge", "Sağlık Bakanlığı" tarafından 2015 yılında yeniden düzenlenmiştir. "Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne" Suriyelilere 25 Ağustos 2016'ya kadar sağlanan sağlık hizmetleri, bu tarihten itibaren "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" çatısı altında oluşturulan "Göç Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığınca" verilmeye başlanmıştır (Gültaş ve Yalçın Balçık, 2018: 196).

10. Göçmenlerin Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Çözüm Önerileri

Türkiye'de Suriye'den gelen sığınmacılara verilmeye çalışılan sağlık hizmetleri, ülkemizde var olan sağlık örgütlenmesinin sığınmacıların gereksinimlerine yönelik yeterli olmadığını ortaya koymaktadır. "Temel Sağlık Hizmetlerinin (TSH)" (Gebe, bebek, çocuk tespit ve izlemi, bağışıklama, aile planlaması vb.) verilebilmesi için hizmet verilen toplumun iyi bir şekilde tanımlanması (insanların nerede yaşadıkları, yaş ve cinsiyet dağılımları, doğurganlık düzeyleri, ne kadar çocuğun aşılacağı vb.), toplumun özelliklerinin bilinmesi gerekmektedir. Hizmet verilecek olan grubun özelliklerinin bilinmemesi durumunda TSH'nin yeterli olup olmadığı yargısına varılamaz (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştay Sonuç Raporu, 2014: 47). Mültecilerin sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda sorunlar yaşadıklarını ortaya koyan bir çalışmada, mülteci ve sığınmacılar için sağlık hizmetlerinde yeni birimlerin oluşturulması ve sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimler ile bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (Önal ve Keklik, 2016: 132).

Daha savunmasız ve incinebilir oldukları ve savaş o tamından daha fazla etkilendikleri için, kadın ve çocukların sağlık gereksinimlerine yönelik yapılan sağlık harcamalarına öncelik verilmelidir. "STK'lar", göçmenlere yönelik dışlanma, ayrımcılık ve yabancı düşmanlığının ortadan kaldırılmasında önemli bir rol oynayabilir. Hem göçmenler hem de yerel halk arasında birleştirici bir bağ kurulması, göç eden kişilerin başarılı bir şekilde yaşadıkları topluma uyum sağlaması açısından önemlidir. Göçmenlerin yerleştikleri ülke halkıyla bütünleşmesi ve başta sağlık

hizmetleri olmak üzere ihtiyaç duydukları bütün hizmetlere tam anlamıyla erişimleri sağlanmalıdır. Göçmenler ve yerel toplum arasındaki etkin iletişim ve uyumun sağlanması, göçmenlere yönelik hizmetlerde en öncelikli hedef olmalıdır (Akar ve Erdoğan, 2018: 937-938).

Göçmenlerin yaşadıkları sağlık sorunlarının çözümüne ve sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüklerinin ortadan kaldırılmasına yönelik genel öneriler şu şekilde sıralanabilir:

1. Birey ve toplumun sağlığını korumanın ve geliştirmenin en temel koşulu, sağlığın sosyal belirleyicilerinin dikkate alınması ve bu belirleyicilerin sağlanmasıdır. Bu sosyal belirleyicilerin başında gelir yer almaktadır. Öyle ki, insanların temel gereksinimlerini karşılayabilmeleri için mutlaka yeterli bir gelir düzeyine sahip olmaları gerekmektedir. Çünkü ancak yeterli gelir düzeyine sahip olan kişiler; beslenme, barınma, hijyen, sağlık hizmetleri ve eğitim olanakları gibi ihtiyaçlarını karşılayabilirler.
2. Göçmenlerin ve yerel toplumun sağlığının korunmasının temel koşullarından biri de, ülkemize giriş yapan tüm sığınmacıların/ mültecilerin sınır kapılarında mutlaka sağlık kontrollerinden geçirilerek kayıt altına alınmalarıdır. Kayıt dışılık, hem göçmenlerin var olan sağlık sorunlarının gidişatını hem de yerleştikleri bölge halkının sağlığını tehdit eden son derece ciddi bir durumdur. Bu nedenle göçmen kaydının mutlaka yapılması, bir şekilde sınırdan geçen ve kayıt olmamış kişilerin ise mutlaka tespit edilerek kayıt altına alınmaları ve özellikle sağlık durumları açısından takiplerinin yapılması gerekmektedir.
3. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin sunulması için;
 - a. Suriyelilere hizmet verecek sağlık çalışanlarının Arapça bilen sağlık çalışanlarından tercih edilmesi, kültürel kabul ediş açısından önemlidir. Bunu sağlamak için, sığınmacı konumunda bulunan sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi düşünülebilir.
 - b. Suriyelilere verilecek birinci basamak sağlık hizmeti, mevcut "Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM)" entegre edilebilir. Ayrıca göçmenlerin sağlık durumlarının daha iyi bir şekilde değerlendirilmesi için ev ziyaretleri yapılmalıdır.
 - c. Birinci basamak sağlık çalışanlarına Arapça ya da bulundukları bölgede yoğun olarak yaşayan göçmenlerin kullandıkları dillere yönelik kurslar düzenlenmelidir.

- d. Göçmenlerin yoğun olarak yerleştikleri bölgelerdeki sağlık kuruluşlarına yeni istihdam edilecek sağlık çalışanlarında Arapça vb. bilenlere öncelik verilmelidir.
 - e. Suriye'den gelen göçmenlerin sağlık kayıtlarının doğru bir şekilde yapılması ve izlemlerinin düzenli olarak gerçekleşmesi için, yoğun olarak yerleştikleri bölgelerdeki sağlık kuruluşlarındaki aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının sayıları artırılmalıdır.
 - f. Suriye'den gelen kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmaları için, hizmeti talep etmelerini beklemek yerine gezici sağlık hizmetleri ve ev ziyaretleri yoluyla başta bağışıklama, aile planlaması hizmetleri olmak üzere temel sağlık hizmetlerini almaları sağlanmalıdır.
 - g. Suriyelilerin kendilerine sunulan sağlık hizmetleri konusunda bilgi edinmelerini ve hem birinci hem ikinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını kolaylaştırmak için Arapça olarak hazırlanmış bilgilendirici broşürlerin ve eğitim kitapçıklarının sağlık kuruluşlarının girişlerine ve danışmanlık birimlerine yerleştirilmesi sağlanmalıdır.
 - h. Sağlık çalışanlarının; göçmenlerin sağlık hizmetlerinden nasıl, ne şekilde yararlandıkları, tedavi süreçleri ve göçmenlere sağlanan haklar ve yasal durumlar konularında bilgilendirilmeleri ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri sağlanmalıdır.
 - i. Suriye'den gelen kişilerin sağlık kayıtlarının yapılması için Aile hekimliği bilgi sistemi gözden geçirilerek yeniden düzenlenmelidir.
4. Hem birinci basamak hem de ikinci basamak sağlık hizmetlerinin göçmenlerin sağlık gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi gerekir. Sadece Suriyelilere sağlık hizmeti verecek kurumların oluşturulması (kamplar hariç) değil, var olan sağlık kurumları içerisine entegre edilmiş sağlık hizmetlerinin göçmenlere sunulması önerilmektedir. Bunun için sağlık kurumlarında Arapça bilen Türk sağlık çalışanlarına öncelik verilmesi gerekir. Ayrıca Suriye'den gelen sağlık çalışanları da bir uyum eğitiminden geçirilerek, sağlık kurumlarında Arapça bilen kişiler olarak görev alabilir (Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu, 2014: 51, 52).

Göçmen çocukların ya da ailelerin yaşadıkları ruhsal sorunların azaltılmasına yönelik olarak ruhsal sorunların tedavisinin mümkün olduğunca erken başlatılmasının yanı sıra; ailelerde mevcut olan psikososyal sorunların tanınması, ailelere yönelik yaşam olanakları sağlanması, ebeveynlik becerilerinin öğretilmesi, kültüre duyarlı müdahalelerin başlatılması, mültecilerle çalışanlara destek vermek

için eğitim programları oluşturulması, erişilebilirliğin artırılması, eğitilmiş tercümanların sağlanması, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, tarama ve diğer önlemlerle müdahale gereksinimlerinin belirlenmesi önerilmektedir (Fegert vd., 2018: 1, 5-7). Türkiye'den sonra ikinci en yüksek mülteci sayısına sahip olan Ürdün'de yapılan ve hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı sorunları olan mültecilerle yaşadıkları deneyimlerin incelendiği nitel bir çalışmada; ruh sağlığı sorunlarının çözümüne yönelik olarak mültecilerin ruh sağlığı sorunları ile mücadele edilmesi (sağlık çalışanlarının iletişim becerilerine dayalı ve kültürel olarak duyarlı ve bireysel bakım sunmaları), mültecilerin ruh sağlığı gereksinimlerinin yönetimi (ruhsal sorunların tanımlanması, sorunlara yönelik mültecilerle iletişime geçilmesi) ve mültecilerin ruh sağlığının geliştirilmesi (ruhsal sorunları olan bireylerin tedavisi, eğitimi, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı konusunda bilgi ve beceri kazanmaları-uzmanlaşmaları, sağlık çalışanlarının eğitiminde ruh sağlığı konularına önem verilmesi) ana temaları belirlenmiştir (Dotevall, Winberg ve Rosengren, 2018: 155, 157-159).

Literatürde, savaş ve çatışma nedeniyle travma yaşamış ailelerin gereksinimlerini en iyi şekilde ele almaya yönelik geliştirilen öneriler şu şekildedir:

1. Psikososyal risklerin erken tanınması: Savaş bölgelerinden olan bireyler için, travma sonrası bozuklukların gelişmesi riski önemli ölçüde artmaktadır; bu durum, sosyal ve aile yaşamıyla başa çıkma yeteneğini zorlaştıran işlevsiz davranışlara neden olabilir. Eğitime erişim ve boş zaman etkinliklerini teşvik etmek ve günlük yaşamdaki stresi azaltmak için stratejilerin öğretilmesi de dahil olmak üzere erken danışmanlık, yardım ve destek sağlanması hayatî öneme sahiptir (Fegert vd., 2018: 5-7).

2. Aile dostu yaşam alanlarının sağlanması: Mülteci ailelere sağlanan geçici konutlar mahremiyeti sağlamalı, cinsel taciz ve diğer cinsel şiddet türleri gibi tehditlere karşı aileyi korumalıdır. "Uyku hijyeni" nin ruhsal sağlığı korumada önemli olduğu kabul edildiğinden, uygun uyku koşullarını desteklemek için yüksek gürültü seviyeleri ve diğer uyaranlar kontrol altına alınmalıdır. Sağlam ve güvenli olarak görülen ortamlarda barınma, refah ve psikolojik istikrara büyük ölçüde katkıda bulunabilir (Fegert vd., 2018: 5-7).

3. Ebeveynliği güçlendirmek için danışmanlık hizmetlerinin sağlanması: Travma geçirmiş olan ebeveynler, ebeveynlik yetkinliklerini yeniden kazanmak veya güçlendirmek için yardıma ihtiyaç duyabilirler, ancak bu yardım kültürel olarak duyarlı olmalıdır. Göçe bağlı yaşanan depresyon ve travma, aile içi şiddete

neden olabilir. Bu konudaki yardım; fiziksel olmayan disiplin ve sevgi dolu-şiddet içermeyen çocuk yetiştirme yöntemlerini teşvik etmek, alternatif ebeveynlik yaklaşımlarını önermek şeklinde olmalıdır. Çocuklara "sınırlar içinde özgürlük" sağlayan yetkili ebeveynlik ilkesinin, birçok yönden yararlı olduğu, çocukların gelişim potansiyellerine ulaşmalarına yardımcı olma, aile ilişkilerini güçlendirme ve olağanüstü stres veya travma durumlarında olumsuz sonuçları azalttığı kanıtlanmıştır (Fegert vd., 2018: 5-7).

4. Çok çeşitli destek hizmetlerine ulaşma: Tüm aile üyelerinin ruh sağlığını ve refahını iyileştirmek için, etkinliği bilimsel bilgi ile desteklenen mevcut, uygun maliyetli programlardan yararlanan çeşitli destek hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bu programlar aşağıdaki gereksinimleri karşılamalıdır:

- Kanıta dayalı
- Kültürel hassaslık
- Geniş ve esnek kullanılabilirlik
- Mültecilere yardım eden kişilere ek destek

Olumlu ebeveynlik stratejilerinin öğretilmesi gibi profesyonel danışmanlık hizmetlerine erişim, dil sorunları ve ciddi bir eğitilmiş tercüman sıkıntısı nedeniyle sınırlıdır. Alıcılar tarafından konuşulan dilde sunulan çevrimiçi programlar gibi düşük maliyetli teknoloji yaklaşımlarını kullanmak bir çözüm olarak düşünülebilir (Fegert vd., 2018: 5-7).

5. Travma geçirmiş mültecilerle çalışan ya da tedavi gören kişilerin eğitimi:

Bu tür bir eğitim için çalışanlar; okul öncesi çalışanlarını, öğretmenleri, profesyonelleri ve mülteci aileleriyle çalışan gönüllüleri içerecektir. Bu personelin çoğunun zorlu programları göz önüne alındığında, bilgiler kısa oturumlarda ve/veya kısa süreli e-öğrenme modülleri şeklinde sağlanmalıdır. Eğitim, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve çeşitli travma ile ilgili bozukluklar dahil olmak üzere, savaş alanlarından kaçan yetişkinlerde ve çocuklarda sıklıkla görülen duygusal ve davranış bozuklukları hakkında eğitimi içermeli ve her gün sorunlu çocuklara nasıl yardım edileceğine dair pratik önerilerde bulunmalıdır. hayat. Din, aile hayatı ve eğitim ile ilgili görüş benzerlikleri ve farklılıkları tartışılmalıdır. Bunu başarmak için, eğitilmiş personel tarafından kullanılmak üzere belirli koşullara kolayca uyarlanabilen ve farklı dillere (Almanca, İngilizce, Arapça, Türkçe vb.) çevrilebilecek öğretim materyalleri geliştirilmelidir (Fegert vd., 2018: 5-7).

6. Tercüman ve tercümanların eğitimi ve denetlenmesi: Dil engelleri, sağlık hizmetlerine ve psikoterapötik hizmetler de dahil olmak üzere diğer desteklere erişimin önündeki en büyük engeller arasında olduğundan, tercümanlar ve tercümanlar psiko-eğitim programlarına erişimi kolaylaştırmak için kritik öneme sahiptir. Tüm mülteci aileleri üyeleri için dil hizmetlerinin yeterli bir şekilde finanse edilmesi ve bu hizmetlerin sağlayıcılarının kültürel araçlar olarak da hareket edebilmeleri için eğitilmeleri gerekmektedir (Fegert vd., 2018: 5-7).

7. Çocuklar ve gençler için eğitime tam ve anında erişim: Savaş ve göç yoluyla nedeniyle çocuklar, yıllarca eğitimden mahrum kalmış olabilir ve kaçırdıkları şeyleri telafi etmek için okul kurumlarına hızlı erişime ihtiyaç duyar. Okul öncesi ve ilköğretim okullarına katılım, onların genel toplumla daha kolay bir şekilde bütünleşmelerini sağlar ve özellikle yeni dilde fazladan eğitim almak gerekmektedir. Dil ve eğitim programlarına kolay ve acil erişim için geçerlidir (Fegert vd., 2018: 5-7).

8. Çocuklar ve gençler için sağlık hizmetlerine tam ve anında erişim: Bu erişim, mevcut yasal ikamet durumu ne olursa olsun, ev sahibi ülkeye girişte derhal verilmelidir. Tüm mülteci çocuklara ve ergenlere, ebeveynleri olmasa bile, diğer akranları için sunulan bakımla aynı kapsamlı olan bakıma ulaşmalarına izin vermek için adımlar atılmalıdır (Fegert vd., 2018: 5-7).

9. Müdahale gereksinimlerini belirlemek için tarama araçlarının sağlanması: Uygun müdahaleleri planlamak için, sağlık uzmanları hem olası psikolojik sorunları (özellikle intihar veya bağımlılıklar gibi olanlar) hem de mültecilerdeki mevcut sağlık sorunlarını tespit etmelerini kolaylaştıran tarama araçlarına sahip olmalıdır. Bu araçlar, farklı dillerde mevcut olmalıdır. Ayrıca, şiddet mağduru olma riskindeki cinsiyet farklılıkları nedeniyle, tanı konurken tarama anketleri cinsiyete özgü standart değerlere izin vermelidir (Fegert vd., 2018: 5-7).

DSÖ, Mültecilerin sağlığı için yol gösterici olarak şu ilkeleri belirlemektedir:

- Ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkı
- Eşitlik ve ayrımcılık yapmama
- Sağlık hizmetlerine eşit erişim
- İnsan merkezli, mülteci ve göçmen ve cinsiyete duyarlı sağlık sistemleri
- Sağlık koşullarına dayalı kısıtlayıcı olmayan sağlık uygulamaları
- Devletin tamamı ve toplumun tamamı için yaklaşımlar

- Mültecilerin ve göçmenlerin sosyal katılımı
- Ortaklıklar ve iş birliği (www.euro.who.int, 2017).

DSÖ, mültecilerin sağlığını geliştirmek için yol gösterici olarak şu öncelikleri belirlemektedir:

- Küresel, bölgesel ve ülke gündeminde ve acil durum planlamasında genel olarak mülteci sağlığını savunmak
- Mültecilere duyarlı sağlık politikaları, yasal ve sosyal koruma ve program müdahaleleri geliştirmek
- Sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alma kapasitesini artırmak
- Sağlık izleme ve sağlık bilgi sistemlerini güçlendirmek
- Evrensel Sağlık Kapsamı dahil olmak üzere Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin elde edilmesine yönelik ilerlemeyi hızlandırmak
- Kısa ve uzun vadeli halk sağlığı müdahaleleri ile mülteciler arasında mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Mülteci ve göçmen ortamlarında yaşayan kadın, çocuk ve ergenlerin sağlığını ve iyiliğini korumak ve iyileştirmek
- Bakım kalitesini ve sürekliliğini artırmak
- İş sağlığı güvenliği önlemlerini geliştirmek, güçlendirmek ve uygulamak
- Cinsiyet eşitliğini teşvik etmek ve mülteci kadınlarını ve kızlarını güçlendirmek
- İletişimi geliştirmek ve yabancı düşmanlığına karşı mücadele için tedbirleri desteklemek
- Sektörler arası, ülkeler arası koordinasyon ve iş birliği mekânizmalarını güçlendirmek (www.euro.who.int, 2017).

11. Sonuç

İnsanlık tarihi boyunca gerçekleşen ve son yıllarda da özellikle savaşların, çatışmaların etkisiyle ivme kazanan göç hareketleri dünya genelinde önemli bir sorundur. Gönüllü ya da zorunlu (çoğunlukla) hangi şekilde olursa olsun, nereye göç edilirse edilsin, mülteci ve sığınmacıların göç ederken ve ettikleri yerlerde birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları açıktır. Bu sorunlar arasında kayıt dışılık, uyum, beslenme, barınma, sağlık, eğitim, istihdam gibi temel sorunlar başta gelmektedir. Göçmenler ve mülteciler arasında en çok önem verilmesi gereken sorun alanı ise, hem göç edenlerin kendilerinin hem de göç ettikleri yerlerdeki top-

lumun sağığının etkilemesi nedeniyle ortaya çıkan sağık sorunlarıdır. Mültecilerin en çok sığındığı ölkelerin başında Türkiye gelmektedir ve özellikle Türkiye'ye sığınan Suriyeli mülteciler arasında birçok "fiziksel" (bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar) ve "ruhsal" (travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, uyum sorunları) sağık sorunları görölebilmektedir. Bu sağık sorunlarının, özellikle de eradike edilmiş olan bazı bulaşıcı hastalıkların mültecilerle birlikte Türkiye'de yeniden ortaya çıkışının toplum sağığı açısından göz ardı edilmeden ele alınması önemlidir. Hem göç eden insanların hem de göç ettikleri bölgelerdeki toplumun sağıklı birlikteliğı açısından, mülteci ve sığınmacıların yaşadıkları sağık sorunlarının farkında olunarak bunların çözömlenmesine yönelik politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Mültecilerin yaşadıkları topluma uyum sağılamalarında sağıklı olmalarının etkisi büyüktür. Bu nedenle göçmen ve mültecilerin sağık gereksinimlerinin belirlenmesi, karşılanması ve sağık hizmetlerine erişimlerinin sorunsuz bir şekilde sağılanması büyük önem taşımaktadır. Son olarak; özellikle zorunlu olan göç ve göçün getirdiğı olumsuz etkilerin en aza indirgenmesinde; çoğunlukla göç hareketlerine neden olan "*savaş ve çatışmaların önlenmesi*", sağığın en önemli sosyal belirleyicilerden biri olan "*barışın*" dünya genelinde sağılanması nihai hedef olmalıdır.

Kaynakça

- Acartürk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, İ., Sijbrandij, M., Cuijpers, P. ve Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial, *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27414. doi: 10.3402/ejpt.v6.27414. eCollection 2015.
- Adigüzel, Y. (2016). *Göç Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayınları.
- Akar, S. ve Erdoğan, M.M. (2019). Syrian Refugees in Turkey and Integration Problem Ahead, *Journal of International Migration and Integration*, 20, 925-940.
- Akgün, N. (2016). *Suriyeli mültecilerde ruhsal iyilik hali ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi.
- Akpınar, T. (2017). Türkiye'deki Suriyeli mülteci çocukların ve kadınların sosyal politika bağlamında yaşadıkları sorunlar, *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi (Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences)*, 3(3), 16-29.
- Arınç, K. (2018). Doğu Sınırlarından Türkiye'ye Yaya Mülteci Akını ve Ortaya Çıkan Sorunlar, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22(3), 1467-1485.
- Atasü-Topcuoğlu, R. (2016). "Düzensiz Göç: Küreselleşmede Kısıtlanan İnsan Hareketliliği", S.G. İhlamur-Öner ve N.A. Şirin Öner (Der.), *Küreselleşme Çağında Göç: Kavramlar Tartışmalar içinde* (s.501-518), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Ataş Balcı, L., Alptekin, H.K., Alkan, M. (2016). Suriyeli Sığınmacılarda Kronik Hastalık ve Fiziksel Sağlıkla İlgili Problemlerin Belirlenmesi, *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt:3, Ek:1, 146-156, II. Ulusal Sağlık Bilimleri Kongresi, 24-25 Kasım 2016, Ankara.
- Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S. ve Güldal, D. (2016). Evaluation of primary health care services which is provided to refugees within a public health center, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care TJFM&PC*, 10(1), 6-12.
- Bahadır, H. (2016). *İzmir'in bir mahallesinde yaşayan Suriyeli sığınmacıların sağlık durumları, sağlık hizmetlerine erişimi ve erişimi etkileyen etmenler*, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Bal, H. (2008). *Kent Sosyolojisi*, Isparta: Fakülte Kitabevi.
- Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (2018), Suriyeli sığınmacılara yapılan yardımlar, Erişim Adresi: (https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2374/files/21_05_2018_Suriye_GBM_Bilgi_Notu.pdf) Erişim Tarihi: 26.07.2019.
- Bulut, Y., Akin, S., Karakaya, S. (2016). *Mülteci Sorununa Nasıl Bakıldığına İlişkin Bir İnceleme*. ICOMEP 2016, International Congress of Management Economy and Policy, November 26-27, 2016, Proceedings Book, 3, İstanbul, 2817-2841.

- Crawford, V. (2016). 10 ways countries can help refugees integrate, Erişim Adresi: (<https://www.weforum.org/agenda/2016/05/10-ways-countries-can-help-refugees-integrate/>) Erişim Tarihi: 28.07.2019.
- Czaika, M. and H. de, Haas. (2014). The globalization of migration: has the world become more migratory?, *International Migration Review*, 48.
- Dedeoğlu, N. (2016). *Savaş, Göç ve Sağlık*, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Demirhan, Y. ve Aslan, S. (2015). Türkiye'nin sınır ötesi göç politikaları ve yönetimi, *Birey ve Toplum*, 3(2), 23-62.
- Dotevall, C., Winberg, E. and Rosengren, K. (2018). Nursing students' experiences with refugees with mental health problems in Jordan: A qualitative content analysis, *Nurse Education Today*, 61(2018) 155-161. doi:10.1016/j.nedt.2017.11.025
- Döner, H. (2016). *Suriyeli göçmenlerle yaşanan sorunlar üzerine sosyolojik bir araştırma: Hatay ili örneği*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Elazığ: Fırat Üniversitesi.
- Duruel, M. (2016). Suriyeli sığınmacıların eğitim sorunu, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(5), 1399-1414.
- Eryurt, M.A. ve Menet, M.G. (2019). Noncommunicable diseases among syrian refugees in Turkey: An emerging problem for a vulnerable group, *Journal of Immigrant and Minority Health*, doi:10.1007/s10903-019-00900-x
- Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C. and Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors, *The Lancet*, 379(9812), 266-282. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60051-2. Epub 2011 Aug 9.
- Fegert, J.M., Diehl, C., Leyendecker, B., Hahlweg, K., Prayon-Blum, V. and the Scientific Advisory Council of the Federal Ministry of Family Affairs, Senior, Citizens, Women and Youth (2018). Psychosocial problems in traumatized refugee families: overview of risks and some recommendations for support services, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(5). doi:10.1186/s13034-017-0210-3
- Gültaş, A.S. ve Yalçın Balçık, P. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları (Health policy for Syrian asylum seekers), *Sakarya Tıp Dergisi (Sakarya Med J)*, 8(2), 193-204.
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2017), Erişim Adresi: (http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik). Erişim Tarihi: 26.07.2019.
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2019), 2019 Geçici Koruma İstatistikleri, Erişim Adresi: (http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik) (<https://www.goc.gov.tr/ikamet-izinleri>) Erişim Tarihi: 21.07.2019.

- Hacker, K., Aries, M., Folb, B.L. and Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*, 8, 175-183.
- IOM (2013). Göç Terimleri Sözlüğü (İkinci Baskı). R. Perruchoud ve J. Redpath-Cross (Ed.), Uluslararası Göç Örgütü, No. 31.
- İçduygu, A., Erder, S. ve Gençkaya, Ö.F. (2014). Türkiye'nin Uluslararası Göç Politikaları, 1923-2023. Koç Üniversitesi Göç Araştırma Merkezi (Mirekoç), Proje Raporları 1, İstanbul.
- İçduygu, A. and Şimşek, D. (2016). Syrian refugees in Turkey: towards integration policies, *Turkish Policy Quarterly*, 15(3), 59-69.
- Kaya, E., Şentürk, H., Danış, O. ve Şimşek, S. (2008). *Modern Kent Yönetimi-I*. İstanbul: Okutan Yayıncılık.
- Kaya, A. (2016). *Türkiye'deki Suriyeli sığınmacıların sorunları: Nizip Örneği*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Yeniüzyıl Üniversitesi.
- Kirişçi, K. (2014). Syrian refugees and Turkey's challenges: going beyond hospitality. Washington, DC: Brookings Institution, Erişim Adresi: (<https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/06/Syrian-Refugees-and-Turkeys-Challenges-May-14-2014.pdf>) Erişim Tarihi: 27.07.2019.
- Koca, M. (2019). "Uluslararası Göç ve Türkiye", Edit: Dr. Yılmaz Daşlı, *Sosyal Sorunlarda Güncel Tartışmalar* içinde (s.187-212), Ankara: Anı Yayıncılık.
- Koçak, Y. ve Terzi, E. (2012). Türkiye'de göç olgusu, göç edenlerin kentlere olan etkileri ve çözüm önerileri, *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3), 163-184.
- Kördeve, M.K. (2017). Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi: bir alan araştırması (Access to health services of Syrian refugees: A field research), *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 1-12.
- Köyüstü, S. ve Tutuk, M. (2018). Suriyeli Mültecilerin Karşılaştıkları Sorunlar ve Bunun Türkiye'ye Yansımaları (Problems of Syrian Refugees and Reflections to Turkey), *Atlas International Referred Journal on Social Sciences*, 4(9), 388-402.
- MEB (2017), Suriyeli çocukların Türk Eğitim Sistemine uyumunun desteklenmesi projesi. Erişim Adresi: (<https://pictes.meb.gov.tr/izleme/Faaliyetler/RehberlikFaaliyetleri>) Erişim Tarihi: 29.07.2019.
- Nursing Children and Young People (2016), Erişim Adresi: (<https://doi.org/10.1007/s12134-018-0639-0>) Erişim Tarihi: 30.07.2019.
- Önal, A. ve Keklik, B. (2016). Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama (A Study on The Problems Encountered

- by Refugees and Asylumseekers in Their Access to Healthcare Services in Isparta Province), *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi (Suleyman Demirel University The Journal of Visionary)*, 7(15), 132-148.
- Öner Şirin, A.N. (2016). "Göç Çalışmalarında Temel Kavramlar", S.G. Ihlamur-Öner ve N.A. Şirin Öner (Der.), *Küreselleşme Çağında Göç: Kavramlar Tartışmalar* içinde (s.13-27), İstanbul: İletişim Yayınları.
- Özer, İ. (2004). *Kentleşme, Kentlileşme ve Kentsel Değişme*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Sharara, S.L. and Kanj, S.S. (2014). War and infectious diseases: Challanges of the Syrian War, *PLOS Pathogens*, 10(11), 1-4.
- Mersin Üniversitesi Bölgesel İzleme Uygulama Araştırma Merkezi (2014), *Suriyeli Göçmenlerin Sorunları Çalışmayı Sonuç Raporu*, Editörler: Uzm. Servet Karaca/ Araş. Gör. Uğur Doğan. Mersin.
- Şahin, Y. (2010). *Kentleşme Politikası*, Trabzon: Murathan Yayınevi.
- Şanlı, T. (2018). Türkiye'deki Suriyeli Mültecilerin Entegrasyonu: Yeni Bir Yol Haritası (Integration of The Syrian Refugees In Turkey: A Road Map For The Dimensions of Integration), *Social Sciences Studies Journal*, 4(19), 2029-2049.
- Türk Tabipler Birliği (2016). *Savaş, Göç ve Sağlık*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları. ISBN 978-605-9665-01-8.
- Uğurlu, N. (2015). *Outcome of art therapy intervention on trauma, depression and anxiety symptoms among syrian refugee children*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi.
- UNICEF (2017), Syria crisis: April 2017 humanitarian results. Erişim Adresi: (<http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNICEF%20Syria%20Crisis%20Situation%20Reportas%20of%20April%202017.pdf>) Erişim Tarihi: 28.07.2019.
- UNHCR (2018), Figures at a glance, Erişim Adresi: (<http://www.unhcr.org/en-us/rohingya-emergency.html>) Erişim Tarihi: 28.07.2019.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA) (1998). Recommendations on Statistics of International Migration: Revision 1, United Nations Publication: New York.
- Ünal, S. (2014). "Türkiye'nin Beklenmedik Konukları: "Öteki" Bağlamında Yabancı Göçmen ve Mülteci Deneyimi", *Zeitschrift für die Welt der Türken Journal of World of Turks*, 6 (3), 65-89.
- Vardarlı, B., Khatib, A., Uygur, S. ve Gönültaş, M. (2019). Türkiye ve Almanya'daki Suriyeli Sığınmacılara Sunulan Haklar ve Yaşanan Sorunlar (Rights and Experienced Problems that Offered to Syrian Refugees in Turkey and in Germany), *Elektronik Sosyal*

- Bilimler Dergisi (Electronic Journal of Social Sciences)*, 18 (70), 654-673. doi: 10.17755/esosder.431273
- World Health Organization. (2017), Migrants populations, including children, at higher risk of mental health disorders. Erişim Adresi: ([http:// www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,- including-children,-at-higher-risk-of-mentalhealth- disorders](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/04/migrant-populations,-including-children,-at-higher-risk-of-mentalhealth-disorders).) Erişim Tarihi: 29.07.2019.
- World Health Organization. (2015), Stepping up action on refugee and migrant health: Outcome document of the High-level Meeting on Refugee and Migrant Health. Erişim Adresi: (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-actionon-refugee-migrant-health.pdf.) Erişim Tarihi: 30.07.2019.
- Yalçın, C. (2004). *Göç Sosyolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yaman, A. (2016). Suriyeli Sosyal Sermayenin İnşası ve Yeniden Üretim Sürecinin Sivil Toplum ve Ekonomik Hayat Alanlarında İncelenmesi, *Göç Araştırmaları Dergisi*, 2, (3), 94-127.
- Yayan, E.H., Düken, M.E., Özdemir, A.A. ve Çelebioğlu, A. (2019). Mental health problems of Syrian refugee children: Post-traumatic stress, depression and anxiety, *Journal of Pediatric Nursing*, doi: 10.1016/j.pedn.2019.06.012
- Ziya, O. (2012). Mülteci-göçmen belirsizliğinde iklim mültecileri, *TBB Dergisi*, 99, 229-240.
- T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yayınları (2017), *2016 Türkiye Göç Raporu*, Yayın No: 40, Nisan, 2017, Ankara.



11. BÖLÜM

HASTA HAKLARI

Naim KARAGÖZ*

1. Giriş

Türkiye’de hasta hakları gün geçtikçe gelişen, hak arama yolları kullanıldıkça güçlenen ve gerek idarî kararlar gerekse adli ve idarî yargı kararları ile etkinliği artan önemli bir olgudur. Son yıllarda tanınan Anayasa Mahkemesine kişisel başvuru hakkı tanınması sonrasında ise verilen Anayasa Mahkemesi kararlarının etkileri nedeniyle evrensel hukuk normlarının gözetilmesi olaylara ayrı bir bakış açısı getirmiştir. Hem bireysel olarak hasta haklarının bilinirliğinin artmasını sağlamak hem de Sağlık Meslek Guruplarının hasta hakları açısından doğru bakış açısını yakalamalarına yardımcı olmak amacıyla hazırlanan bu bölümde hasta hakları Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, yasalar, tüzükler ve yönetmelikler; özellikle Hasta hakları Yönetmeliği çerçevesinde incelenerek gerekli bilgiler aktarılacaktır.

2. Hasta Haklarının Anayasal Boyutunun İncelenmesi

Anayasa’nın çeşitli bölümlerde bireylere çeşitli haklar tanımakta ve çeşitli görevler vermektedir. Bu bağlamda hasta haklarına dayanak oluşturacak farklı maddelerde direkt ya da dolaylı hükümler burada irdelenerek bireylerin farkındalıklarını artırmak ve Sağlık Meslek Guruplarının da bu anayasal hakların farkındalığını artırarak **anayasal suç işlememelerini** sağlamak amaçlanmıştır.

Anayasa’nın 10. maddesi ayrımcılığı engelleyici bir içeriktedir, madde değerlendirilecek olursa;

* Dr. Öğr. Üyesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.

"MADDE 10- Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.

(Ek fıkra: 7/5/2004-5170/1 md.) Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. (Ek cümle: 12/9/2010-5982/1 md.) Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz.

(Ek fıkra: 12/9/2010-5982/1 md.) Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz.

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 madde sağlık hizmeti sunumunda bireylere öncelikle eşitlik sağlamaktadır. Hastaların tedavi olurken ilk paragrafta belirtilen *"dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri"* ayrımlara tabi tutulmayacaktır. Sağlık kurumları da bu ayrımcılık yapılmaması hususunda gerekli tedbirleri alacak personellerini eğiterek bilinçlendirilmelidir. Sağlık hizmeti alan bireyler *bu* konuda bir ayrımcılıkla karşılaşırse bunun bir anayasal suç olduğunu bilinci ile adli ve idarî mercilere bu ihlali bildirerek bunun karşılığı olan cezalarla cezalandırılmasını talep etmelidirler. Sağlık hizmeti sunan bireylerde bu tür ayrımın Anayasa'da yasaklandığı bilinciyle bireye saygılı davranmalıdır. Bu maddenin 2. ve 3. paragrafında bazı öncelikli gurupları saymış ve bunlara tanınacak önceliklerin eşitlik ilkesine aykırı olmadığı belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde bu guruplar öncelikli ve ayrıcalıklıdır çünkü anneler, çocuklar, yaşlılar, özürlüler ve vazife malulleri sağlık açısından riskleri fazla oldukları için koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları gerekmektedir. Yoksa sağlığın temel göstergelerinden olan anne sağlığı, çocuk sağlığı ve yaşlı sağlığı göstergeleri bozulur ve ölüm oranları artarak toplumun genel sağlık seviyesi düşer. Bu nedenle sağlık açısından bu risk guruplarına öncelik verilmesi ihtiyacı vardır. Bu ihtiyacın görülerek anayasal güveneye alınması sağlık hizmeti sunumu açısından çok önemlidir. Bu gurupları öncelendiği için hiçbir kimse eşitlik ilkesi ihlal edildi diye hasta hakkı ihlali iddiası ile müracaat yapamaz. Yapılan müracaatlarda adli ve idarî makamlar tarafından reddedilir.

Anayasa'nın 12 ve 13 maddesi temel haklardan bahsetmektedir; Sağlıklı yaşam hakkı, hatalılardan korunma hakkı, sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı ve hastalandığında tedavi olma hakları temel haklar kapsamındadır bu maddelerde temel hakların niteliği ve temel hakların anayasal olarak nasıl kısıtlanabileceği açıklanmıştır;

"I. Temel hak ve hürriyetlerin niteliği

MADDE 12- Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir.

Temel hak ve hürriyetler, kişinin topluma, ailesine ve diğer kişilere karşı ödev ve sorumluluklarını da ihtiva eder.

II. Temel hak ve hürriyetlerin sınırlanması

MADDE 13- (Değişik: 3/10/2001-4709/2 md.)

Temel hak ve hürriyetler, özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasa'nın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasa'nın sözüne ve ruhuna, demokratik toplum düzeninin ve lâik Cumhuriyetin gereklerine ve ölçülülük ilkesine aykırı olamaz."

Anayasa'nın 13. maddesi temel hakların ancak kanunla kısıtlanabileceği bu kısıtlamanın Anayasa'nın özüne aykırı olamayacağı ortaya konmuştur. Bu kapsamda Anayasa'nın 17. maddesi incelendiğinde kişinin maddî ve manevî varlığının dokunulmazlığı esas alınmıştır;

"I. Kişinin dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlığı

MADDE 17- Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.

Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz..."

Bu madde kapsamında sağlık hizmeti sunumunda kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmasını tıbbî zorunluluklar şartına bağlamaktadır. Bu zorunluluğu tespit edecek ve tedavi edecek kişilerin tanımlanması önemlidir. Bu kişiler ancak kanunla yetki almalıdırlar, Anayasa'nın 13. Maddesi bunu emretmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunan kişilerin yetki kanunu bu yetkiyi hekim, diş hekimi, hemşire ve diğer personele vermektedir. Bu yetki kanundaki tanımlanan sınırları aşmamalıdır. Bu yetki "1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına

Dair Kanun" tarafından verilmektedir. Ayrıca bu kanuna dayanılarak çıkarılan 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan *Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik* bu meslek guruplarının insan üzerinde nelere yetkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca hemşireler içinse 6283 sayılı Hemşirelik kanunu ve buna bağlı çıkarılan 8.3.2010 tarih ve 27515 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği bu yetkiyi vermekte ve yetki çerçevesini çizmektedir. Sağlık Meslek Mensupları bu mevzuat çerçevesinde hastalara hizmet sunmaları gerekmektedir. Yetki aşımı hasta hakkı ihlalini doğurmaktadır. Bu tür ihlaller adli yargı kapsamında ihlallerdir. Ayrıca Anayasa'nın 17. Maddesi bilimsel ve tıbbî deneyleri kişinin rızasına dayandırmaktadır. Buna öncelikle uymak gereklidir.

Anayasa'nın IV. Bölümünde özel hayatın gizliliği ve korunması başlığında 20 maddesi özel hayatın gizliliği ile ilgili hükümleri içermektedir. Bu madde hasta hakları açısından değerlendirildiğinde görülecektir ki sağlık kurumlarında bulunan hastaya ait verilerin korunması, ilgisiz kişilerin bu bilgilere erişememesi ve kamu kurumlarının bu bilgileri nasıl kullanacağı hususlarında temel kurallar koyarak hastanın kişisel bilgilerinin mahremiyetini sağlamıştır. Ayrıca kişinin kendine ait bilgilerin doğruluğunu inceleme ve yanlış varsa düzeltme taleplerini kullanma hakkı vermektedir.

"IV. Özel hayatın gizliliği ve korunması

A. Özel hayatın gizliliği

MADDE 20- Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. (Mülga cümle: 3/10/2001-4709/5 md.)

(Değişik: 3/10/2001-4709/5 md.) Millî güvenlik, kamu düzeni, suç işlenmesinin önlenmesi, genel sağlık ve genel ahlâkın korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması sebeplerinden biri veya birkaçına bağlı olarak, usulüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça; yine bu sebeplere bağlı olarak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınmış merciin yazılı emri bulunmadıkça; kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası aranamaz ve bunlara el konulamaz. Yetkili merciin kararı yirmi dört saat içinde görevli hâkimin onayına sunulur. Hâkim, kararını el koymadan itibaren kırk sekiz saat içinde açıklar; aksi halde, el koyma kendiliğinden kalkar.

(Ek fıkra: 12/9/2010-5982/2 md.) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.”

Maddeye baktığımızda; Birinci paragrafta özel hayatın ve aile hayatın gizliliği ve dokunulmazlığı güvence altına alınmıştır. İkinci paragrafta bu gizliliğin hangi hallerde kaldırılacağı listelenmiş ve bu gizliliğin hakim kararı ile veya acil hallerde 24 saat içinde hakim onayına sunulmak şartı ile yetkili merci ki genellikle Cumhuriyet Savcılarıdır, yazılı emri olmadıkça özel eşya ve evraklara dokunulmayacağı hükmü ortaya konmuştur. Özellikle hastane idareleri bu tür hasta bilgileri soruşturma amacıyla talep edildiği durumlarda hakim kararı veya Cumhuriyet Savcısı yazılı emirleri aranmalıdır. Üçüncü paragrafta baktığımızda hastaların kendine ait verileri isteme, verilerin korunmasını talep etme, hatalı verilerin düzeltilmesini isteme, amacı doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını kontrol etme hakları tanımıştır. Hastaların verilerini korumak hastane idarelerinin sorumluluğundadır. Bu veriler klasik kağıt dosya arşivi olduğu gibi, elektronik verilerde olabilir. Hastane yönetimi gerek klasik arşivleri, gerekse elektronik verilerin depolandığı yerleri resmi arşiv yönetmelikleri çerçevesinde korumak ve saklamak mecburiyetindedirler.

Son olarak anayasal açıdan hasta haklarının korunmasına ve hak arama hürriyetini de kapsayan maddelerle anayasal dayanakları bitiriyoruz.

“XIII. Hakların korunması ile ilgili hükümler

A. Hak arama hürriyeti

MADDE 36- (Değişik: 3/10/2001-4709/14 md.) Herkes, meşrû vasıta ve yollardan faydalanmak suretiyle yargı mercileri önünde davacı veya davalı olarak iddia ve savunma ile adil yargılanma hakkına sahiptir.

Hiçbir mahkeme, görev ve yetkisi içindeki davaya bakmaktan kaçınamaz.

XV. Temel hak ve hürriyetlerin korunması

MADDE 40- Anayasa ile tanınmış hak ve hürriyetleri ihlâl edilen herkes, yetkili makama geciktirilmeden başvurma imkânının sağlanmasını isteme hakkına sahiptir.

(Ek fıkra: 3/10/2001-4709/16 md.) Devlet, işlemlerinde, ilgili kişilerin hangi kanun yolları ve mercilere başvuracağını ve sürelerini belirtmek zorundadır.

Kişinin, resmî görevliler tarafından vâki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır.”

Anayasa'nın 36. Maddesi hak arama sürecinde adli ve idarî yargıya başvurma hakkını garanti ederken, 40. Madde ise hak ihlalinde yetkili makama başvurma hakkını ve nasıl başvuru yapılacağına dair düzenlemenin devlet organlarınca yapılmasını hükme bağlamıştır. Son paragrafta ise kamu görevlilerinin yapacağı ihlallerde tazminatın devlet tarafından karşılanarak ilgi memura rücu yani ondan tahsilini emretmektedir.

3. Hasta Haklarının Kanun Boyutunun İncelenmesi

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu sağlık hizmet sunumu esnasında ortaya çıkabilecek ve bu nedenle hasta hakkı ihlali kapsamına giren suçların cezalandırılmasını sağlayan kanundur. Bu kanun kapsamında ortaya çıkacak suçlar başlıklar halinde şöyle sıralanabilir; Taksirle öldürme (Madde 85), Taksirle yaralama (Madde 89) bu maddelerde cezalandırılmaktadır; İnsan üzerinde deney (Madde 90) yasaklanmakta ve ceza almadan deney nasıl yapılacağının sınırları çizilmektedir; Organ veya doku ticareti (Madde 91) yasaklanarak ağır cezalar öngörülmektedir; Çocuk Düşürtme, Düşürme veya Kısırlaştırma (Madde 99, 100,101) suçlarının cezaları bu maddelerde tanımlanmaktadır; Ayrımcılık (Madde 122), Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç yapma veya satma (Madde 187), Çocuğun soybağını değiştirme (Madde 231) suçları ve cezaları bu maddelerde belirtilmektedir. Hastalık harici genital muayene (Madde 287) yasaklanmakta bu durumda ne ceza alınacağı tanımlanmaktadır, ayrıca hangi durumların istisna olduğu ve adli işlemlere hakim ve savcı kararının gerektiği hükme bağlanmıştır.

4. Hasta Hakları Yönetmeliğinin İncelenmesi

01.08.1998 tarih ve 23420 Sayılı Resmî Gazete de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği bu konuda yürürlükte olan en kapsamlı ve en önemli idarî düzenlemedir. Bu yönetmeliğin neleri amaçladığı birinci maddede belirtilmiştir.

“Amaç

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

Bu yönetmelik özel kamu sağlık kuruluşlarının tamamı ve hizmet alan tüm kişileri kapsamına almaktadır. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Cumhurbaşkanlığı kararnamelerine dayanılarak çıkarılan bir yönetmeliktir. Bu yönetmelik hasta haklarını kademe kademe ele almaktadır. Bu çerçevede incelenecektir.

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı; yönetmelikte aşağıda sıralanan hakları tanımaktadır. Vatandaşlara Kamu veya Özel sağlık kurumları aşağıda sıralanan hakları sunmaları gerekmektedir;

“Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- *Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.”*

Gerek koruyucu gerekse tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunulurken hizmeti sunan kurum veya şahıslar adaletli olmaları ve hakkaniyetten ayrılmamaları gerekmektedir. Hastalara ayrımcılık yapmamaları gerekir. Hastalar arasında bir öncelik gerekirse burada tıbbî ve anayasal öncelikleri iyi bilerek hastalar arası tercihi buna göre yapmaları gerekmektedir. Mesela acil travmalı bir hasta daima poliklinik hastasından önce hizmet alması gerekir ya da çocuklar veya yaşlılar poliklinikte öncelikli muayenesi Anayasa'nın zorunlu kıldığı bir durumdur. Bu tür öncelikler adalet ve hakkaniyete uygun hizmet alma hakkını ihlal etme durumunu doğurmaz.

“Bilgi İsteme

Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

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

Bu maddede verilen bilgi isteme hakkı sağlık hizmetini Nerede? Nasıl? Kimlerden alacağı? Sorularını cevaplamak için tanınan bilgi isteme hakkıdır. Yönetmeliğin ileriki maddelerinde hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgi alma hakkı ayrıca vardır. Sağlık Kurumu idarecileri bu hakkın kullanımı için yeterli ve donanımlı personel bulundurarak müracaat edenleri bilgilendirmesi zorunludur. Ayrıca aydınlatıcı materyaller ve panolar kurumun uygun yerlerine asılması gereklidir.

“Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8- Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

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

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

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci

maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.”

Bu madde kişiye sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı tanımaktadır. Hasta istediği sağlık kuruluşunu seçerek orada tedavi olma, seçtiği sağlık kuruluşundan memnun kalmazsa başka sağlık kurumuna gitme hakkına sahiptir. Burada birkaç koşul bulunmaktadır. Öncelikle hastanın tabii olduğu sosyal güvenlik mevzuatı önemlidir. Seçtiği kuruma direkt müracaat hakkı var mı? Yoksa sevk mi gerekli; ayrıca seçtiği sağlık kurumu ile sosyal güvenliğin anlaşması var mı? Yoksa ödenen ücretler sosyal güvenlik tarafından geri ödeniyor mu? Bu soruların cevaplarına göre oluşacak ekstra mali yükler hasta tarafından karşılanarak bu hakkını kullanabilecektir. Bir başka önemli ve zorunlu durum hastanın tıbbî durumudur. Hasta sağlık kurumu değiştirirken hayatî tehlikesi var mı? Varsa tıbbî donanımlı araçlarla (kara, hava veya deniz ambulansı gibi) sevki mümkün mü? Tabi bu soruların cevabını tedavi eden hekim verecek ve hastayı nakledip etmemeye karar verecektir. Bunun dışında hastanın kurumdan memnuniyeti olduğu halde tıbbî durumu sağlık kurumunun imkânlarını aştığı durumlarda uygun sağlık kuruluşuna nakli hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi ile yapılabilir.

“Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

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

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

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

Bu madde hastaya kendisine sağlık hizmeti veren tüm sağlık personelinin tanımak ve görevlerini bilme hakkı vermektedir. Bu hak doğrultusunda sağlık kurumu öncelikle her personele rahat okunabilecek mümkünse fotoğraflı tanıtıcı yaka kartları vererek her personelin bunu kullanmasını sağlamalıdır. Bunun dışında

her personel hasta ile tanıştığında kendini sözel olarak tanıtmalı ve yaptığı görevinin ne olduğunu belirtmelidir. Hasta kendisine hizmet verecek personeli kurum imkânları ve hukuki gerekçeler çerçevesinde seçebilmelidir. İsteddiği hekimi seçebilir veya değiştirebilir ayrıca gerekirse başka hekimlerden konsültasyon isteyebilir. Bu talepleri nedeni ile oluşacak mali yükü de öder.

“Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

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

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

Bu madde hastanın kurum imkânları çerçevesinde ne zaman hizmet alacağını bilmesidir. Zaten herhangi bir sıra yoksa direkt hizmeti alacaktır. Fakat sıra olmasa dahi hekim ameliyatta olur, acil müdahalede olur ve poliklinik veya serviste teşhis/ tedavi hizmeti gecikeceği zaman hastanın bunu bilme ve ne zaman hizmet alacağını bilme hakkıdır. Bu konularda ilgili birim hastalarını bilgilendirme sorumluluğu vardır. Ayrıca özürllü, yaşlılar, çocuklar ve şehit dul ve yetimleri, gaziler ayrıca acil hastalar ve adli vakalar öncelikli olduğu bilinmelidir. Bu önceliklerin anayasal dayanağı olduğunu açıklamıştık.

“Tıbbî Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbî bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.

Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbî Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- *Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez."*

Bu iki madde hastaya modern tıbbın tüm imkânlarını kullanarak hastalığının ne olduğu ve ne evrede hasta olduğu tanısının konulması hakkını sağlamaktadır. Yine konulan tanı doğrultusunda modern imkânlarla tedavi olma hakkı vardır. Ayrıca hastaya tıbbî gereklilikler dışında müdahaleyi de yasaklamaktadır. Tabii burada önemli bir soru akla gelmektedir. Modern tıbbî bilgi ve teknolojinin ne olduğuna kim karar verecektir. Bunun cevabı bilginin o ülke tıp camiasında bilimsel olarak kabul görecektir, uygulanacak işlemler Sağlık Bakanlığınca kabul gören yasal uygulamalar olacak; ilaçlar Sağlık Bakanlığınca izin verilmiş Türk Kodexine kayıtlı ilaçlar olacak ve tıbbî cihazlar ve malzemeler Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve kayıt altına alınmış cihaz ve malzemeler olacaktır. Bunun dışında ülkemizde piyasaya sürülmemiş ilaç ve tıbbî malzeme gerekiyorsa Sağlık Bakanlığınca müracaat edilerek gerekli izinler alınarak hastaya kullanılabilir.

"Ötenazi Yasağı

Madde 13- *Ötenazi yasaktır.*

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

Ülkemizde kişinin hayatına son verme isteğinin yerine getirilmesi yasaktır. Kişinin hastalığının ağırlığı ve ıstırapının fazla olması bu isteğin oluşmasına neden olabilir hekim burada gerekli tıbbî ve psikolojik desteği vererek bu isteğinden vazgeçirmesi gereklidir.

"Tıbbî Özen Gösterilmesi

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

Hekimin hastasına gerekli ilgiyi göstermesi tedavisi için gerekli tüm imkânları kullanması gereklidir. Bu gereklilik hekime hem bu yönetmeliğin hem de Tıbbî Deontoloji Nizamnamesinin 14. Maddesinin amir hükmüdür. Eğer hasta tedavisi mümkün değilse hastanın gerekli tıbbî ve psikolojik destekle ağrılarının dindirilerek gerekli tedavisi sürdürülmelidir.

Yönetmeliğin bu bölümünde “Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı” ile ilgili haklar ortaya konmuştur.

“Bilgilendirmenin Kapsamı

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

Hastaya;

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

Hasta bu madde kapsamındaki bilgileri sorsun veya sormasın sorumlu hekimin bu kapsamdaki konuları ve durumları hastanın anlayacağı şekilde yönlendirme yapmadan, korkutmadan ve ikileme düşürmeden açıklama yapmalıdır. Açıklama yaparken tıbbî dil kullanmamalıdır. Sorumlu hekim hastanın açıklamaları anladığından emin olmalıdır. Açıklama yaparken yanında bir sağlık personeli olmalı ayrıca hastanın yanında da bilgili bir yakınının olmasında fayda vardır bu ilerde doğacak hukuki uyuşmazlıklarda önemlidir. Olaya her iki tarafın şahitleri iştirak etmiş olur.

“Kayıtları İnceleme

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

“Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

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

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

Bu maddeler hastaya sağlık kurumlarında bulunan sağlık kayıtlarını inceleme hakkını vermiştir, bu hakkı kendisi kullanabileceği gibi bir yakını veya yetkilendirdiği bir kanuni temsilcisi olabilir. Bu temsilci noterden alınmış yetki belgesine sahip olmalıdır ya da mahkeme tarafından yetkilendirilmelidir. Bu kişi avukat olabileceği gibi bir hekimde olabilir ya da kişinin güvendiği veya hakim görevlendirdiği kişiler olabilir. Hasta öğrendiği bilgilerde yanlış veya hatalı olanları düzeltilmesini isteme hakkına sahiptir. Eğer bu yanlış o kurumda verilen sağlık durumunu gösteren sağlık raporu ise önce sağlık kurumundan düzeltme ister, kurum bu itirazı kabul etmezse bir üst sağlık kurumuna veya hakem sağlık kurumuna itiraz ederek sağlık raporunun doğru şekilde verilmesini sağlama hakkı vardır. Hakem hastanede raporu onaylarsa kişinin itirazı yersiz olduğu anlaşılır.

“Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

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

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

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

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

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

Bu madde hastayı bilgilendirilmenin nasıl yapılacağı detaylı bir şekilde aktarmıştır. Bilgilendirme esasen tıbbî işlemi yapacak sağlık personeli tarafından yapılmalıdır (Cerrahî operasyon yapılacaksa cerrah, enjeksiyon yapılacaksa hemşire vb.). Eğer bu açıklamayı uygulayıcı sağlık personeli yapamıyorsa başka bir sağlık personeli yapabilir, ama tercih edilen uygulayıcının yapmasıdır. Acil haller dışında hastaya karar vermesi için makul bir süre tanınmalıdır. Bilgilendirme uygun ortamlarda ve mahremiyete saygılı yapılmalıdır.

“Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller

Madde 19- *Hastanın manevî yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.*

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

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.”

Bu maddede hastaya bazı durumlarda mesela ölümün beklendiği durumlarda olduğu gibi hastaya bilgi verilmeyebilir. Bu takdir hastanın sorumlu tabibindedir. Tabip bu durumu hastanın bir yasaklaması yoksa ailesine anlatır ve onları bilgilendirir. Tabip gerektiğinde hastasına uygun bir dille aktarabilir veya hissettirebilir.

“Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.”

Bu madde hastaya yetkili makamların veya mahkemenin alacağı kararlar hariç tutularak hastaya hastalığı ile ilgili olarak kendisinin veya yakınlarının da dahil olduğu bir şekilde bilgilendirme yasağı koyabilir. Bu talep yazılı olarak alınmalıdır. Hasta dilediğinde bu yasağı kaldırabilir.

Bu bölümde “Hasta Haklarının Korunması” ile ilgili hükümler yer almaktadır;

“Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbî müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

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

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

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

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

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

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbî müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır."

Hastaların her durumda mahremiyetlerine saygı göstermek sağlık kurumlarının ve sağlık personellerinin en önemli görevleri arasında yer almaktadır. Bu saygı tedavinin her aşamasında olduğu gibi kişinin ölümünden sonrada devam etmelidir. Ayaktan teşhis ve tedavi esnasında hasta muayene odalarında gereksiz personel olmamalı hastanın izni olmadan eğitim amaçlı öğrenci bulunmamalıdır. Ayrıca öğrenci sayısı da makul olmalıdır. Odanın durumuna göre iki üç kişiyi aşmamalıdır.

"Rıza Olmaksızın Tıbbî Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- *Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbî ameliyeye tabi tutulamaz.*

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

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

Kişinin rızası olmadan hiçbir tıbbî işlem uygulanamaz bu rıza almak için genellikle hazır formlar imzalatılarak yapılmaktadır. Bu doğru bir uygulama değildir. Rıza almak için daha önceki maddelerde ki haklarda gözetilerek o hastalık ve işlem için yapılacak detaylı, anlaşılır ve yeterli bilgilendirme neticesi makul bir düşünme süresi sonrasında aktarılan bilgilerin yazıya geçirildiği ve hasta yakını ile Sağlık personeli şahitlerinde imzasının bulunduğu bir rıza tutanağı olmalıdır.

Bu önemli ve hukuki gerekliliği olan bir uygulamadır. Mahkemelerde usule uygun rıza tutanağı işlemi yapan sağlık personeli için koruyucu fonksiyonu vardır. Mümkün olsa da bu işlem ve bilgilendirilme yapılırken ses ve görüntü kaydı alınarak arşivlenebilse. Bu adlı pek çok davada aydınlatıcı bir unsur olur. Günümüz koşullarında bu tür imkânlar olabilir. Hatta hastaneler her katta hasta servislerinin ortak kullanabilecekleri ve görüntü ve ses kaydı yapabilecek rıza ve bilgilendirme odaları kurarak işlemleri arşivleyebilir. Bu arşivler adlı zaman aşımı süresince saklanabilir.

Yaralanma ve acil adli durumlar haricinde insan bedeninden adli delil olacak şeylerin çıkarılması hakim veya ivedi hallerde savcı kararı ile yapılabilir. Yoksa polis veya jandarma talebiyle anatomik boşluklarda çeşitli adli deliller çıkarılamaz. Örnek olarak kişinin mide boşluğunda vagina veya rektum gibi anatomik boşluklarda bulunan eroin torbaları, elmas vb. kıymetli cisimlerin çıkarılması verilebilir. Yoksa kurşun, bıçak bunlarda adli delildir fakat kişinin hayatî riski olduğundan herhangi bir adli karar beklemeden ameliyata alınarak usulüne uygun bu deliller çıkarılır ve adli makamlara teslim edilir. Bu işlemde deliller karartılırsa, adli makamlara teslim edilmez ise Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddesi gereği ilgililer hapis cezası ile karşı karşıya kalır. Bu açıdan sonuçlanmış Anayasa Mahkemesi kararı da mevcuttur ve usulüne uygun çıkarılmayan uyuşturucu paketleri nedeniyle hak ihlali vermiştir.

"Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

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

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

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz."

Hasta verilerinin gizli tutulması anayasa tarafından güvenceye alındığını daha önceden açıklanmıştır. Bu nedenle tekrar etmeden 23. Maddenin ihlalinin bir

anayasal suç olduğunu bununda adli boyut içerdiğini unutmamak gerekir. Bu maddede dikkat edilen bir hususta kişisel verilerin temel hak olduğu bilinciyle ancak kanunlarda emredilen durumları istisna sayması hukuki bir yaklaşımdır. Kanunların izin verdiği durumlar hariç hasta bilgileri açıklanamaz. Hasta izni olsa da kişi haklarından vazgeçecek şekilde bilgilerin açıklanması sağlık personelinin cezadan kaçamayacağı bu maddede belirtilmiştir. Bu nedenle kişisel bilgilerin korunmasına büyük önem atfedilmiştir. Bilimsel çalışmalarda da hasta kimlik bilgileri verilmeden verilmesi gerekiyorsa izin almadan yapılmamalıdır.

Yönetmeliğin bu bölümünde “*Tıbbî Müdahalede Hastanın Rızası*” konusu detaylı olarak incelenmiştir.

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- (Değişik: RG-8/5/2014-28994)

Tıbbî müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

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

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

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

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

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

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

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir."

Bu madde tıbbî müdahalelerde zorunlu kılmaktadır. Daha önce rızanın nasıl alınması gerektiğini açıklamıştık, buna ek olarak bu madde çocuklarda veya zihinsel melekeleri gelişmemiş veya şuuru kapalı kişilerde rızanın yasal veli veya vasiler tarafından verileceği bu maddede açıklanmıştır. Yasal vasiler mahkemece tayin edilmiş kişilerdir, ellerinde mahkeme kararları olmalıdır. İzin bunlardan alınmasına rağmen çocuğun veya zihinsel kısıtlı hastanın da uygun bir şekilde yapılacak işlemde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Kanuni temsilci yapılacak işleme rıza göstermediği hallerde tıbbî müdahale yapılmaz fakat yapılacak tıbbî müdahale mutlaka yapılması gerekiyorsa mahkemeye müracaat edilerek yapılacak işlemler için hakim kararı alınmalıdır. Bu işlemler sağlık kurumlarının idareleri tarafından yapılmalıdır. Karar işlemleri sanıldığığının aksine hızlı ve zaman almadan gerçekleşmektedir. Sağlık hizmeti sunan kişiler bu alternatifi unutmamalıdır. Hastanın bilinci zaman zaman kapanıyor ve zaman zaman açılarak yapılacak işlemlere rıza gösterecek hale geliyorsa tekrarlayıcı işlemler için önceden bilinçli iken rıza alınabilir veya bilinçli iken tıbbî işleme verdiği rıza bilinci kapalı olduğu dönem için de geçerliliğini devam ettirir.

"Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- *Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek*

hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

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

Bu madde hastaya acil ve zorunlu haller dışında yani ivedi hayatî tehlike veya organ, doku kaybı gibi durumlar haricinde tedaviyi reddetme hakkını vermektedir. Bu ret nedeniyle daha sonraki müracaatlarında hasta hakkında bir olumsuzluk olmamasını da madde ile güvence altına alınmıştır.

Rıza Formu

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

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

“Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- *Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metotlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kâfi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metotları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı*

olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

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

Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır."

Bu madde bilinen tedavi şekillerinin dışında yeni çalışmaları yapılan deneysel çalışmalar sonrası ortaya çıkan olumlu ve tedavi edici işlemleri hangi çerçevede olması gerektiği açıklanmıştır. Benzer hükümler ceza kanununda da bulunmaktadır. Ceza kanununun 90 maddesinin son paragrafında belirtildiği gibi hastanın hayatını kurtaracak bir uygulamanın yapılmasına izin verilmektedir. Tabi bu uygulamanın altıncı bölümde bulunan insan üzerinde deneyin nasıl yapılacağı hükümleri ile uyumlu şekilde olmalıdır. Bu işlem ancak ölüm riskini ortadan kaldırmak için yapılmalıdır. Yoksa rızaya dayalı olsa bile insan üstünde deneye girer ki bu uygulamanın hukuki prosedürleri ayırdır.

"Rızanın Şekli ve Geçerliliği

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

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

Bu madde rızanın hukuki ve ahlâkî olması gerektiğini yoksa bir sonuç doğurmayacağını, yok hükmünde olduğunu ortaya koymaktadır. Zaten adli davalarda hakimler genellikle rızanın şeklinden çok rıza veren hastanın verdiği rızayı anlayarak ve olası tıbbî riskleri kavrayarak mı verdiğini anlamaya çalışmaktadır. Burada asıl olan hastanın bilinçli ve isteyerek rıza göstermesidir. Örneklendirecek olursak sayfalarla dolu imzalı belge hakim nezdinde geçerli bir rıza olmaz iken elinde ilaç ampulü ile gelip hiçbir söz söylemeden sedyeye uzanan hasta enjeksiyona rıza göstermiş sayılmaktadır. Burada sadece enjeksiyona rıza vardır bu hastaya hekimi ilacın yan etkilerini anlatmalı, hemşire de enjeksiyon yaparken ortaya çıkabilecek komplikasyonları anlatarak rıza almalıdır.

“Organ ve Doku Alınmasında Rıza

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

Bu madde organ ve doku naklinde rızanın 2238 sayılı kanun kapsamında olduğunu belirterek 18 yaşından küçük ve akli melekeleri karar verme yeterliliğinde olmayan kişilerin organ ve doku bağışçısı olamayacağını hükme bağlamıştır.

“Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

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

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

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

Bu madde aile planlama hizmetlerinde Sağlık Bakanlığının uygun gördüğü metotlarda rıza ile uygulama yapılacağını, Sağlık Bakanlığının uygun kabul etmediği tekniklerin kişi rızası olsa bile uygulanmayacağını hükme bağlamıştır. Çünkü buradaki işlemin Sağlık Bakanlığının izin vermediği bir teknik olursa ortaya çıkacak sonuçlar adli ve tazminat hukukunun konusu olabilir. Gebeliği sona erdirmiş işleminde bu madde 2827 sayılı kanuna atıf yapılmakta ise de burada ek olarak ceza kanununun 99. Maddesinin 2. Fıkrasında geçen 10 haftalık sınır ve 6. Fıkra-sında bulunan kadına mağduru olduğu suç nedeniyle tanınan 20 haftalık rahim tahliyesi üst sınırları unutulmamalıdır. Kalıcı kısırlaştırma işlemi için bu maddenin eş rızası arandığını hatırdan çıkartmamak lazımdır.

“Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller**Madde 31- (Başlığı ile birlikte değişik: RG-8/5/2014-28994)**

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

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

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

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

Bu madde rızanın kapsamını açıklamıştır, kapsamın tedavinin tüm aşamalarını kapsadığı tıbbî işlem esnasında tıbbî gereklilikler nedeni ile işlemin genişlemesini rıza kapsamı içine alarak hekimi rahatlatmıştır.

Bu bölümde hasta verilen “Diğer Haklar” incelenmiştir:

“Güvenliğin Sağlanması

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

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

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

Bu madde güvenli bir ortamda tedavinin gerçekleşmesini sağlık tesisinin idaresine bırakmıştır. Tüm idareler hastaların güvenliğini sağlayıcı tedbirleri almalıdır. Bu işlemler mal ve can emniyetini sağlamalıdır.

“Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

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

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

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

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

Sağlık tesisleri hastaların ibadetlerini yapabileceği imkânlar hazırlamalıdır. Hastaların ihtiyaç duymaları halinde dini telkin alabilecekleri bir din adamı bulundurulmalı veya çağırılmalıdır. Burada hastanın inancı ve talebi doğrultusunda olmalıdır. Ölüm öncesi agoni halinde hasta ve yakını talep etmeden din görevlisi çağırılmalıdır. Tabi burada ailenin görüşlerinin de dikkate alınması önemlidir.

“İnsanî Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Madde 39- Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri söz konusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerekğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir.

Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır."

Hastane yönetimi; tüm personele hasta ve ziyaretçilerine gerekli kolaylıkları göstermek ve güler yüzlü davranmaları için gerekli eğitimleri yapmalıdır. Periyodik denetimlerle ve şikâyetlerin üzerine ciddi şekilde gidilerek personelin bu hususlarda olumlu bir ortam oluşturması sağlanmalıdır.

"Refakatçi Bulundurma

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

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

Bu madde hastanın isteği ve sorumlu tabibin uygun görmesi durumunda ihtiyaç duyan hastalara refakatçi bulundurma hakkı vermektedir.

"Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

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

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

Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir."

Bu madde hastalara tanınan tüm hakların sadece sağlık tesislerinde değil tüm hizmetin sunulacağı yerlerde de geçerli olduğunu ortaya koymuştur. Bu işlemleri evde bakım ve tedavi, koruyucu sağlık hizmeti alma veya afetler ve acil durumlarda sağlık hizmeti almak olarak örneklendirebiliriz.

Son olarak hastaların bu kapsamda oluştuğunu düşündüğü hak ihlalleri için yapacağı işlemlere göz atarsak öncelikle hasta hakkı ihlalini ihlalin olduğu hasta hakları birimine bildirmeleri gerekmektedir. Bu birim gerekli incelemeleri yaptıktan sonra hasta hakları kuruluna konuyu taşımaktadır, kurul hasta hakkı ihlali olup olmadığına karar vermektedir. Eğer ihlalin var olduğuna karar verirse sağlık kurum veya kuruluş idaresi bir soruşturma ile hak ihlalinin disiplin ve/veya adli boyutunun olup olmadığı ile ilgili soruşturma açar. Sağlık kuruluşu kamuya ait bir tesiste 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun çerçevesinde işlemler sürdürülerek hasta hakkı ihlali yapan personeli disiplin cezası ile cezalandırılır. Olayın adli boyutu varsa dava açılmak üzere yargılama izni verilen dosya yetkili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir. Adli boyutta olay değerlendirilir, gerekiyorsa dava açılır. Dava karara bağlandıktan sonra temyiz aşaması ile karar kesinleşir. Kesinleşen karar sonrası suç unsuru varsa gerek görülüyorsa hasta veya yakını tazminat davası da açabilir. Özel hastanede ortaya çıkan bir olaysa direkt Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulur, disiplin açısından ise hekimler için il tabip odasına şikâyetle bulunulmalıdır. Hastalar bütün aşamalarda aleyhlerine verilen her kararı bir üst makama veya mahkemeye itiraz hakkı vardır. Tüm hukuki yollar tüketilir ve hala hasta ve yakını hak ihlali olduğunu düşünüyorsa Anayasa Mahkemesi'ne kişisel başvuru hakları da vardır. Buradan da netice alınmaz is Avrupa İnsan Hakları Mahkemesine başvurulabilir.

Kaynakça

- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 17844, 20.10.1982.
- Anayasa Mahkemesi Kararı, 27.03.2019 tarih 2015/19012, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 30761, 01.05.2019.
- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 2004, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 25611, 12.10.2004.
- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 863, 14/4/1928.
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 29007, 22 Mayıs 2014.
- 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, 1954, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 8647, 2.3.1954.
- Hemşirelik Yönetmeliği, 2010, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 27515, 8.3.2010.
- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 1967, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 12056, 23.07.1965.
- Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi, 1960, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 10436, 19.02.1960.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 23420, 01.08.1998.
- 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun, 1999, *T.C. Resmî Gazete*, sayı 23896, 04.12.1999.

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Sağlık konusunun bireysel olduğu kadar toplumsal yönü de bulunmaktadır. Günlük yaşamdaki spor yapmak, hijyen ve tüketim alışkanlıkları gibi bireysel tercihler, bireylerin bedensel sağlığının yönünü belirlemektedir. Günlük yaşamdaki söz konusu tercih ve alışkanlıklar toplumsal yapıdan etkilenmektedir. Eğitim, siyaset, ekonomi ve kültür, bireysel tercihlerin temel belirleyicileri arasındadır. Bu nedenle bireyin bedeninin sağlık durumu toplumsal ilişkilerle şekillenmektedir.

Sağlığın toplumsal yönü, konunun sosyolojik değerlendirmesini gerekli kılmaktadır. Sosyolojinin bir alt disiplini olan Sağlık Sosyolojisi literatürüne katkı sağlama amacıyla hazırlanan bu çalışma; birey, toplum ve sağlık ilişkisini ele almaktadır. Kitapta dünyada ve Türkiye'de öne çıkan sağlık sorunları ve bu sorunların toplumsal nedenleri irdelenmektedir. Sağlığın göç, medya, şiddet, spor, beden algısı, ekonomi, politika ve kültürle ilişkisi sosyolojik bir bakış açısı ile ortaya konmaya çalışılmaktadır.



www.korsanfotokopi.org



ISBN 605170312-8



9 786051 703121



ANI YAYINCILIK

www.aniyayincilik.com.tr

aniyayincilik@aniyayincilik.com.tr

Kızılırmak Sok. No:10/A Bakanlıklar / ANKARA

Tel: 0 312 425 81 50 pbx - Faks: 0 312 425 81 11

