

Araştırma Makalesi

Sessizlik Perdesini Kaldırmak: Hasta Hakları İhlallerine Karşı Şikâyet Etmeme Davranışının Arka Planı

Temmuz Göñç Şavran

Öz

Bu çalışma, Eskişehir’de 2018-2019 yıllarında karma yöntemle ve açıklayıcı sıralı desende yürütölmüş olan bir alan araştırmasının verileri üzerinden hasta hakkının ihlal edildiğini düşündüğü halde herhangi bir başvuruda bulunmayanların bu davranışlarının nedenlerini anlamayı amaçlamaktadır. Nicel araştırmada Eskişehir’de 782 kişilik temsili bir örneklemden anketle veri toplanmıştır. Daha sonra yapılan nitel araştırmada amaçsal örnekleme tekniğıyle seçilmiş olan 12 katılımcıyla yapılandırılmış mülakat yapılmıştır. Bulgular bu davranışın ya şikâyetin ciddiye alınmayacağı endişesinden, ya da şikâyet etmenin hasta açısından bir bedeli olacağı düşüncesinden kaynaklandığını göstermektedir. Hem endişe hem de bedel temasının altında ekonomik, statüsel ve bürokratik temeller olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sosyoloji, sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalık sosyolojisi, hasta hakları, Eskişehir

Lifting the Veil of Silence: The Background of Non-Complaint Behavior Against Patient Rights Violations

Abstract

Aiming to understand the reasons for the behavior of those who think that their patient rights have been violated but do not make any application of complaint, this study draws through the data of a field research conducted with a mixed method and explanatory sequential design in Eskişehir in 2018-2019. In the quantitative research, data was collected through a survey from a representative sample of 782 people in Eskişehir, and in the qualitative research, a structured interview was conducted with 12 participants selected with the purposeful sampling technique. Findings show that this behavior arises either from the concern that the complaint will not be taken seriously or from the idea that complaining will have a cost for the patient. It has been observed that there are economic, status and bureaucratic foundations underlying both the theme of concern and cost.

Keywords: Sociology, sociology of health, sociology of health and illness, patient rights, Eskişehir.

Giriş

Hasta hakları kavramı, insan haklarının gelişimine bağlı olarak ortaya çıkan, Vasak'ın (1977) nesillere göre yaptığı insan hakları sınıflandırmasına göre üçüncü nesil insan hakları arasında yer alan haklardır. Üçüncü nesil insan hakları bireyin sadece tek başına elde edemeyeceği, ancak kolektif olarak elde edilebilecek olan haklardan oluşur. Bu nedenle grup hakları ya da dayanışma hakları olarak da ifade edilir (Cornescu, 2009:5). İnsan hakları konusunda çalışan çağdaş sosyal bilimcilerin önemli bir kısmı hakların sivil/politik ya da ekonomik/sosyal haklar şeklinde ikili bir şekilde ele alınmasına karşıdır. Bu hakları kullanabiliyor olmak söz konusu değilse, hakların var olmasının pratikte bir gücü yoktur, dolayısıyla sivil ve ekonomik haklar aslında hukuki zorlamayı değil de değeri içerirler (Murphy, 2013). Bu perspektife dayanarak bazı yazarlar (Greer ve Sokol, 2014) hasta hakları yönetmeliklerini hasta hakları manifestosu ya da hasta hakkı kanunu olarak görmemekte, bu yönetmeliklerin sosyal haklar modelini değil, yeni bir sosyal yurttaşlık modelini ifade ettiğini ve “haklar için uyulması gereken kuralları” belirtmekten ibaret olduğunu savunmaktadır.

Hasta hakları teorik olarak bir yandan tüketimcilik çerçevesi içinde, diğer yandan insan haklarının sağlık

alanına uygulanması çerçevesinde ele alınmaktadır. Hasta haklarının tüketimcilik çerçevesinde ele alınması, sağlığın piyasalaşmasının ve yeni sağlık paradigması içinde hastaların tüketici olarak görülmeye başlanmasının sonuçlarından biridir. Nitekim Van der Zeijden (2000:8) Avrupa'da müşteri-hastakavramının hasta hakları fıkri etrafında birleşen hasta grupları ile birlikte ortaya çıkmaya başladığını ileri sürmüş, hasta hakları örgütlerinin çoğunlukla sağlık bakımı müşterileri için kurulmuş tüketici örgütleri olduklarını savunmuştur. Pek çok ülkede sağlığın piyasalaşması sonucunda hastalar müşteri ya da sağlık bakımı tüketicisi olarak adlandırılmakta, bu perspektif daha çok müşteri memnuniyeti üzerinden özel sağlık kurumlarının kârını artırmaya odaklanmaktadır (Taşlıyan ve Gök, 2012). Ancak hasta haklarının tüketici hakkı olarak görülmesi rekabetin yüksek olduğu piyasada sağlık profesyonelleriyle hastalar arasında güvene dayalı olarak kurulması gereken ilişkiyi zedelemektedir. Bu bozulan ilişki çarpık sonuçlara yol açabilir ve sağlık profesyonelleriyle hastaların kendi riskleri nedeniyle karşılıklı olarak birbirlerini suçlamalarına neden olabilir. Örneğin Kabay (2013:81) neoliberal piyasada hasta müşteriye dönüştükçe hasta haklarının müşteri haklarına dönüştüğünü belirtmekte, üstelik hasta hakları ile ilgili bu algının “sağlık emekçilerine psikolojik veya fiziksel şiddet

olarak geri dönebilmekte” olduğunu düşünmektedir. Sağlık piyasada alınıp satılacak bir mal olmadığı ve sağlık bakımı verenlerle bu bakımı talep edenler bilgi bakımından eşit olmadığı için hastaların tüketici ya da müşteri olarak adlandırılması uygun değildir, bu nedenle hasta haklarının tamamını tüketicilikle ilişkilendirmek doğru olmaz. Üstelik tüketicilik çerçevesindeki hasta hakları dayanışmayla, kamu iyiliğiyle, kaynaklara erişimle ilgili değildir, bu nedenle sağlığı anayasal bir hak olan gören ve sağlık yasalarını buna göre düzenleyen sosyal refah devletlerinin sağlık sistemleri içinde çelişkili bir pozisyonda kalırlar (Hervey ve McHale, 2015: 165).

Tacir (2011: 2-3) hasta haklarının özel sigorta şirketleri, özel hastaneler ve karmaşıklaşan bürokrasi karşısında güçsüzleşip kendi çıkarlarını koruyamayacak hale gelen hastaların korunması gereği ile ortaya çıktığını vurgulamakta ve hasta haklarını sağlık hedefine ulaşmada hastaların etkin birer unsur olarak değerlendirilmesi olarak tanımlamaktadır. Hastayı müşteri olarak görmeyen bu tür tanımlarda hastanın “etkinliği” konusu sorunludur. Sağlık hizmetini sunanlarla alanlar arasındaki eşitsiz ilişki içinde hastanın etkin olması sağlık hizmetinin pasif bir alıcısı değil, kendine sunulan hizmetler hakkında bilgi sahibi olan, bu hizmetlerin alternatifleri hakkında düşünen ve kendi kararlarını alabilen etkin bir özne olduğu bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu açıdan hasta haklarının sağlık hizmetini sunanlarla alanlar arasındaki eşitsiz güç ilişkilerini azaltma kapasitesine sahip olduğu öne sürülebilir. Ancak hasta haklarının hak olarak kabul edilmesi doğrudan bu hakkın elde edildiği anlamına gelmez, çünkü hasta her zaman etkin olmayabilir. Örneğin hastalık konusunda bilgilendirilme, kendi geleceğini belirleme veya tedaviyi reddetme gibi bazı haklar gerekli tıbbi bilgiye sahip olmayan sıradan hastalar açısından gerçek hayatta kullanılması oldukça zor olan haklardır. Bu gibi haklar bakımdan özellikle eğitim seviyesi düşük olan ya da kültürel sermayesini etkin bir şekilde kullanamayan hastaların sağlık hizmetlerinin pasif alıcısı olarak kalacağı açıktır.



Toplumda neredeyse herkesin hasta olduğu dönemler olduğu dikkate alındığında 82 milyonun üzerinde nüfusa sahip olan Türkiye’de hasta hakları ile ilgili şikâyetlerin çok yüksek olmadığı söylenebilir. Örneğin 2017 yılında kamu ve özel sağlık kurumlarına başvuran hasta sayısı 718.924.809’dur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Aynı yıl hasta hakları konusunda yapılan şikâyet sayısı 28.911’dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019) ve bu sayı yıl içinde sağlık kurumlarına başvuranların %0.004’ünü oluşturmakta, her yüz bin hastadan sadece dördü hasta hakları konusunda bir şikâyetle bulunmaktadır.

Yöntem

Bu çalışma 2018-2019 yıllarında Eskişehir’de karma yöntemle ve açımlayıcı sıralı desende yürütölmüş olan bir araştırmanın sonuçlarına dayanmaktadır. Önce nicel bir araştırma uygulanmıştır. Bu araştırmanın evreni Eskişehir kent merkezinde yaşayanlardır ve verilerin toplandığı dönem 860.620 kişidir. Eskişehir merkezi iki ilçeden oluşmaktadır. Örneklem kota örnekleme tekniğiyle, bu ilçelerin toplam 72 mahallesinde yaşayanlardan, her mahalleden ve iki cinsiyetten eşit sayıda olacak şekilde seçilmiş olan 782 kişidir. Örneklemin yaş ortalaması 39 (Min=18, Max=83, S.S.=14,408), hane büyüklüğü ortalaması 2,98 (Min=1, Max=8,

S.S.=1,231), çocuk sayısı ortalaması 1,04’tür (Min=0, Max=5, S.S.=1,101). Örneklemin %53’ü evli, %39’u bekar, %4’ü boşanmış ve yine %4’ü duldur. Eğitim düzeyi açısından %10’u ilkokul, %8’i ortaokul, %40’ı lise, %10’u ön lisans, %27’si lisans ve %5’i de lisansüstü mezunudur. Anketler örnekleme sosyolojide uygulamalı nicel araştırma teknikleri kapsamında yirmi beş sosyoloji öğrencisi tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Bu metnin kapsamı dışında olsa da nicel analizlerde cinsiyet karşılaştırması yapılacağı için kadın ve erkek oranı eşit seçilmiştir. Nicel araştırma sonucunda herhangi bir hasta hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin çok küçük bir kısmının bu durumla ilgili bir başvuru yaptığı ortaya çıkınca bunun nedenlerini irdelemek için nitel bir araştırma uygulanmıştır. Nitel araştırmanın katılımcı grubu bir hasta hakkının ihlal edildiğini düşündüğü halde bir başvuruda bulunmayan, bu kritere göre amaçsal örnekleme ile seçilmiş 12 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılar nicel araştırmanın örneklemi dışından seçilmiş ve mülakatlar, deşifre ve analiz araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırmanın bulguları SPSS ile analiz edilmiş, açık uçlu sorulara verilen yanıtlar ve nitel araştırma kapsamında yapılan mülakatlar tematik analize tabi tutulmuş ve iki araştırmanın bulguları açımlayıcı sıralı desene uygun olarak bir arada sunulmuştur.



Bulgular

Araştırmanın örneklemine (n=782) “Hasta haklarının neler olduğunu biliyor musunuz?” sorusu yöneltildiğinde %52’si biliyorum, %48’i bilmiyorum yanıtını vermiştir. Ancak örneklem içinde hasta haklarının neler olduğunu bildiğini belirten kişilerden (n=307), bildikleri hasta haklarını saymaları istendiğinde %42’si hiçbir hak sayamamış, %27’si bir, %21’i iki, %7’si üç, %3’ü dört haktan bahsetmiştir. Örneklem bir sağlık kurumunda herhangi bir hasta hakkının ihlal edilip edilmediği sorulduğunda %40’ı ihlal edildiğini, %60’ı edilmediğini belirtmiştir. Herhangi bir hasta hakkı ihlali ile karşılaştığını belirtenlerin (n=313) %17’si hakkının ihlal edildiğini düşündüğü durumlarda şikâyetle bulunmuş, %83’ü ise bulunmamıştır. Hasta hakkıyla ilgili şikâyetle bulunma davranışı sosyo ekonomik ve demografik değişkenler içinde sadece eğitim düzeyiyle ($X^2(2)=8,156$ $p \leq .05$) ilişkilidir, eğitim düzeyi yükseldikçe hasta hakkı ihlali ile ilgili şikâyetle bulunma sıklığı artmaktadır.

Hak ihlali olduğu düşünüldüğü halde şikâyet başvurusunda bulunmamanın nedenleri

Hasta hakkının ihlal edildiğini düşündüğü halde herhangi bir başvuruda bulunmama nedeni incelendiğinde iki temanın ve her temanın altında üçer kategorinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Bu temalardan ilki *endişedir* ve hastanın hakkını korumak için yapacağı herhangi bir girişimin dikkate alınmayacağı düşüncesini yansıtmaktadır. İkinci tema ise *bedeldir* ve bu temada problemin çözülüp çözülmemesinden bağımsız olarak hastanın şikâyet etmesi nedeniyle çeşitli açılardan olumsuzluklarla karşılaşacağı düşüncesi hakimdir. Endişenin de bedelin de altında ekonomiyle, sosyal statüyle ve bürokrasiyle ilgili birer kategori olduğu gözlenmiştir.

Endişeler

Endişe teması altında üç kategori bulunmaktadır. İlk kategori doktorların kendi kendini koruyan kapalı bir statü grubu olduğunu vurgulayan, otorite olarak

doktorlara karşı yapılacak herhangi bir şikâyetin sonuçsuz kalacağını düşünenlerin cevaplarının oluşturduğu bir kategoridir. Bu kategoriye giren cevaplar hastalar ile kapalı bir statü grubu olarak doktorların arasındaki güç mesafesinden kaynaklanan sosyal endişeyi yansıtmaktadır:

“Uğraşmak istemiyorsun, geri dönüş olmayacağını düşünüyorsun. Kimi kime şikâyet ediyorsun, doktoru mu hastaneye şikâyet edeceğimiz mantığı var.” (Erkek, 63, ilkokul)

“Polisin yaptığı hatayı kanun örter, doktorun yaptığı hatayı toprak örter. İnsana insanca saygı duyulmuyor.” (Erkek, 44, lise)

Tıp mesleğiyle ilgili işlevselci çalışmaları eleştiren Hughes’a (1958) göre profesyonel meslek kavramı bir uğraşın, müşterilerine oranla profesyonel özerklik kazanmasını sağlayan bir stratejiyi ifade eder. Profesyonelleşme de statü ve özerklik elde etmeyi sağlayan dışlayıcı pratiklerin başarıyla uygulanması anlamına gelir. Gücünü muhafaza edemeyen meslekler prestij kaybederler (Turner, 1985). Bu prestiji muhafaza etmek statü grubu korumaya bağlıdır ve korumak için kullanılan araç da mesleki özerkliktir. Dolayısıyla doktorların profesyonel özerkliklerini kullanarak diğer doktorları kollaması statü grubunun dinamikleri ile açıklanabilir. Ancak Pellegrino’nun (1994) dikkat çektiği üzere, genel

olarak pozitif bir kavram olan özerkliğin negatif sonuçları da vardır ve bu olgu bunun bir örneğidir. Pellegrino (1994) tıp mesleğinde özerkliğin doktor paternalizmi üzerine kurulu olan ve sosyal ya da ahlaki değerleriyle kendilerini etkileyebilecek tüm gruplara karşı meşru ve ahlaki bir koruma sağlayan bir özellik olarak algılandığını belirtir. Bu durumun yansımaları, hasta hakkı ihlali söz konusu olduğunda hastaların –kendilerinin haklı ya da haksız olduğu konusundaki görüşlerinden bağımsız olarak– doktorların birbirlerini kollayacağını ve hastanın haksız çıkacağını düşünerek başvurmamayı tercih etmeleridir.

Doktorların kendi meslektaşlarını koruyacağı yönündeki düşünceler bazı katılımcılar için önceki deneyimlerinden kaynaklanmaktadır:

“... yaşadığım problemde hastaneye gittiğimde bunun hastanenin hatası olduğuna dair bana hiçbir şekilde doktorlar rapor vermedi. ... Doktorlar hiçbir şekilde başka bir doktorun yaptığı hatayı hata olarak söylemiyorlar. Bir hastanenin yaptığı ya da bir doktorun yaptığı hatayı bir başka doktordan onaylatamıyorlar. Hatayı yapan doktorun olduğu hastane zaten kabul etmiyor, başka hastane de kabul etmiyor, insanlar da nasıl olsa ben bundan bir sonuç elde edemem düşüncesindeler doğal olarak.” (Kadın, 29, lisans)

“Yani benim yaşadığım olayda oradakiler de şahit oluyor oradakilerin hepsi şahit. Yani bütün personel buna şahit ama kendileri de işlerinden olacaklarını düşündükleri için veya ne bileyim kendilerine sıkıntı olacağını düşündükleri için yalan beyanda bulunuyorlar. Yani olanı söylemiyorlar, benim yaşadığım olayda öyle oldu. Yani en azından orada beş kişi vardı, ilk başta mesela doktor bile kendisi bu hatasını kabul etmişken sonra tabii ciddiyete binince yani hukuki yöne dönünce herkes ondan sonra yok böyle bir şey değil diye geçiştirdi yani.” (Erkek, 46, lisans)

Katılımcılardan bazıları önceden bir sonuca ulaşmayan şikâyetlerin daha sonraki hak ihlallerinde herhangi bir başvuru yapmayı engellediğini belirtmiştir. Özellikle başvurusu sonuçlanmayan vaka daha hayati ise ve daha sonraki vakalar daha az hayati ise, hastaya göre bu durum başvurunun sonuçsuz kalacağını neredeyse kesin bir işareti olarak okunmaktadır:

“... gittim işte hasta bakları birimine, ona anlattım durumu, dilekçemi aldı benim, daha sonra bana oradan cevap geldi, evime de postalandı batta cevap. İşte şey şeklindeydi, hafta sonuydu, doktor 21 saattir şeyde kaldığı için nöbette kaldığı için böyle ihmaller olabilir, şey yazmışlar zaten işte ölmediniz, sorun yok şeklinde ve yazıyla cevap geldi, bir daha da başvurmadım, yani çok ilgilenmedim onunla. ... [Birkaç yıl sonraki bir başka deneyiminde] ... ihlal edildiğini düşünüyordum ama hasta baklarına başvurmadım hiçbir şekilde. Çünkü yılmışlık yani, güvensizlik biraz da, nasıl olsa bir şey çıkmayacak ki devlete güvensizlik, kuruma da güvensizlik, nasıl olsa bir cevap çıkmayacak, ben de boşu boşuna zamanımı kaybetmek istemedim burada. Özeldi aslında bu hastane, devlet değildi, ama buna rağmen dedim ki nasıl olsa bekimler her şekilde baklı çıkıyorlar. Bir kere de devlette başıma gelen o olaydan çıkan retten sonra, hani o kadar ciddi bir olaydan ret geldiyse bundan haydi haydi ret gelir, hiç uğraşmaya değmez şeklinde diyerekten uğraşmadım yani.” (Erkek, 34, yüksek lisans)

“Ameliyat sırası beklerken beni içeri ameliyathaneye aldılar ama benden



sonra olması gereken hastanın ameliyatını bana yaptılar. ... Başka doktorlarla görüştim onlar bana işte neyin ne olduğunu söylediler yani bu şekilde yanlış yapıldığını ...[detayları anlatıyor]... anlattılar. Ama sonra bu doktorlar ifade vermedi, işte bana bunun yanlış yapıldığını anlatan doktor ben böyle konuşmamıştım ben sana böyle söylemedim dedi. Yani muayenehanesine girdiğim zaman söylediği şey 'yahu yanlış olan ameliyat sen miydin?' Yani böyle bir karşılama oldu ama sonuçta çıkan hepsi kendi şeylerini verdiler, bana yaptıkları yorumların tersini söylediler. Sonrasında ise ifademi falan verdikten sonra karar çıktı, çıkan karar da ben sakat kalmayıp yürümeye tekrar başladığım için herhangi bir ceza almasına gerek yok dediler. ... Yani başınıza böyle bir şey gelince bir daha başvurur musunuz, ben başvurmam, uğraşmam şahsen. Ben üç ay böyle raporlu geçirmek zorunda kaldım bunun sonucunda zaten işyerinden de istifa etmek zorunda bırakıldım çalışamayacağım için. Bundan bir sonuç çıkmadıysa hiçbir şeyden bir sonuç çıkmaz yani, açıkçası ölsem bile bir sonuç olur mu derseniz olmaz bence, çıkmaz yani.” (Kadın, 51, lise)

“...Avukat şöyle dedi adli tıp raporu doktorlar tarafından verilir, doktorlar birbirlerini korurlar, herhangi bir meslektaşını şeye atmak istemez tehlikeye atmak istemez. Dolayısıyla biz dedi bağımsız bir üniversiteye göndereceğiz, bağımsız derken şunu kastediyor benim mahkemelik olduğum doktorun [şehirdeki üniversitede] tanıdığı olabilir, yani bu şehirde çalışan insanları tanır ve etki edebilir diye biz başka bir şehirde hiç tanımadığımızı varsaymak istediğimiz bir üniversiteye gönderilmesini istedik kendi durumumuzun.” (Kadın, 38, doktora)

Endişe temasının ikinci kategorisi, bürokrasiyle ilgili endişelerdir ve genel olarak kurumların işleyişine, kuralların uygulanmasına ve görevlilerin görevlerini yerine getirmesine yönelik güvensizliği içermektedir. Bu kategoriye giren cevaplar şikâyetin hasta açısından olumlu sonuçlanmayacağı düşüncesini içermektedir ama bunun nedenini bir meslek grubu olarak doktorların birbirini korumasına değil, genel olarak birey ile devletin ya da kamu kurumlarının güç açısından eşitsiz ilişkisine bağlamaktadırlar. Bu cevaplardan bazıları şunlardır:

“Toplumumuzda düzeltmek için gerekli kurum baş kurum değil, bilgi yok, kural uygulansın gibi bir düşünce yok. Yani konuyla ilgili merci yok değil, var ama ilgilenmemeleri, görevlerini yerine getirmemeleri yüzünden insanımızın güveni kırıldı” (Erkek, 37, lisans)

“... bu yaptığı kesinlikle tacizdi ama ben bununla da uğraşmak istememiştim. Şikâyet etmedim, şikâyet etmeme sebebim de aslında birçok insan gibi bununla uğraşmak istememek yani ben zaten, zaten hepimiz çok zor şartlar altında yaşıyoruz çalışıyoruz, ay bunla kim uğraşacak dedim aslında çok büyük bir hata bu, keşke şikâyet etseydim. Ama işte ben birey olarak kendimi kurumlar ya da kurum gücüyle davranan kamu personeli karşısında, kamu

otoritesi karşısında güçsüz hissediyorum, o yüzden ben bireysel olarak baklı olsam da süreçte onların bir yolunu bulup onların kendilerini baklı çıkaracaklarını düşünüyorum.” (Kadın, 32, yüksek lisans)

“Hasta hakları konusu muhtemelen bir on sene sonra çok daha işlerlik kazanacak, çok daha kullanılır hale gelecek ama daha oturmadı, yeni yeni geliyor. Yani devletin beni koruyacağını düşünmüyorum. Yani kimi kime şikâyet edeyim diyorsun, dayak yiyorsun, karakola gidiyorsun evine gönderiyor, kocandır döver de sever de deyip evine gönderiyor daha ne yapsın. Şu kadar metre yaklaşmayacak diye karar çıkmış adam geliyor eve de giriyor vuruyor da. Yani devlet korumayı ya beceremiyor ya gerçekten istekli değil. Aynı şekilde hasta hakları konusunda da gerçekten bunu görev olarak üstlenmiş değil, henüz usulen işte Avrupa Birliği istiyor diye böyle levhalara asıyor hastanın hakkı budur diye ama aslında aynı şey oluyor.” (Kadın, 55, lisans)

Demokratik kurumların planlanan sonuçları vermesi ve istikrarlı olması, devletin bütün toplumun faydasına yönelik olarak çalışabilmesi toplumdaki güven duygusuna bağlıdır (Inglehart, 1999). Farklı boyutlara sahip ve geniş bir kavram olsa da sosyal güveni genel olarak bireyin diğer insanların kendisine kasten ya da bilmeyerek zarar vermeyeceği ve en iyi ihtimalle bireyin

çıkarına yönelik davranacakları konusundaki inancı (Newton, 2001:202) olarak tanımlamak mümkündür. Dünya Değerler Araştırması'na göre (Inglehart vd., 2014) Türkiye’de sosyal güven düzeyi %11’dir. Türkiye’de 2018 yılında kamu kurumlarına duyulan güven de genel olarak düşük düzeydedir (ortalama %42,5) ve bir önceki yıla göre daha da düşmüştür (Aydın vd., 2019). Türkiye’nin 2018 itibarıyla hukuk devletleri sıralamasında 126 ülke içinde 109. sırada (WJP, 2019) olduğu dikkate alındığında sosyal güvensizliğin maddi zemini belirginleşmektedir. Endişe temasındaki bu ikinci kategori sosyal güvenin, özellikle de kamu kurumlarına duyulan güvenin düşük olması nedeniyle bireylerin haklarını aramaktan vazgeçtiklerini göstermektedir. Dolayısıyla hasta hakları konusunda yasal düzenlemeler yapılsa ve bu konuda eğitim sağlansa da toplumda diğer insanlara ve kamu kurumlarına duyulan güven düşük düzeyde kaldığı sürece tam olarak etkili bir şekilde işlemeyeceği öngörülebilir.

Endişe kategorisinin üçüncü kategorisi güçsüzlükle, ağırlıklı olarak da ekonomik güçsüzlükle ilişkili nedenleri içermektedir. Bu cevapları veren katılımcılar devletin, devlet kurumlarının ya da doktorların gelirle, eğitimle ve statüyle ilgili nedenlerden ötürü şikâyetlerinin dikkate alınmayacağını düşünmektedirler. Bu kategoriyi diğer kategorilerden ayıran temel özellik bireyin

karşısındaki yapının özelliklerine değil, kendi özelliklerine dayanarak bu sonuca varmasıdır. Diğer bir deyişle hasta devlet kurumlarına ya da bir meslek grubuna duyduğu genel güvensizlikten ötürü değil de bu yapıların kendisini dışlayacağını düşündüğü için başvurmamayı tercih etmektedir. Bu kategoriye giren cevaplardan bazıları şunlardır:

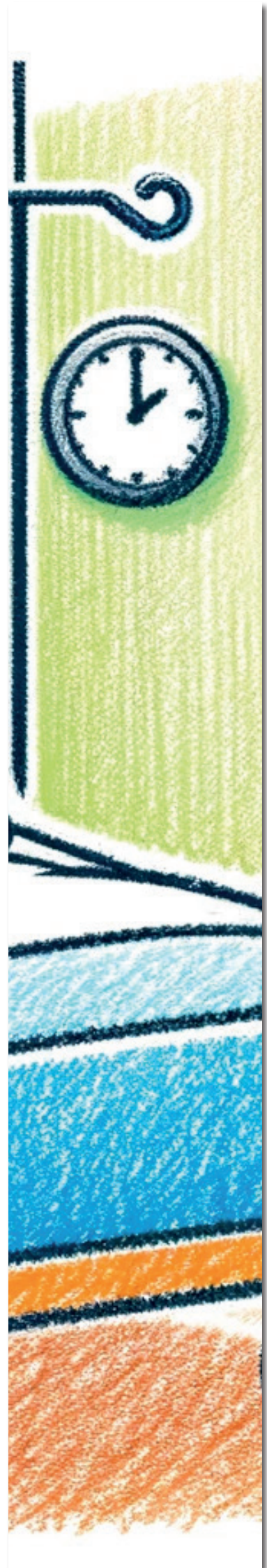
“Gariban birisi etse zaten kandırırlar zaten yine bizî suçlu çıkaracaklar. Arkası sağlam, adamı olan biri şikâyet eder.” (Erkek, 48, lise)

“...Şikâyet için aradığımda hasta bakları işine bakan kişinin telefona cevap vermediğini söylediler. Sonra bir daha aradım, telefonunu bıraksın ben onu ararım demiş. Sonra bir daha aradım, müsait değilim ben dönerim falan demiş. Dönmedi tabii. ... Yani bir daha böyle bir şey olsa aramam çünkü arasın diye bekleyince insanın gücüne gidiyor aramıyorlar, adam yerine koymuyorlar. Şimdi adamın yoksa, gücün yoksa kimse dinlemiyor yani seni, sadece hastaneyle ilgili bir şey değil bu.” (Erkek, 48, lise)

Newton (2001) güvenin sosyal ve politik boyutlarını birbirinden ayırırken sosyal güvenin sosyal sermayeyle, politik güvenin de politik sermayeyle ilgili olduğunu belirtir. Ancak toplumda sosyal güvenin geliri, eğitimi, sosyal statüsü daha yüksek olan, işlerinden ve hayatlarından tatmin olanlarda kısmen de olsa daha yüksek olduğunu belirtir (Newton, 2001:204). Genel olarak düşük ekonomik ve sosyal statü, yukarıdaki alıntılarda da görüldüğü gibi toplumda güce yeterince erişememeye neden olmaktadır. Güç eşitsizliğinin nedeni ne olursa olsun, hasta eğer güçten yoksun olduğunu düşünüyorsa başvurusunun dikkate alınmayacağı sonucuna varabilmektedir.

Bedeller

İkinci tema, yapılacak herhangi bir şikâyet nedeniyle hastanın ödemek zorunda kalacağı bedelleri içermektedir ve üç kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategorilerin ilki bir sonraki sefer kötü muamele ile karşılaşılacağı düşüncesini içermektedir.



Bu kategoriye giren cevaplarda hastalar şikâyet ettiklerinde sağlık personeli tarafından “huysuz” olarak niteleneceklerini ve bu nedenle sonraki muayene veya tedavilerinde kötü muamele veya yetersiz ilgiyle karşılaşacaklarını düşünmektedirler. “Zor hasta veya özen gösterilmeyecek olan hasta” olarak sınıflandırılmak ve bu nedenle kötü muamele göreceğini düşünmek anketlerde de mülakatlarda da sıklıkla karşılaşılan bir cevaptır:

“Korkudan dolayı. Bir daha geldiklerinde iyi bakılmayacaklarını düşünüyorlar, mimleniriz diye korkuyorlar.”
(Erkek, 49, lise)

“Doktor bilir, biz söylediğimiz zaman yanlış birşey söyleriz, cabilliğimiz ortaya çıkar. Doktor büyük, doktor önemli. Sen onu şikâyet edersen daha seni tedavi etmez” (Kadın, 57, ilkokul)

“Sürekli aynı doktora gidiyorsun ... onbeş gün sonra tekrar geleceğin yer. Huysuz hasta olmuş olacaksın, bir dahaki gittiğinde acısını çıkaracak. O yüzden insanlarla aranı bozmak istemiyorsun, iyi geçinmek istiyorsun.” (Kadın, 70, lise)

“Neden yeterince bilgi edinmiyorum deyince yani bazan diyorum kendime sen sorsaydın [doktora]. Ama öyle olmuyor işte, hastanede herkesin acelesi var, insan sanki zamanlarını alıyormuşum hissine kapılıyor, bir çeşit suçluluk duyuyorsun. Doktor da acele acele şey yapınca sen de alelacele anlatıp çıkıyorsun. Sanki sorsam ne bileyim, işini yapmış gönderiyor işte seni, sorsam bir dahaki gelişimde yine bu hasta geldi diyecek. Laf getirmek istemiyorsun kendine. Yani bu sebepten soracağımı soramıyorsun nerede kaldı şikâyet edeceksin.” (Kadın, 67, lisans)

Hastalar hastaneye tekrar dönmeleri gerekebileceğini bildikleri için korunmasız hissetmekte, sağlık personelinin iyi niyetine bağımlı kalmakta, dolayısıyla bağımsız, bilinçli hasta davranışı yerine otoriteye itaat etme davranışı ortaya çıkmaktadır. Benzer bir tema Frosch’un (2012) çalışmasında da ortaya çıkmıştır. Çalışmaya göre hastalar karar alma süreçlerine katılmak istemektedir, ancak kendine güvenen, sorgulayıcı bir imaja sahip olurlarsa uzun vadede zor hasta olarak etiketleneceklerini düşünmekte ve kendilerinden öç alınması endişesi nedeniyle “iyi hasta” rolünü sürdürmeye çalışmaktadırlar (Frosch, 2012: 1032). Bu davranış normal kabul edilen hasta davranışı sınırlarının hastanın dışındaki kurumlar tarafından belirlendiği bir toplumsal bağlamda bu normların içselleştirildiğini ve hastanın normal olana uymaya çalıştığını göstermektedir. Çünkü otorite sadece iyi davranan ve fayda sağlayan bir merci değil, aynı zamanda tehdit eden bir mercidir (Duhm, 1996:27).

Sağlık personeli herhangi bir tehdit ifadesi kullanmasa da birey otorite olarak gördüğü mercinin normlarına uymaya ve normalin dışında kalan davranışlardan kaçınmaya çalışır. Ancak bu normalleşme, zor hasta olma korkusuna karşı etkili bir korunma sağlarken aşağıdaki alıntıda da görüldüğü gibi hastanın özerkliğini de kesin olarak yitirmesine (Duhm, 1996:28) neden olur.

“... işte hallederiz doktorla konuşuruz dediler ben ikna oldum halledeceklerine [hasta hakları biriminin] de işte şikâyet ettiğin doktora ameliyat olacaksın üç gün sonra bu da biraz tuhaf değil mi yani? Kendini [ameliyatta] riske atmış gibi olmaz mısın?” (Erkek, 47, lisans)

İkinci kategorideki cevaplarda otoriteye, (sıklıkla devlete) karşı gelmenin hastanın “başına bir iş açabileceği” düşüncesi merkezidir. Bu cevaplarda hastanın haklarını savunması “otoriteye karşı çıkmak” olarak algılanmaktadır, ama devletin şikâyeti dikkate almayacağı endişesinden farklı olarak devletin gözünde şikâyetçi olmanın bir bedeli olacağı düşüncesi ön plandadır:

“Devletten korkuyorsun, devlete deşifre olacaksın. Başına bir iş de gelebilir, bilemezsin.” (Erkek, 50, lise)

“Şikâyet etmeme bence sadece hasta haklarıyla ilgili değil, Türkiye’de genel olarak insanların bir yerlere şikâyet etmekle ilgili korkaklığıyla ilgili, özellikle devletin kurumlarını, devletin ajanlarını, memurlarını diyeyim şikâyet etmekteki korkaklıklarını ya başıma bir şey gelirse ya bundan bir zarar alırsam deyip kendi hak ihlallerini sineye çekip başvurmadıklarını görüyorum. Yani aslında mesela devlet korkusu diye düşünüyorum çünkü aslında doktorlardan korktuklarını düşünmüyorum çünkü artık son zamanlarda Bimer’e doktorları şikâyet edebiliyorsunuz. ... Yani Bimer’e doktoru şikâyet etmek kolay bir şeymiş gibi görünüyor, ama onun dışında kendisi hasta olarak yaşadığı ama devlete karşı, yani devletin bir hatasıyla ilgili ya da devlet hastanesinin bir ihlaliyle ilgili devlete şikâyet etmekten insanlar korkuyorlar. Bunun da genel olarak devlet korkusu olduğunu yani aslında politik bir şey olduğunu düşünüyorum”. (Kadın, 39, yüksek lisans)



“Kimi kime şikâyet ediyorsun ki, devleti devlete mi şikâyet edeceksin? Kayıtlı kayıtlı işler bunlar, sokakta karga olsa şahit yazılmak istemezken devlette şikâyetçi diye kaydım şeyim olsun istemedim..” (Kadın, 43, lise)

Bedel temasının üçüncü kategorisi ekonomik olarak ödenecek olan bedellerle ilgilidir. Yere düşen bir enjektörün değiştirilmeden kullanılması nedeniyle tedavisi üç buçuk yıl sürecektir bir enfeksiyona yakalanan katılımcı, hem şikâyet etmenin mali yükünü vurgulamakta hem de hakkını savunma konusunu ekonomik mallara verilen hasarla kıyaslamaktadır:

“... Bu benim için ciddi bir işgücü ve maddi kayıp oldu. Mahkemeye vermek istedim, bunun için konuştuğumda bana dediler ki öncelikle yaklaşık bir 1000-1500 gibi bir harç yatırmam gerektiği söylendi dava açmak için. ... Şu an benim kalçamda 39 tane dikiş var sırf bu yanlış yapılan iğne yüzünden. Ve benim arabama çarpmış olsalardı ya da evimin camını kırmış olsalardı ben sigortadan, kaskodan bunu tazmin edebilirdim ama insan sağlığının bu kadar değeri yok. Ben hiçbir şekilde hastaneden bir sonuç alamadım, bir özür bile alamadım.” (Kadın, 42, ön lisans)

Bu kategoriye giren diğer yanıtlardan bazıları şöyledir:

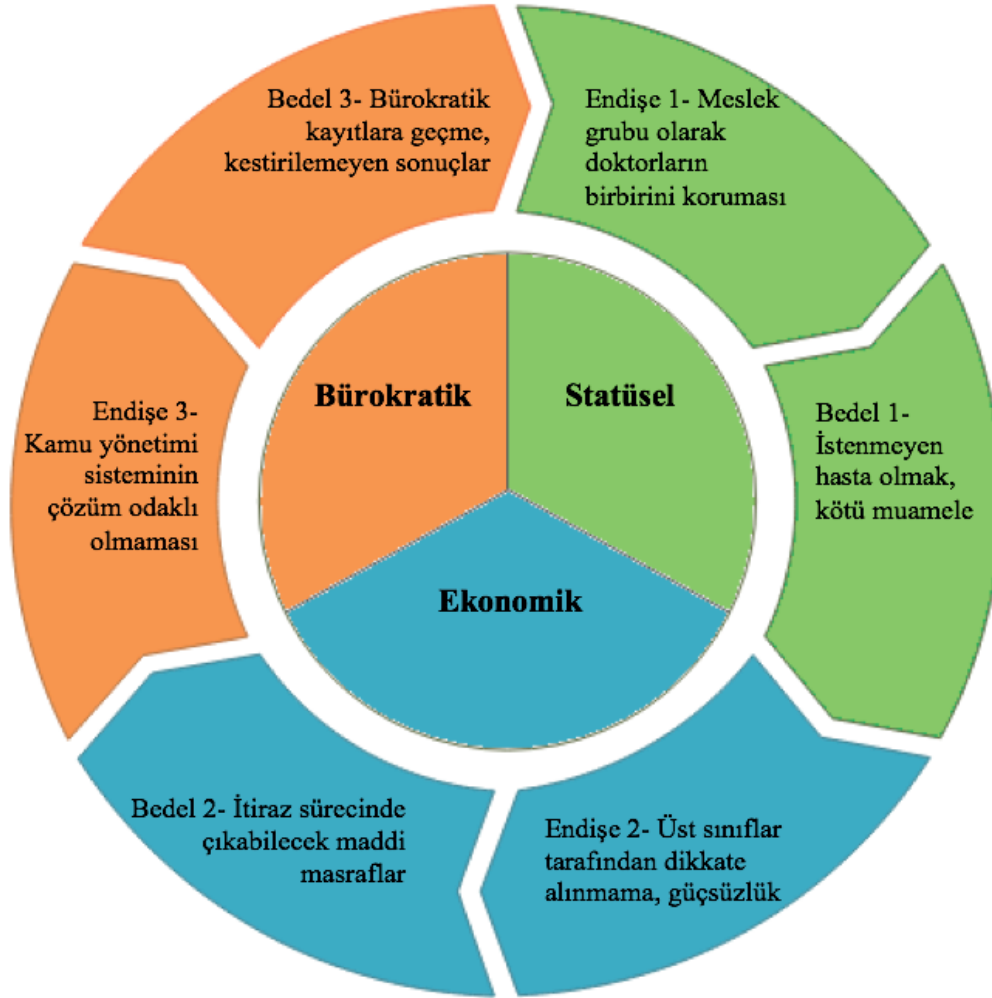
“Avukat tutabilen şikâyet ediyor, parası olmayan edemiyor zaten parası olmayanla kimse ilgilenmiyor.” (Erkek, 32, lise)

“... git nereye istiyorsan şikayet et dedi. ... o zamana kadar şikayet edeyim diye bir düşüncem de yoktu yani ama sonra avukata gideyim dedim, danışma ücreti olmuş altıyüz küsur lira. İşte sonra çok da büyük bir şey de değil diye vazgeçtim.” (Kadın, 44, lisans)

Bu kategorideki cevaplar endişenin ekonomik kategorisine benzese de burada şikayetin ciddiye alınmamasından bir endişe duyulmamakta, doğrudan ödenecek mali bedeller üzerinde durulmaktadır. Her ne kadar her başvuru mahkemeye yapılmasa ve bir ücret ödenmesi gerekmeseydi de hasta hakkını savunmak için mahkemeye başvurulması gerektiğini düşünenler ya da şikayetin ileride mahkemeye taşınacağını düşünenler için yasal süreç için ödenmesi gereken ücretler başvuruda bulunmayı engelleyebilmektedir.

Bulgular bütün olarak değerlendirildiğinde, hasta hakkının ihlal edildiğini düşünenlerin toplumsal gücün farklı kaynakları açısından yaşanan eşitsizliklerin endişe ve bedel boyutunda yarattığı sonuçlar nedeniyle herhangi bir şikâyet ya da başvuruda bulunmadığı söylenebilir. Şekil 1’de görülebileceği gibi endişe ve bedel temaları altında oluşan kategoriler gevşek bir şekilde de olsa ekonomik, statüsel ve bürokratik temellerden oluşan üçlü bir eksene oturtulabilir. Statüsel nedenler temel olarak doktorların meslek grubu olarak sahip olduğu sosyal

statünün korunmasıyla ilişkilidir. Bu nedenler endişe boyutunda bireylerde doktorların birbirini koruyacağı ve şikayetin sonuçsuz kalacağı düşüncesine yol açmakta, bedel boyutunda da huysuz hasta olmaya yol açacağı ve bir sonraki muayene veya tedavi sürecinde sağlık personelinin kendisine kötü davranacağı düşüncesine yol açmaktadır.



Şekil: Hasta hakkı ihlal edildiği halde bu konuda bir girişimde bulunmama davranışının nedenleri

Ekonomik nedenler, bireylerin ekonomik sermaye açısından yetersizlikleriyle ilgilidir. Her ne kadar bu nedenler içinde yer alan güçsüzlük zaman zaman kültürel veya sosyal sermayeyi de içerecek şekilde genişlese de bulgular ağırlıklı olarak ekonomik yetersizliğin öne çıktığını göstermektedir. Ekonomik nedenler endişe boyutunda otoriteye sahip olan üst sınıfların bireyin şikayetini dikkate almayacağı düşüncesine yol açmaktadır. Bu boyutta otoriteye sahip olanın doktorlar mı kamu yöneticileri mi olduğu önemli değildir, birey doktorlara

da kamu yönetimine de genel olarak güvenmemekten çok kendi kaynaklarının yetersizliği nedeniyle dikkate alınmayacağını, diğer bir deyişle sistematik bir ayrımcılığa uğrayacağını düşünmektedir.

Bürokratik nedenler devlet otoritesi ve bürokrasi ile ilişkilidir ve bireylerin kendilerini bu otorite karşısında konumlandırmalarıyla şekillenmektedir. Bu nedenler endişe boyutunda kamu yönetimi sistemine güvensizliği yansıtmakta, sistemin çözüm odaklı olmadığı, bu nedenle şikayetlerin çözüme kavuşturulmayacağı düşüncesini yaratmaktadır. Bedel boyutunda ise bireyler doktorun ve/veya hastanenin otoritesini devlet otoritesiyle denk tutmakta ve her eylemin kayıt altında olduğu gözetim toplumunun dinamikleri içinde devleti, ya da memurunu, ya da sistemini şikayet eden biri olmaktan, herhangi bir şekilde “kayıtlara girmekten” kaçınmaktadırlar.

Kamuoyunda bilime, doktorlara ve bilim insanlarına duyulan güvenin azalmasının batılı toplumların en önemli sorunlarından biri olduğu kabul edilmekte ve güvendeki azalmanın risk bilincinin artışıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Furedi, 2014). Türkiye’de uzmanlığa ve bilime duyulan güvenin azalmasının yanında kamu kurumlarına, adalete ve diğer insanlara duyulan güven de düşük düzeydedir. Furedi’ye (2014) göre risk bilincinin artması bireyleri risklerin nedenlerine yöneltmemektedir, aksine bireyler risk almamak için kendilerini geri çekmekte, kendilerini mağdur eden koşullarla mücadele etmemektedirler. Kendi çaresizliğini yaratan koşullarla mücadele etmeyen, bu çaresizlikle barışık hale gelen toplumlar bireyin kendini belirleme gücüne olan inancını yitirmekte, toplumdaki kolektif teslimiyet duygusunun yarattığı cesaretsizlik öznenin yok olmasına neden olmaktadır (Furedi, 2014:239). Bulgular genel olarak öznenin özerkliğinin yok olduğunu, yapının sınırlarını sistemin içindeki araçlarla aşma konusunda bireylerin kendilerine güvenmediğini göstermektedir. Günümüzde bireylerin hasta hakları da dahil olmak üzere çeşitli alanlarda yaşadıkları mağduriyetleri görünür kılmak ya da ilgili mercülerin dikkatini çekmek için yoğun olarak sosyal medyayı kullanmaları da bireylerin bürokratik sistem içindeki araçlara yönelik güvensizliğin bir sonucu olarak görülebilir.

SONUÇ

Bulgular, hasta hakları konusunda en kritik ögenin sosyal güven olduğuna işaret etmektedir. Hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler konusunda bir eksik olmasa ve bilgi düzeyi düşük olmasa bile hasta hakkının ihlal edildiğini düşünen bireyler otoriteye sahip olanlarla kendi aralarındaki sosyal mesafenin bu hakların fiili olarak kazanılmasına engel olacağını düşünmekte, bu nedenle işleyişe güvenmemekte ve hakkını aramama davranışı da bu güven eksikliğinden doğmaktadır. Katılımcıların haklarını savunmaktan vazgeçme davranışına neden olan boyutların tümü, toplumun kamu kurumlarına ve diğer insanlara duyduğu güvenin zayıflığından

kaynaklanmaktadır. Nedeni ister sistematik bir ayrımcılık, ister bir meslek grubunun kendi statüsünü koruma pratikleri, ister kamu bürokrasisinin işleyiş problemleri olsun, hasta hakkının ihlal edildiğini düşünen insanların önemli bir çoğunluğu bu konuda otoriteye güvenmemekte ve ihlal edildiğini düşündüğü hakkını aramaktan vazgeçmektedir.

Hasta hakkı ihlali yaşayanların beşte dördünden fazlasının çeşitli nedenlerle herhangi bir merciye başvurmaması hasta hakları ile ilgili mevzuatın bir kanun ya da haklar manifestosundan çok Greer ve Sokol'un (2014) ileri sürdüğü gibi haklara sahip olmak için vatandaşların uyması gereken kural ve koşulları belirten bir döküm olarak kaldığının bir göstergesi olarak okunabilir. Bu durum elbette sadece hasta hakları için geçerli değildir, fiili olarak haklar kullanılamıyorsa pratikte var olmalarının toplum açısından bir faydası olamaz.

Hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma düzeyi de herhangi bir hasta hakkı ihlali durumunda şikayet etme veya başvuruda bulunma düzeyi de eğitim düzeyi arttıkça yükseldiğine göre hasta hakları konusunda en etkin olan grup zaten kültürel sermayesi yüksek olan gruptur. Bu grubun da toplum genelinde görece küçük bir grup olduğu dikkate alınırse kültürel sermaye açısından zayıf olan hastalar için hasta haklarının kullanılabilirliğinin düşük olduğu söylenebilir. Hastalar hasta haklarını tüketimcilik perspektifinde ele alan çalışmalarda iddia edildiği gibi kendi kararlarını alabilen aktif, girişimci bireyler değil, rasyonel davranan, davranışlarını toplumdaki güç ilişkileri içindeki konumlarını merkeze alarak sınırlandıran bireylerdir. Kaldı ki bu çalışmanın örneklemini HIV pozitif hastalar, trans bireyler, sığınmacı ve mülteciler, uyuşturucu bağımlıları gibi sağlık bakımı sürecinde önyargı ve ayrımcılığa maruz kalabilen dezavantajlı grupları içermemektedir. Genel popülasyonun bile hasta hakkını savunmaktan çeşitli nedenlerle vazgeçtiği bir toplumda neredeyse tüm toplumsal kurumlarda önyargılarla karşılaşan ve dışlanan grupların hasta hakları konusundaki deneyimleri başka çalışmalarda incelenmeli, hasta hakları daha genel olarak temel hak ve özgürlükler çerçevesinde ve toplumsal eşitsizliklerle ilişkisi üzerinden ele alınmalıdır.



Kaynaklar

- Aydın, Mustafa, Mitat Çelikpala, Osman Z. Zaim, Banu Baybars Hawks, Murat Güvenç vd. (2019), Türkiye Sosyal-Siyasal Eğilimler Araştırması 2018. İstanbul: Kadir Has Üniversitesi Türkiye Araştırmaları Merkezi.
- Cornescu, Adrian Vasile (2009), "The Generations of Human's Rights", Days of Law: the Conference Proceedings (Brno: Masaryk University) https://www.law.muni.cz/sborniky/dny_prava_2009/files/prispevky/tvorba_prava/Cornescu_Adrian_Vasile.pdf (Erişim: 28.06.2019).
- Duhm, Dieter (1996). Kapitalizmde Korku. Çev.Sargut Sölçün. İstanbul: Ayraç.
- Frosch, Dominick L., Suepattra May, Katharine Rendle, Caroline Tietbohl ve Glyn Elwyn (2012), "Authoritarian Physicians And Patients' Fear Of Being Labeled 'Difficult' Among Key Obstacles To Shared Decision Making", Health Affairs, 31(5): 1030-1038.
- Furedi, Frank (2014), Korku Kültürü: Risk Almamanın Riskleri. Çev. Barış Yıldırım. İstanbul: Ayrıntı.
- Greer, Scott ve Tomislav Sokol (2014), "Rules for Rights: European Law, Health Care and Social Citizenship", European Law Journal, 20(1): 66.
- Hervey, Tamara ve Jean V. McHale (2015), European Union Health Law (Cambridge: Cambridge University Press)
- Hughes, Everett Cherrington (1958), Men and Their Work (New York: Free Press of Glencoe).
- Inglehart, Ronald (1999), "Trust, well-being and democracy", Mark, E. Warren (Der.) Democracy and Trust. Cambridge: Cambridge University Press. Ss. 88-120.
- Inglehart, Ronald, Christian Haerpfer, Alejandro Moreno, Christian Welzel, K. Aleksandrovna Kizilova vd. (Der.) (2014), World Values Survey: Round Six - Country-Pooled Datafile 2010-2014, (Madrid: JD Systems Institute). <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV> (Erişim: 01.07.2019).
- Kabay, Sebiha (2013), "Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulaması", İnsan Hakları Yıllığı, 31(1): 63-82.
- Murphy, Thérèse (2013), Health and Human Rights. London: Hart.
- Newton, Kenetth (2001), "Trust, Social Capital, Civil Society, and Democracy", International Political Science Review, 22(2): 201-214.
- Pellegrino E.D. (1994). Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship. J Contemp Health Law Policy. Spring;10: 47-68.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. (Ankara: Sağlık Bakanlığı).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019) Yıllara Göre Hasta Hakları İstatistikleri (<https://hasta.saglik.gov.tr/TR,4771/hasta-haklari.html>) (Erişim: 01.07.2019)
- Tacir, Hamide (2011), Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı. İstanbul: On İki Levha.
- Taşlıyan, Mustafa ve Sibel Gök (2012), "Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması", Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2(1): 69-94.
- Turner, Bryan Stanley (1985) "Knowldge, skill and occupational strategy: The professionalization of paramedical groups", Community Health Studies, 9(1): 38-48.
- Van der Zeijden, Albert (2000), "The patient rights movement in Europe", Pharmacoeconomics, 18(1): 7-13.
- Vasak, Karel (1977), "Human Rights: A Thirty-Year Struggle: the Sustained Efforts to give Force of law to the Universal Declaration of Human Rights", UNESCO Courier, 30(11): 29-32.
- WJP World Justice Project (2019), Rule of Law Index 2019, <http://data.worldjusticeproject.org/#/groups/TUR> (Erişim: 01.07.2019)