

Arslan Özdemir, E. (2026). Türkiye’de hasta haklarının Max-Neef’in insani ölçekli kalkınma yaklaşımı ile yeniden çerçevelenmesi: tıbbi sosyal hizmet ve sosyal politika. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi*, 7(1)

DERLEME / REVIEW

Başvuru Tarihi: 06/03/2026

Kabul Tarihi: 17/03/2026

TÜRKİYE’DE HASTA HAKLARININ MAX-NEEF’İN İNSANİ ÖLÇEKLİ KALKINMA YAKLAŞIMI İLE YENİDEN ÇERÇEVELENMESİ: TIBBİ SOSYAL HİZMET VE SOSYAL POLİTİKA

Reframing Patient Rights in Turkey Through Max-Neef’s Human Scale Development

Approach: A Holistic Analysis from Medical Social Work and Social Policy Perspectives

Ezgi ARSLAN ÖZDEMİR¹

¹Öğr. Gör. Dr. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü
ezgiarslan88@hotmail.com  0000-0001-8060-2535

ÖZ

Bu çalışma, Türkiye’deki hasta hakları uygulamalarını Manfred Max-Neef’in "İnsani Ölçekli Kalkınma" kuramı üzerinden disiplinlerarası bir bakış açısıyla derleme/ literatür taraması yöntemi ile incelemektedir. Mevcut literatürde sıklıkla yasal bir zorunluluk olarak ele alınan hasta hakları; bu araştırmada hastanın geçim, korunma, anlama, katılım, kimlik ve özgürlük gibi evrensel insani gereksinimlerinin klinik ortamdaki tezahürleri olarak yeniden tanımlanmaktadır. Türkiye’de hekim-hasta iletişimindeki paternalistik eğilimlerin, hastanın "Özgürlük" ve "Anlama" ihtiyaçlarını baskılayan birer "engelleyici tatmin edici" olarak işlev gördüğü saptanmıştır. Analizler, 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yasal birer tatmin edici olarak tasarlandığını, ancak aşırı hasta yoğunluğu ve yapısal kısıtlılıklar nedeniyle uygulamada ciddi "gereksinim yoksullukları" yaşandığını ortaya koymaktadır. Sosyal hizmet ve sosyal politika bağlamında; sağlığın sadece klinik bir durum değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refahın bütünleşik hali olduğu vurgulanmaktadır. Çalışma sonucunda; çeşitliliğe duyarlı bakım ortamlarının inşası, kültürel alçakgönüllülük temelli onam süreçleri ve hassas grupların kimlik haklarını koruyan veri yönetişimi modelleri gibi somut pratik ve politika önerileri sunulmaktadır. Nihai hedef, hastayı kendi sağlık yolculuğunun ana aktörü konumuna getiren insan onuruna yaraşır bir uygulama modeli önermektir.

Anahtar kelimeler: hasta hakları, tıbbi sosyal hizmet, Max-Neef, insan ihtiyaçları, insani gelişim

ABSTRACT

This study examines patient rights practices in Turkey through the lens of Manfred Max-Neef's "Human Scale Development" theory from an interdisciplinary perspective by literature review. While patient rights are often treated as a legal obligation in current literature, this research redefines them as clinical manifestations of universal human needs such as subsistence, protection, understanding, participation, identity, and freedom. The analysis identifies that paternalistic tendencies in physician-patient communication in Turkey function as "inhibiting satisfiers" that suppress the patient's needs for "Freedom" and "Understanding." The findings reveal that although the 1998 Patient Rights Regulation was designed as a set of legal satisfiers, significant "poverty of needs" is experienced in practice due to excessive patient volume and structural constraints. Within the framework of social work and social policy, the study emphasizes that health is not merely a clinical condition but an integrated state of physical, social, and mental well-being. Consequently, the study offers concrete practice and policy recommendations, including the construction of diversity-sensitive care environments, informed consent processes based on cultural humility, and data governance models that protect the identity rights of vulnerable groups. The ultimate goal is to propose a dignified practice model that positions the patient as the primary actor in their own health journey.

Keywords: patient rights, medical social work, Max-Neef, human needs, human development

GİRİŞ

Türkiye’de hasta hakları, temel insan haklarının sağlık alanındaki yansıması olarak 1998 yılında yayınlanan ve 2014 yılında revize edilen Hasta Hakları Yönetmeliği ile güvence altına alınmıştır. Bu yönetmelik; bireylerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip oldukları hakları, Anayasa ve uluslararası antlaşmalar ışığında somutlaştırmayı amaçlar (1998). Yönetmelik temel olarak; sağlık hizmetlerinden faydalanma, bilgi alma, mahremiyet, tıbbi müdahalede rıza, tıbbi araştırmalar, sorumluluk ve hukuki korunma yolları olmak üzere yedi ana başlık altında toplanmıştır.

Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı kapsamında bireyler; adalete ve hakkaniyete uygun hizmet alma, kurum ve personeli seçme/değiştirme haklarına sahiptir. Yaşlılar, engelliler ve acil vakalar için hizmette öncelik tanınmış; tıbbi gereklilik dışı müdahale ve ötenazi yasaklanmıştır. Bilgi alma hakkı bağlamında hastalar kayıtlarını inceleyebilir ve bilgilendirilecek kişileri seçebilirler. Ancak yönetmelik, teşhisin hastanın manevi yapısını bozabileceği "istisnai durumlarda" bilginin saklanması yetkisini hekim takdirine bırakmaktadır. Ayrıca, yönetmelik çerçevesinde kurulan Hasta Hakları Birimleri ve Kurulları, başvuruları değerlendirmek ve hak ihlallerini denetlemekle görevlendirilmiştir.

Yasal güvencelere rağmen, Türkiye’nin uluslararası sözleşmeler uyarınca aydınlatılmış onam, dürüstlük ve tedaviyi reddetme hakkı ilkelerini daha ileri bir seviyeye taşıma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Literatürde, hasta özerkliğini yükseltmek için sivil ve etik reform çağrıları yapılmaktadır (Sert & Güven, 2013; Erer et al., 2008; Irmak, 2016). Avrupa standartları, özellikle yaşam sonu bakım ve yaşam destekleyici tedavilerde yerel yorumları etkilemektedir (Kwiatkowski, 2022). Yapılan çalışmalar, hasta farkındalığının yetersiz ve düzensiz olduğunu, birçok hastanın haklarına erişim noktasında sınırlı bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, hasta ve yakınlarına yönelik eğitim müdahaleleri kritik önemdedir (Erer et al., 2008; Can & Tambağ, 2023; Çetin et al., 2011; Akça et al., 2015). Özellikle üniversite hastanelerinde hastalar haklarını kullanmaya daha yatkın olsa da genel uygulamada tutarsızlıklar sürmektedir (Can & Tambağ, 2023). Hekimler ve tıp öğrencileri arasında ise paternalistik (dayatmacı) eğilimlerin devam ettiği görülmektedir. Şeffaf bilgilendirme ve klinisyen eğitimi, özerklik temelli bakımın anahtarı olarak görülmektedir (Erer et al., 2008; Çetin et al., 2011; Irmak, 2016). Hekimin bilgilendirme yaklaşımı, hastanın kendisini hakkını kullanma konusunda ne kadar yetkin hissettiğini doğrudan belirlemektedir (Irmak, 2016; Çetin et al., 2011). Literatürdeki bu veriler, Türkiye’deki hasta hakları meselesinin yalnızca hukuki bir düzenleme sorunu olmadığını, daha derin bir insani gereksinim kriziyle sarmalandığını göstermektedir. Hekim-hasta ilişkisindeki paternalistik eğilimler ve bilgiye erişimdeki eşitsizlikler; hastaların sadece yasal haklarını değil, temel birer insani ihtiyaç olan anlama, katılım ve özgürlük alanlarını da daraltmaktadır. Bu bağlamda, hasta haklarını yalnızca soyut normlar üzerinden değil, bireyin ontolojik gereksinimleri üzerinden yeniden okumak elzemdir. Nitekim makalenin ilerleyen bölümlerinde detaylandırılacağı üzere, Manfred Max-Neef’in 'İnsani Ölçekli Gelişme' yaklaşımı, bu hak ihlallerini birer 'gereksinim yoksulluğu' olarak tanımlamamıza ve klinik uygulamaları bu yoksulluğu giderecek bir 'araç seti' ile yeniden kurgulamamıza olanak tanımaktadır.

Bu çalışma, Türkiye’deki hasta haklarının mevcut durumunu ve gelişim seyrini, Manfred Max-Neef’in 'İnsani Gelişme Çerçevesi' (Human Scale Development) üzerinden disiplinlerarası bir bakış açısıyla ve derleme/ literatür taraması yöntemi ile incelemektedir. Literatür taraması veya derleme, belirli bir konu hakkındaki mevcut bilgileri sentezleyen, eleştiren ve mevcut boşlukları ortaya koyan sistematik bir akademik çalışma yöntemidir. Sadece bir özet değil, mevcut literatürün eleştirel bir analizidir (Creswell, 2014; Fink, 2019). Derleme veya literatür taramasının iki ana kategorisi bulunmaktadır; anlatısal derleme ve sistematik derleme (Grant ve Booth, 2009). Bu çalışma anlatısal derleme yöntemini kullanmış olup bunun gereği olarak hasta hakları ve Max-Neef yaklaşımı hakkında mevcut durumu ve bunun eleştirel analizini sunmaktadır. Bu nedenle Türkiye’deki mevcut literatürde hasta hakları ile ilgili olan araştırmalar taranarak sentezlenmiş ve daha sonra Max-Neef’in yaklaşımı çerçevesinde eleştirel olarak analiz edilmiştir.

Mevcut literatürde sıklıkla yasal bir zorunluluk veya etik bir ikilem olarak ele alınan hasta hakları; bu çalışmada, hastanın geçim, korunma, anlama, katılım, kimlik ve özgürlük gibi evrensel insani gereksinimlerinin klinik ortamdaki tezahürleri olarak yeniden çerçevelenmektedir. Türkiye’de özellikle

hekim-hasta iletişimindeki paternalistik eğilimler, aydınlatılmış onam süreçlerindeki aksaklıklar ve kırılgan grupların (yaşlılar, engelliler, göçmenler vb.) karşılanmayan ihtiyaçları, Max-Neef'in dokuz temel gereksinimi ışığında analiz edilmiştir. Sentezlenen veriler, hasta haklarını sadece soyut hukuk kurallarıyla değil, bireyin ontolojik ihtiyaçlarını tatmin eden somut sağlık politikalarıyla güçlendirmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak çalışma, Türkiye'deki sağlık sisteminin hasta özerkliğine dayalı bir dönüşüm gerçekleştirebilmesi için gereksinim odaklı, hakkaniyetli ve insan onuruna yaraşır bir uygulama modeli önermektedir. Max-Neef'in insan ihtiyaçlarına dair getirmiş olduğu bu yeni bakış açısı ile hasta haklarının değerlendirilmesi bu makalenin konusunu oluşturmaktadır. Bu konu ile bağlantılı olarak ise amaçlar; Türkiye'deki Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Max-Neef'in insan ihtiyaçları matrisine göre analiz edilmesi ve analizlerin sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirilmesidir. Bu bağlamda bu derleme çalışmasında önce Max-Neef'in insan odaklı gelişme ve insan ihtiyaçları yaklaşımı ele alınacak, daha sonra bu yaklaşımın hasta hakları ile işlevselleştirilmesi ele alınarak pratik dönüşümüne yer verilecek olup Türkiye'deki mevcut durum eleştirel bir analiz ile sonuca varılacaktır.

Max-Neef'in İnsan Odaklı Gelişme ve İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı

Manfred Max-Neef, uluslararası kalkınma alanında çalışmakta olan bir ekonomisttir. Şilili olan Max-Neef, Latin Amerika'nın içinde bulunduğu ekonomik kriz üzerine çalışmalarında insan ihtiyaçlarının ve bunların karşılanma yöntemlerinin ekonomik ve toplumsal gelişme etkilerini incelemiştir. Bu bağlamda insan odağında gelişme (human scale development) bağlı yeni bir praksis (uygulama) ortaya çıkarmayı hedeflemiştir. Max-Neef'e göre (2007) insan ihtiyaçları bir sistem olarak algılanmalıdır ve bu nedenle insan ihtiyaçları birbiri ile bağlantılı ve interaktiftir. İnsan ihtiyaçları birçok farklı kategoride şekillendirilebilir. Max-Neef ve arkadaşları bu ihtiyaçları iki temel kategoriye ayırmıştır (Max-Neef, Elizalde ve Hopenhayn, 1991). Bunlar bir matris içinde gösterilmiş varoluşsal ve değerbilimsel ihtiyaçlardır (Çizelge 1). Bu matris ile bir yandan Varoluş, Sahip Olma, Eyleme ve Etkileşim şeklindeki varoluşsal ihtiyaçların ve aynı zamanda değerbilimsel olan Yaşamı Sürdürme, Duygulanım, Anlama, Koruma, Katılım, Serbest Zaman, Yaratıcılık, Özgürlük ve Kimlik ihtiyaçlarının etkileşimini gösterir.

- Yaşamı Sürdürme İhtiyacı: Bir insanın ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı bir şekilde bütüncül olarak uyumlu bir biçimde; gıdaya, barınacak yere ve çalışma yaşamına erişmesini sağlayacak insan haklarının sağlanmasını gerektirmektedir.
- Koruma İhtiyacı: İnsanın zarardan korunarak sosyal güvence ve sağlıkla ilgili insan haklarının sağlanması anlamına gelir ve yaşamı sürdürme ihtiyacının karşılanması ile doğrudan ilişkilidir.
- Duygulanım İhtiyacı: Sevgi, saygı, özel hayat, sosyal ilişkiler, duyguların ifade edilebilmesi ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.
- Anlama İhtiyacı: Kişisel gelişimi sağlayıcı doğru bilgiye ulaşma, eğitim alma hakkını kapsamaktadır.

- Katılım İhtiyacı: Self-determinasyon, dayanışma, örgütlenme ve kendisi ile ilgili her türlü karar süreçlerine katılım hakkını ifade eder. Katılım ihtiyacının karşılanmasındaki sorunlar, diğer tüm alanlarda sorunlara neden olabilir.
- Serbest zaman İhtiyacı: Eğlenme, serbest zamanları nitelikli bir şekilde geçirebilme hakları ile bağlantılıdır.
- Yaratıcılık İhtiyacı: Gelişime, değişime ve kendini gerçekleştirilmeye katkı verecek özerk davranabilme, yetenek ve becerilerini geliştirme, destekleme ve sergileme hakkı ile bağlantılı bir ihtiyaç grubudur.
- Kimlik İhtiyacı: Kendine ve ait olduğu toplumsal kesime dair özellikler, değer, farklılıklar, kural ve örüntüleri özgürce ifade etme ve uygulama hakkını içermektedir.
- Özgürlük İhtiyacı: Politik ve sivil alandaki her türlü hak, herkes ile eşit fırsatlara erişebilme hakkı, kendi yaşamına dair karar verebilme özgürlüğü gibi hakların gerçekleştirilmesini anlamına gelmektedir.

Tüm bu ihtiyaçların karşılanmasını sağlayan mekanizmalara ise ihtiyaç giderici mekanizmalar denilmektedir. Bu sınıflandırmada örneğin yiyecek ve barınma ihtiyaç olarak değil bireyin yaşamını sürdürmesi için temel olan ihtiyaç giderici mekanizmalar olarak görür. Bir başka deyişle insanın temel ihtiyacı yiyecek ve barınma değil yaşamını sürdürme ihtiyacıdır. Bu bakış açısından bakıldığı zaman Max-Neef'in ihtiyaçlar matrisine göre sağlık hizmetleri ve bu alanda yapılan tüm çalışmalar bir ihtiyaç giderici mekanizma olarak işlemeli ve insanların yaşamını sürdürebilme ve korunma ihtiyaçlarını karşılamalıdır.

Bu tanımlardan da anlaşılacağı üzere Max-Neef'in bakış açısı sağlık alanında farklı bir perspektif sunmaktadır. Sağlığın bütüncül olarak hem fiziksel hem ruhsal hem de yaşamın diğer alanlarındaki insan hakları ile bağlantılı olduğu ortaya konulmuştur. Sosyal güvenceye vurgu yapılarak bunun doğrudan insan haklarının sağlanması anlamına geliyor oluşu görüşü de önemli noktalardan bir tanesidir. Zaten Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı da birçok noktadan bu görüşü desteklemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nde sağlığı sadece fiziksel sağlık değil, bütüncül anlamda ele almıştır: *"Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu"* (Dünya Sağlık Örgütü, 1986).

İnsan odaklı gelişim yaklaşımının (Max-Neef, 2007) en önemli noktalarından biri ihtiyaç giderici mekanizmaların ekonomik mallar ile aynı şey olmadıkları düşüncesidir. Bu mekanizmalar var olma, sahip olma, eyleme ve etkileşim gibi insan ihtiyaçlarının gerçekleştirilmesine katkı vermeleri ile ilgilidir. İhtiyaç giderici mekanizmalar; çeşitli kurumlar, politik yapılar, sosyal uygulamalar, sübjektif koşullar, değerler ve normlar, alanlar, bağlam, davranış ve turumlar gibi birçok kavramı içerebilir. Sağlık alanında ele alındığı gibi bu ihtiyaç giderici mekanizmalar bağlamında, kişinin sağlık ihtiyacını karşılamak için bir

ekonomik mal almadığını ama bunun yerine politik yapılar, kurumlar, sosyal uygulamalar, davranış ve tutumlarla etkileşime girerek bir hizmet aldığını görmekteyiz. Zaten bir insanın yaşamını sürdürme ihtiyacı sadece belirli bir ekonomik malın kendisine verilmesi ile karşılanamaz. Asıl ihtiyacın karşılanması o kişinin yaşamını sürdürebilme ihtiyacının önünde engeller çıkaran ekonomik ve politik sistemlerdeki sorunların çözülmesi ile mümkündür.

Max-Neef, yeni bir bakış açısı ve uygulama alanı sunması açısından bu insan ihtiyaçlarını matrisinin kullanımı da detaylı bir şekilde açıklamıştır. Max-Neef' göre İnsan ihtiyaçları matrisi; teşhis, planlama, değerlendirme ve inceleme amaçlı kullanılabilir. Bu matris ile toplulukların ihtiyaç ve ihtiyaç giderici mekanizmaları ve bu mekanizmaların işlevleri ve devlet kurumlarıyla ilişkileri incelenebilmekte; artı ve eksi noktaları ortaya konulabilmektedir. Bunun sonucunda çalışılan grubun yoksunluklarının ve potansiyellerinin belirlenmesi sağlanır. Durum teşhis edildikten sonra grubun temel ihtiyaçlarını karşılamada gereken ihtiyaç giderici mekanizmaların saptanması gerçekleştirilebilir. Bu mekanizmaların özellikleri; buna göre dışsal mı içsel mi oldukları saptanır. Bu gibi bir analiz grubun öz yeterliliğinin oluşması potansiyelini göstermektedir. Benzer şekilde olumlu mekanizmalar (iş birliğine dayalı) ve olumsuz mekanizmalar (yıkıcılar, engelleyiciler, sahte) saptanabilir. Bir sonraki aşamada grup gereken ekonomik mallar ve maddi kaynakları inceler. Bu analiz yöntemi mutlaka disiplinler arası bir çalışma olması gerekir (Max-Neef, 2007; Max-Neef, Elizalde ve Hopenhayn, 1991). Bu nedenle bu makalede Max-Neef'in insan ihtiyaçları matrisi sağlık ve hasta hakları açısından ele alınmış ve aynı zamanda sosyal hizmet bakış açısı da eklenmiştir.

Max-Neef'in İnsani Gelişme Çerçevesi Aracılığıyla Hasta Haklarının İşlevselleştirilmesi

Max-Neef'in dokuz evrensel gereksinimi merkeze alan insani gelişme çerçevesinin, sağlık sistemlerinde hasta haklarını nasıl operasyonelleştirebileceğini haritalandırmaktadır. Teori ile özerklik, aydınlatılmış onam, mahremiyet, yararlılık, kötüye kullanmama (zarar vermeme), adalet ve onur konularındaki güncel meseleler arasında, listelenen kaynaklar ve ilgili akademik çalışmalar ışığında bağ kurmaktadır (Max-Neef, 1991; Gullien-Royo, 2016; Doyal ve Gough, 1991; Cruz, Stahel ve Max-Neef, 2009). Bu sentez, gereksinim temelli bir merceğin sağladığı imkanları şöyle göstermektedir:

- Temellendirme: Hasta haklarını yalnızca soyut haklar olarak değil; evrensel ve kültürel olarak değişkenlik gösteren gereksinimlere (geçim, korunma, sevgi, anlama, katılım, boş zaman, yaratıcılık, kimlik, özgürlük) dayandırır.
- Bilgilendirme: Klinik karşılaşmalarda hangi gereksinimlerin karşılandığını veya engellendiğini ön plana çıkararak onam süreçlerini, mahremiyet korumalarını ve ortak karar verme mekanizmalarını besler.

- Destekleme: Karşılanmayan gereksinimleri haritalandırarak ve politika/uygulama reformlarına rehberlik ederek hassas gruplar (LGBTQI+, göçmenler, yaşlılar, engelliler) dahil olmak üzere hakkaniyet odaklı bakımı destekler.
- Araç Seti Sunma: Max-Neef yaklaşımını hasta merkezli bakımda uygulamaya koymak için politika, klinik etik, eğitim ve araştırma alanlarında disiplinlerarası bir araç seti sunar.

Max-Neef'indokuz temel insani gereksinimlerinihasta haklarıyla ilişkilendirmek, bakımı sadece bir dizi yasal yetki olarak değil, bir gereksinim portföyünün gerçekleştirilmesi olarak yeniden çerçeveler. Bu yaklaşım, esenliğin ilişkisel ve yapısal boyutlarını bakım kararlarına ve politika tasarımına dahil ederek özerklik temelli etiği tamamlar (Westphal et al., 2000; Roubaix, 2018). Max-Neef'in ihtiyaç matrisi ve hasta hakları tablo 1'de eşleştirilmiştir.

Tıp etiğinde klasik biyoetik ilkeleri olan özerklik, yararlılık, zarar vermeme, adalet, mahremiyet uygulamaya döküldüğünde Max-Neef'in gereksinimleriyle örtüşmektedir. Özerklik; katılım, kimlik ve özgürlük ile uyumludur; yararlılık ve zarar vermeme; geçim, korunma ve güvenlik ile eşleşir; mahremiyet, gizlilik ve onur ile bağlanır; adalet ise kaynaklara hakkaniyetli erişim ve kimlik grupları arasında adil muamele ile kilitlenir (Ismayilova, 2024; Yawar & Hakimi, 2025; Amedior, 2023; Beran, 2025; Adeyemi et al., 2023).

Tablo 1. Hasta Haklarının Temel İhtiyaçlarla Eşleşmesi

Max-Neef'in İhtiyaçları	Hasta Hakları
Hayatta Kalma (Subsistence) ve Korunma (Protection):	Ayrımcılık gözetmeksizin kaliteli tıbbi bakım alma hakkı, doğrudan insanın en temel ihtiyacı olan 'Hayatta Kalma' ihtiyacını karşılar. Tedavinin devamlılığı hakkı ve adil sağlık sistemleri ise hastanın 'Korunma' ihtiyacını güvence altına alır.
Özgürlük (Freedom):	Hastanın kendi tedavisi üzerinde karar verebilmesi (kendi kaderini tayin hakkı) ve aydınlatılmış onam alınması, 'Özgürlük' ihtiyacının klinik düzeydeki dışavurumudur. Bir hekimin, hastanın bir tedaviyi reddetme kararına saygı duyması, onun çaresizlik ve umutsuzluk (patoloji) yaşamasını engelleyerek özgürlük ihtiyacını destekler.

Anlama (Understanding):	Hastanın sağlık durumu, tıbbi gerçekler ve tedavi seçenekleri hakkında tam olarak bilgilendirilmesi ve sağlık eğitimi alma hakkı 'Anlama' ihtiyacını tatmin eder. Bu sayede hasta merakını giderir, eleştirel kapasitesini kullanır ve bilinçli seçimler yapabilir.
Şefkat (Affection) ve Kimlik (Identity)	Hastanın onuruna, kültürel değerlerine ve mahremiyetine saygı gösterilmesi, 'Şefkat' ve 'Kimlik' ihtiyaçlarına doğrudan yanıt verir. Mahremiyetin korunması hastayı utançtan ve aşağılanmadan korurken; hastanın kendi dini veya kültürel inançlarına uygun manevi destek alma hakkı, en savunmasız olduğu dönemde bile kimliğini korumasını sağlar.
Aylaklık/Dinlenme (Idleness) ve Yaratıcılık (Creation)	Hastaların bir şeyler üretebileceği veya tasarlayabileceği alanların (iş-ugraşı etkinlikleri) sunulması, hastanın hastalığına rağmen "Yaratıcılık" ihtiyacını ve dolayısıyla "Kimlik" duygusunu koruması için elzemdir.

Kaynak: Max-Neef, 1991; Gullien-Royo, 2016; Doyal ve Gough, 1991; Cruz, Stahel ve Max-Neef, 2009

Max-Neef çerçevesi, özerk karar vermenin temelini oluşturan "katılım" ve "özgürlük" gereksinimlerini vurgular. Aydınlatılmış onam sadece bilgi yoğunluklu değil, aynı zamanda ilişki olarak yeterli olmalıdır; hastalar, seçenekleri kendi kimlik, anlama ve onur gereksinimlerini tatmin edecek şekilde kavramalıdır (Beran, 2025; Roubaix, 2018). Yapay zeka araçları onam süreçlerini destekleyebilir ancak insan merkezli onamın yerini almamalıdır (Amedior, 2023; Adeyemi et al., 2023; Allen et al., 2025).

Mahremiyet temel bir gereksinim ve hasta haklarının köşe taşıdır. Güncel okumalar; LGBTQI+ ve göçmenler gibi hassas grupların korunma ve onur gereksinimlerini karşılamak için veri yönetimi ve veri minimizasyonunu elzem görmektedir (Yawar & Hakimi, 2025; Kalyuzhny et al., 2020). Bu ilkeler geçim (temel hizmetlere erişim), korunma (zorlama ve zarardan korunma) ve adalet (kaynakların hakkaniyetli dağılımı) gereksinimleriyle ilgilidir (Ismayilova, 2024; Haswell, 1996). Ismayilova (2024), Mulla & Mulla (2023) ve Beran (2025), Max-Neef gereksinimlerinin onam süreçlerine ve mahremiyet güvencelerine entegre edilmesi için disiplinlerarası içgörüler sunar.

Adeyemi et al. (2023) ve Long et al. (2025), sağlıkta yapay zeka etiği, mahremiyet ve hasta haklarının teknolojik bağlamdaki önemini genişletmektedir. Afet yönetimi ve hassas gruplarla çalışma literatürü, hakların gerçekleştirilmesi için travma duyarlı bakım ve tanıklık adaletinin gerekliliğini vurgular (Sim et al., 2021; Ross et al., 2023).

Pratik Sentez: Max-Neef'i Hasta Hakları Uygulamasına Dönüştürmek

Evrensel hasta hakları, Max-Neef'in tanımladığı temel insani ihtiyaçları karşılayan birer "tatmin edici" (satisfier) olarak işlev görür. Max-Neef'in "tatmin ediciler" sınıflandırması, sağlık sistemindeki uygulamaların hastalar üzerindeki etkisini çok iyi açıklar: Max-Neef'in İnsani Ölçekte Kalkınma (Human Scale Development) teorisi, kalkınmanın nesnelerin değil insanların gelişimiyle ilgili olduğunu savunur ve yoksulluğu sadece ekonomik gelirsizlik olarak değil, "karşılanamayan her bir temel insani ihtiyaç" (çoğul yoksulluklar/poverties) olarak yeniden tanımlar. Teorinin temelini oluşturan 9 evrensel ihtiyaç (Hayatta Kalma, Korunma, Şefkat, Anlama, Katılım, Aylaklık/Dinlenme, Yaratıcılık, Kimlik, Özgürlük), farklı kültürlerde farklı "tatmin ediciler" (satisfiers) yoluyla karşılanır (Max-Neef, 2007; Max-Neef, Elzalde ve Hopenhayn, 1991). Bu tatmin ediciler Max-Neef (2009) ve çalışma arkadaşları tarafından şu şekilde açıklanmaktadır:

- **Sinerjik Tatmin Ediciler (İdeal Durum):** Sinerjik tatmin ediciler, bir ihtiyacı karşılarlarken diğerlerini de destekler. Örneğin, koruyucu hekimlik ve erken teşhis sadece 'Korunma' sağlamakla kalmaz, aynı zamanda 'Anlama' (eğitim) ve 'Özgürlük' (sağlık yönetiminde otonomi) ihtiyaçlarını da eşzamanlı olarak tatmin eder.
- **Yok Ediciler / İhlal Ediciler (Violators/Destroyers):** Otoriter sağlık hizmeti sunumu (örneğin hastanın rızası olmadan dayatılan tedaviler) veya aşırı bürokrasi, kâğıt üzerinde 'Hayatta Kalma' veya 'Korunma' sağladığını iddia etse de aslında hastanın 'Özgürlük', 'Katılım' ve 'Anlama' ihtiyaçlarını zamanla yok eder ve hastada korku yaratır.
- **Engelleyici Tatmin Ediciler (Inhibiting Satisfiers):** Tıptaki "paternalizm" (babacı yaklaşım / doktor en iyisini bilir anlayışı), hastanın 'Korunma' ihtiyacını aşırı derecede karşılarlarken; hastanın kendi iyileşme sürecinde aktif bir rol almasını sağlayacak olan 'Anlama', 'Özgürlük' ve 'Kimlik' ihtiyaçlarını ciddi şekilde baskılar.
- **Sahte Tatmin Ediciler (Pseudo-satisfiers):** Sağlık alanındaki agresif pazarlama veya lüks özel klinik imkanları, hastaya geçici bir 'Kimlik' veya 'Korunma' hissi verebilir ancak gerçekte kaliteli tıbbi bakım (Hayatta kalma) ihtiyacını karşılamakta yetersiz kalabilir.

Max-Neef'in İnsani Ölçekte Kalkınma teorisi, kalkınmanın nesnelerin değil insanların gelişimiyle ilgili olduğunu savunur ve yoksulluğu sadece ekonomik gelirsizlik olarak değil, "karşılanamayan her bir

temel insani ihtiyaç" (çoğul yoksulluklar) olarak yeniden tanımlar. Teorinin temelini oluşturan dokuz evrensel ihtiyaç (Hayatta Kalma, Korunma, Şefkat, Anlama, Katılım, Aylaklık, Yaratıcılık, Kimlik, Özgürlük), farklı kültürlerde ve kurumsal yapılarda farklı "tatmin ediciler" (satisfiers) yoluyla karşılandığını belirtmişyitk (Max-Neef, 1991; Cruz, Stahel ve Max-Neef, 2009). Sağlık sistemleri bağlamında hasta hakları, bu ihtiyaçları doyuran kurumsal tatmin ediciler olarak işlev görür.

Max-Neef (1991) ve takipçilerinin sunduğu sınıflandırma, sağlık hizmetlerindeki uygulamaların niteliğini şu şekilde haritalandırmaktadır:

Sinerjik Tatmin Ediciler (İdeal Durum)

Bir ihtiyacı karşılarken diğerlerini de eşzamanlı olarak besleyen mekanizmalardır. Örneğin; "Paylaşımlı Karar Verme" sürecinde hastanın tedavi sürecine dahil edilmesi sadece Katılım ihtiyacını doyurmakla kalmaz, aynı zamanda bilgilendirme yoluyla Anlama'yı ve bireyin kendi bedeni üzerindeki kontrolünü pekiştirerek Özgürlük ihtiyacını da destekler (Guillen-Royo, 2016). Türkiye özelinde Evde bakım hizmetlerinin psikososyal destekle birleştirilmesi, hem hastanın Korunma (sağlık takibi) hem de Şefkat (aile ortamında kalma) ihtiyaçlarını aynı anda besleyen sinerjik bir yaklaşımdır.

Yok Ediciler / İhlal Ediciler

Bir ihtiyacı karşılama iddiasıyla yola çıkıp aslında birçok ihtiyacı tahrip eden unsurlardır. Örneğin; otoriter sağlık yönetimi veya rıza dışı tıbbi müdahaleler "Hayatta Kalma" vaat etse de bireyin Özgürlük, Kimlik ve Anlama kapasitesini felç eder. Türkiye'de Kamu hastanelerindeki aşırı yoğunluk nedeniyle "toplu muayene" (paravan arkasında birden fazla hastanın bulunması) uygulaması. Bu durum, sağlık hizmeti (Korunma) sunulduğu iddiasıyla hastanın Mahremiyet (Korunma) ve Kimlik (Saygı Görme) ihtiyaçlarını doğrudan ihlal eder (Terzi ve Çakmakçı, 2012).

Engelleyici Tatmin Ediciler

Belirli bir ihtiyacı aşırı doyururken diğer ihtiyaçların gelişimini engelleyen yapılardır. Örneğin tıptaki "Sert Paternalizm"hekimin hasta adına tüm kararları alması, hastanın Korunma ihtiyacını maksimize ederken; hastanın kendi iyileşme sürecinde aktif bir rol almasını engelleyerek Anlama, Özgürlük ve Katılım ihtiyaçlarını ciddi şekilde baskılar (Doyal ve Gough, 1991). Hasta, korunurken aynı zamanda "edilgen bir nesneye" indirgenerek kimlik yoksulluğuna sürüklenir.

Sahte Tatmin Ediciler

İhtiyacı karşılıyormuş illüzyonu yaratan ancak yapısal bir çözüm sunmayan araçlardır. Örneğin sağlığın metalaşması sürecinde görülen lüks otelcilik hizmetleri veya agresif pazarlama stratejileri değerlendirilebilir. Türkiye'de bazı özel sağlık kuruluşlarında sunulan "VIP hizmetler" veya lüks bekleme salonları. Bunlar hastaya geçici bir Kimlik veya Şefkat (ayrıcalıklı hissetme) hissi verebilir;

ancak yetersiz uzman kadro veya kâr odaklı gereksiz tetkik süreçleri nedeniyle gerçek Hayatta Kalma (nitelikli tıbbi bakım) ihtiyacını karşılamakta yetersiz kalabilir (Pala, 2016).

Hasta Hakları Açısından Türkiye'deki Durumun Max-Neef'in İnsan Odaklı Gelişim ve İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı ile Değerlendirilmesi

Türkiye'de hasta haklarının teorik düzeyi ile klinik uygulama arasındaki ilişki, çeşitli çalışmalarla mercek altına alınmıştır. Adana'daki bir devlet hastanesinde yapılan araştırmada, hastaların %79'u kendisiyle ilgilenen personelin tanıtım yapmadığını belirtmiştir. Katılımcılar; eşitlik, adalet, tıbbi bakım kalitesi ve anlaşılır bilgilendirme gibi temel hakların ancak "kısmen" uygulandığını ifade etmiştir (Akıncı, 2009). Bu veriler, hastane personelinin de öz eleştirileriyle desteklenmektedir. Öte yandan, 550 hastanenin birim sorumluları ile yapılan çalışma, genel uygulama oranının yüksek olduğunu savunsa da yaşam desteğinin durdurulması, kültürel uyum ve aydınlatılmış onam gibi spesifik alanlarda ciddi sıkıntılar yaşandığını ortaya koymaktadır (Aydemir ve Işıksan, 2012).

Hasta hakları birimlerinde yaşanan yapısal sorunlar, hakların hayata geçirilmesi önünde büyük bir engeldir. Birim sorumlularına göre; kurulların aldığı kararların bağlayıcı olmaması, hasta sorumluluklarını tanımlayan bir düzenlemenin eksikliği, mevzuattaki boşluklar ve hekimlerin konuya karşı "katı veya ilgisiz" tutumları süreci zorlaştırmaktadır (Aydemir ve Işıksan, 2013). Özellikle sağlık çalışanlarının şikayet dosyaları için gerekli bilgileri zamanında iletmemesi, hesap verebilirliği zayıflatmaktadır. Hizmet içi eğitim talebinin yüksek olması, bilgi eksikliğinin bir göstergesidir. Ancak Bostan (2008) tarafından yapılan çalışma, sorunun sadece bilgi değil, profesyonellik anlayışıyla da ilgili olduğunu göstermektedir: Sağlık çalışanlarının %72'si hastaların sorularını gereksiz bulurken, %59.2'si mahremiyet hakkını tedavinin kendisi kadar önemli görmemektedir. Ayrıca %83.2'si hasta yoğunluğu nedeniyle yeterli özenin gösterilemediğini belirterek sistemsel kaynak kısıtlılığına dikkat çekmiştir.

Hasta başvurularının niteliği, hak arama bilincinin odağını da göstermektedir. Cavlak ve Bostancıoğlu (2015), başvuruların çoğunlukla; adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde hizmet alamama, sosyal/ekonomik nedenlerle ayrımcılığa uğrama ve sağlık personelinin beklenen "güler yüz, nazik tutum ve şefkat" eksikliği üzerine yoğunlaştığını saptamıştır. Üniversite hastanelerinde farkındalık ve olumlu tutum daha yüksekken; askeri veya birinci basamak gibi farklı kurumsal yapılarda organizasyonel kısıtlamalar nedeniyle uygulama boşlukları devam etmektedir (Çetin et al., 2011; Can & Tambağ, 2023).

Yakın dönemli çalışmalar, hekimlerin bilgi düzeyinde artış olsa da bunun davranışa yansımada direnç olduğunu göstermektedir. 810 doktorun katıldığı araştırmada, bilgi puanlarının yüksekliğine rağmen katılımcıların sadece %27.3'ü kendi bilgi seviyesini yeterli bulmuştur. İletişim sorunları, gülümsememe, gizlilik ihlalleri ve yazılı onam almadan müdahale etme gibi davranışlar temel şikayet nedenleridir

(Tanrıverdi, Çalikoğlu ve Yılmaz, 2022). Bu durum, tıp eğitiminde hasta haklarının müfredata daha derinlemesine entegre edilmesi gerekliliğini doğrulamaktadır.

Türkiye’de özerklik temelli uygulamaların önündeki en büyük etik-hukuki tartışma alanları "ileri bildirimler" ve "tedaviyi reddetme hakkı"dır. İleri bildirimlerin (advance directives) potansiyel faydası akademik düzeyde kabul görse de uygulamadaki durumu sınırlı ve düzensizdir (Güven & Sert, 2010; Erer et al., 2008). Mevcut yasal çerçeve, tedaviyi reddetme hakkını ve onamın özerk geri çekilmesini uluslararası standartlarla tam uyumlu şekilde hayata geçirememektedir (Sert & Güven, 2013). Mevzuattaki "tıbbi gereklilik" dili ile hasta iradesi arasındaki gerilim, reform ihtiyacını sürekli kılmaktadır (Irmak, 2016).

Sonuç olarak Türkiye, paternalistik (babacan) modelden hasta merkezli modele doğru doğrusal olmayan bir gidişat sergilemektedir (Sert & Güven, 2013; Erer et al., 2008). Belgelenmiş haklar ile klinik pratik arasındaki boşluğu kapatmak için; sadece yasal düzenleme değil, aynı zamanda onkoloji, palyatif bakım ve birinci basamak gibi özel alanlara özgü kültürel adaptasyonlar, klinisyen eğitimi ve sistem düzeyinde destekler içeren entegre stratejiler gereklidir (Erer et al., 2008; Can & Tambağ, 2023; Irmak, 2016; Yazıcıoğlu & Yardan, 2021; Çetin et al., 2011).

Tüm bu verilerin ışığında Türkiye’deki hasta haklarını Max-Neef’in yaklaşımına göre incelediğimizde; Türkiye’de 1998’de yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği ve hastanelerde kurulan Hasta Hakları Birimleri, aslında hastaların Korunma, Anlama ve Özgürlük ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyen yasal "tatmin ediciler" olarak tasarlandığını söylemek mümkündür. Ancak pratikte bu alanlarda ciddi "yoksulluklar" ve "ihlal edici" (violator) uygulamalar göze çarpmaktadır:

- **Korunma ve Kimlik Yoksulluğu (Fiziki ve Yapısal İhlaller):** Sağlık kurumlarındaki yetersiz fiziki kapasite, personel eksikliği, aşırı hasta yoğunluğu, uzun kuyruklar ve muayene sırasında mahremiyetin sağlanamaması, hastaların "Korunma" ve "Kimlik" (saygı görme) ihtiyaçlarını doğrudan yok etmektedir. Hastaların en çok şikayet ettiği konuların başında "hizmetten faydalanamama", "saygı/itina görememe" ve "iletişim sorunları" (hakaret, ilgisizlik) gelmektedir (Max-Neef, 1991; Aydın, 2001).
- **Anlama ve Özgürlük Yoksulluğu (Ataerkil Tıp Anlayışı):** Hastaların aydınlatılmış onam hakkı yasalarda olsa da, Türkiye’de hastaların haklarını yeterince bilmediği, rıza formlarını okumadan veya ne anlama geldiğini bilmeden imzaladığı görülmektedir. Hekim-hasta ilişkisinde süregelen "paternalistik" (ataerkil/korumacı) yaklaşım, hastaların kendi tedavilerine aktif katılımını engelleyerek "Özgürlük", "Katılım" ve "Anlama" ihtiyaçlarını baskılamaktadır (Yıldırım, Özden ve Karagözoğlu, 2013; Sert, 2014).
- **Sahte Tatmin Ediciler ve Ekonomik Engeller:** Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve metalaşması süreci, sağlığı kâr odaklı bir yapıya dönüştürmekte; bu durum dar gelirlilerin

kaliteli hizmete ulaşmasını engelleyerek "Hayatta Kalma" ihtiyacını riske atmaktadır. Özellikle Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) üzerinden, tıbben gerekli olan tedavileri sırf maliyet gerekçesiyle sınırlandırması veya ödememesi, temel sağlık hakkının ve dolayısıyla "Korunma" ihtiyacının açık bir ihlalidir (Aksu-Tanık, 2011; Pala, 2011).

Sağlık sistemindeki "paternalistik" (babacıl/ataerkil) yaklaşım, Manfred Max-Neef'in teorisi bağlamında bir "engelleyici tatmin edici" (inhibiting satisfier) olarak işlev görür ve hastanın doğrudan Özgürlük (Freedom), Anlama (Understanding) ve Kimlik (Identity) ihtiyaçlarını engeller.

Tıp tarihindeki geleneksel "paternalistik" yaklaşımda, hekimin hasta için en iyi kararı verebilecek tek otorite olduğu varsayılır ve hastanın hekimin önerilerine koşulsuz itaat etmesi beklenir. Bu yaklaşım, hekimin tüm sorumluluğu ve kontrolü eline alması nedeniyle hastanın "Korunma" (Protection) ihtiyacını aşırı derecede tatmin etse de diğer temel insani ihtiyaçları ciddi şekilde baskılar. Paternalistik yaklaşımın doğrudan engellediği ihtiyaçlar şunlardır:

- **Özgürlük (Freedom) İhtiyacının Engellenmesi:** Paternalizm, hastanın kendi bedeni, sağlığı ve geleceği üzerinde karar verme yetkisini (özerklik) elinden alır. Hastanın bağımsız bir birey olarak kendi kaderini tayin etmesi ve tedavi seçenekleri arasında özgürce seçim yapması veya bir tedaviyi reddetmesi bu yaklaşımda göz ardı edilir.
- **Anlama (Understanding) İhtiyacının Engellenmesi:** Hekimin en iyisini bildiği ve hastanın açık rızasının veya tıbbi detayları bilmesinin gerekli olmadığı düşüncesi, aydınlatılmış onam (bilgilendirilmiş rıza) ilkesini zedeler. Hastanın hastalığı, tedavi süreci ve olası riskler hakkında yeterince bilgilendirilmemesi, onun kendi durumunu idrak etme, soru sorma ve "anlama" kapasitesini yok eder.
- **Kimlik (Identity) ve Katılım İhtiyaçlarının Engellenmesi:** Paternalistik sağlık hizmeti, hastayı kendi iyileşme sürecinde karar mekanizmalarına katılan aktif bir "özne/aktör" olmak yerine, pasif ve edilgen bir "nesne" konumuna iter. Hasta, kararlara katılamadığı ve sadece üzerinde tıbbi işlem yapılan bir bedene indirgendiği için bireyselliği, onuru ve kimlik duygusu ciddi şekilde baskılanır.

ARAŞTIRMACININ KATKI ORANI

Yazar(lar) çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

ÇATIŞMA BEYANI

Herhangi bir potansiyel çıkar çatışması bulunmamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Manfred Max-Neef'in İnsani Ölçekli Kalkınma kuramı çerçevesinde Türkiye'deki hasta hakları uygulamaları incelendiğinde, tıbbi bakımın sadece biyolojik bir iyileşme süreci değil, insanın bütünsel gelişimi ve refahı açısından çok boyutlu bir sistem olarak ele alınması gerektiği görülmektedir. Bu yaklaşımda hasta, üzerinde işlem yapılan bir nesne değil; korunma, şefkat, anlama ve özgürlük gibi karmaşık ihtiyaçları olan bir özne-kşi olarak kabul edilir. Evrensel hasta hakları, Max-Neef'in tanımladığı temel insani ihtiyaçları karşılayan birer "tatmin edici" (satisfier) olarak işlev görür. Örneğin, ayrımcılık gözetmeksizin kaliteli bakım alma ve tedavinin devamlılığı hakları doğrudan "Hayatta Kalma" ve "Korunma" ihtiyaçlarını karşılarken; aydınlatılmış onam süreci "Özgürlük" ihtiyacının, hastanın tıbbi gerçekler hakkında bilgilendirilmesi ise "Anlama" ihtiyacının klinik düzeydeki dışavurumudur. Ayrıca hastanın onuruna, kültürel değerlerine ve mahremiyetine gösterilen saygı, en savunmasız anlarında bile "Şefkat" ve "Kimlik" ihtiyaçlarına yanıt vermektedir.

Türkiye'deki mevcut durum analiz edildiğinde, 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği ve kurulan birimlerin yasal tatmin ediciler olarak tasarlandığı söylenebilir. Ancak uygulamada ciddi yoksulluklar ve "ihlal edici" (violator) pratikler mevcuttur. Sağlık kurumlarındaki aşırı yoğunluk, personel eksikliği ve mahremiyet ihlalleri "Korunma" ve "Kimlik" ihtiyaçlarını yok ederken; hekim-hasta ilişkisindeki paternalistik (ataerkil) yaklaşım bir "engelleyici tatmin edici" (inhibiting satisfier) olarak işlev görmekte ve hastanın "Özgürlük", "Anlama" ve "Katılım" ihtiyaçlarını baskılamaktadır. Özellikle hastaların rıza formlarını anlamadan imzalaması "Anlama" yoksulluğuna, hastanın sadece bir bedene indirgenmesi ise "Kimlik" yoksulluğuna yol açmaktadır. Ayrıca sağlığın piyasalaşması ve maliyet gerekçeli kısıtlamalar, dar gelirlilerin "Hayatta Kalma" ve "Korunma" ihtiyaçlarını açıkça riske atmaktadır. Türkiye'deki hasta hakları uygulamalarının Max-Neef'in İnsani Ölçekli Kalkınma kuramı ışığında analizi, tıbbi sosyal hizmet ve sosyal politika disiplinleri için kritik bir dönüşüm ihtiyacını ortaya koymaktadır. Elde edilen veriler, sağlık sisteminin hastayı bir "nesne" olarak gören paternalistik yapısından, hastayı temel gereksinimleri olan bir "özne" olarak kabul eden insan odaklı bir yapıya geçmesi gerektiğini göstermektedir.

Tıbbi sosyal hizmet bağlamında sağlık, sadece klinik bir durum değil; fiziksel, sosyal ve ruhsal refahın bütünleşik halidir. Mevcut bulgular, Türkiye'deki klinik ortamda ciddi "gereksinim yoksullukları" yaşandığını kanıtlamaktadır. Özellikle hekim-hasta iletişimindeki hiyerarşik yapı, hastanın "Özgürlük" ve "Anlama" ihtiyaçlarını baskılayarak "psikolojik ve varoluşsal bir yoksulluk" yaratmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, hastanın sadece tıbbi bir vakaya indirgenmesini (Kimlik yoksulluğu) engelleyen ve onun kendi iyileşme sürecinde aktif bir aktör olmasını sağlayan "sinerjik tatmin ediciler" (satisfiers) tasarlamalıdır. Bu bağlamda, aydınlatılmış onam gibi yasal haklar, hastanın bağımsızlığını ve anlama kapasitesini güçlendiren araçlar olarak işlevselleştirilmelidir.

Sosyal politika önerileri

- Bütünsel Refah Yasası ve Mevzuat Güncellemesi: Sosyal politikalar, sağlığı bir ekonomik mal alımı değil, politik ve sosyal sistemlerle girilen bir etkileşim süreci olarak ele almalı; Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki "tıbbi gereklilik" dili, hasta özerkliğini koruyacak şekilde netleştirilmelidir.
- Hak Temelli Veri Yönetişimi: Politika düzeyinde, hassas nitelikleri (cinsel yönelim, etnik köken vb.) koruyan ve veri minimizasyonunu esas alan ulusal bir veri yönetim modeli hayata geçirilmelidir.
- Hakkaniyetli Kaynak Dağılımı: Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması sonucu ortaya çıkan "sahte tatmin ediciler" engellenmeli; SGK ödemeleri ve tıbbi kaynaklar, maliyet odaklı değil "Hayatta Kalma" ve "Korunma" ihtiyaçlarını odağı alan adalet ilkeleriyle düzenlenmelidir.
- Palyatif ve Yaşam Sonu Bakım Reformu: Yaşam sonu kararlarında "ileri bildirimler" yasal bir statüye kavuşturulmalı ve evde bakım ile darülaceze seçenekleri yaygınlaştırılarak hastanın "Özgürlük" ihtiyacı korunmalıdır.

Somut pratik öneriler

- Gereksinim Odaklı Klinik Belgeleme: Her hasta karşılaşmasında geçim, korunma, sevgi, anlama, katılım, boş zaman, yaratıcılık, kimlik ve özgürlük gereksinimlerinin nasıl ele alındığı sistematik olarak belgelenmelidir.
- Çeşitliliğe Duyarlı Bakım: Kimlik gereksinimi kapsamında, seçilmiş aile yapılarına, kültürel geçmişe ve toplumsal cinsiyet kimliğine koşulsuz saygı gösterilen bir bakım ortamı inşa edilmelidir.
- Kültürel Alçakgönüllülük Temelli Onam: Aydınlatılmış onam süreçleri, tek tipleştirici standartlar yerine azınlık haklarını ve yerel normları gözetten "kültürel alçakgönüllülük" prensibiyle yürütülmelidir.
- Disiplinlerarası Müfredat Geliştirme: Sağlık profesyonelleri için Max-Neef odaklı bakımı, LGBTQI+ dostu uygulamaları ve hak temelli etiğı birleştiren eğitim modülleri tıp ve sosyal hizmet müfredatına eklenmelidir.
- Dengeli Kriz Yönetimi: Kriz ve afet durumlarında "Korunma" ihtiyacı öncelense de bu durumun toptancı bir paternalizme dönüşmesi engellenmeli; özerklik unsurları ile korunma arasında ölçülü bir yönetim kurulmalıdır.
- Yaratıcılık ve Sosyalleşme Alanları: Hastanelerde uzun süre yatan hastalar için "Yaratıcılık" ve "Aylaklık" ihtiyaçlarını karşılayacak üretim alanları ve sosyal dinlenme mekanları oluşturulmalıdır.

Bu çalışma sonucunda önerilen model, Türkiye'deki sağlık sisteminin hasta özerkliğine dayalı, insan onuruna yaraşır ve bütünsel gelişimi hedefleyen bir yapıya bürünmesini amaçlamaktadır.

.

KAYNAKÇA

- Abdur-Rahman, A. I. (2024). The black ecstatic. In *Millennial style: The politics of experiment in contemporary African diasporic culture* (pp. 105–130). Duke University Press.
<https://doi.org/10.2307/ji.10518969.7>
- Adeyemi, D., Amedior, N., Longe, B., Akintunwa, F., Omotosho, S., & Longe, O. (2023). Ethical implications of artificial intelligence in the global healthcare sector: Trends, perspectives and future developments. *Advances in Multidisciplinary & Scientific Research Journal Publication*, 9(3), 41–53. <https://doi.org/10.22624/aims/sij/v9n3p4>
- Akça, S., Akpınar, Y., & Habbani, T. (2015). Knowledge and attitudes of nurses regarding patient rights: A Corum/Turkey sample. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 61(5), 452–457.
<https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.05.452>
- Akıncı, F. E. (2009). *Hasta hakları ve bir devlet hastanesi örneği* [Yüksek lisans tezi]. Atılım Üniversitesi.
- Aksu-Tanık, F. (2011). İyi hekimlik ve nitelikli sağlık hizmeti ve sağlık hakkı için çok ses tek yürek mücadele kampanyası. *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı*, 29.
- Allen, J., Earp, B., & Wilkinson, D. (2025). AI-assisted consent in paediatric medicine: Ethical implications of using large language models to support decision-making. *Journal of Medical Ethics*, Article jme-2024-110624. <https://doi.org/10.1136/jme-2024-110624>
- Amedior, N. (2023). Ethical implications of artificial intelligence in the healthcare sector. *Advances in Multidisciplinary & Scientific Research Journal Publication*, 36, 1–12.
<https://doi.org/10.22624/aims-/accrabespoke2023p1>
- Aydemir, İ., & Işıksan, V. (2012). Hasta hakları birim sorumlularının hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2), 117–134.
- Aydemir, İ., & Işıksan, V. (2013). Hasta hakları kurullarında yaşanan sorunlara ilişkin bir araştırma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (26), 94–97.
- Aydın, E. (2001). *Tıp etiği*. Güneş Kitabevi.
- Beran, R. (2025). Patient safety-informed consent. *Medicine and Law*, 343.
<https://doi.org/10.63776/medlaw2025.44.3.beran>
- Bostan, S. (2008). Sağlık çalışanlarının hasta haklarına yönelik tutumları: Bir devlet hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 1–22.
- Can, R., & Tambağ, H. (2023). Examination of patients' attitudes toward exercising patient rights in a university hospital in Turkey: A cross-sectional study. *Sage Open*, 13(3).
<https://doi.org/10.1177/21582440231201695>

- Cavlak, H., & Bostancıoğlu, B. (2015). Hasta hakları birimlerine yapılan başvuruların değerlendirilmesi. *Hukuk ve Etik Güncesi*, (7), 45–60.
- Çetin, M., Uçar, M., Güven, T., Ataç, A., & Özer, M. (2011). What do patients expect from their physicians? Qualitative research on the ethical aspects of patient statements. *Journal of Medical Ethics*, 38(2), 112–116. <https://doi.org/10.1136/jme.2010.038026>
- Costanza, R., et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61(2-3), 267–276.
- Cruz, I., Stahel, A., & Max-Neef, M. (2009). Towards a systemic indicator of quality of life: A case study from Mexico. *Ecological Economics*, 68(7), 2031–2039.
- De Roubaix, M. (2018). What should I tell my patient? Disclosure in anaesthesiology: Difficulties, requirements, guidelines and suggestions. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 24(1), 22–30. <https://doi.org/10.1080/22201181.2018.1432252>
- Dünya Sağlık Örgütü. (1986). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik Ottawa Sözleşmesi*.
- Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A theory of human need*. Macmillan International Higher Education.
- Erer, S., Atıcı, E., & Erdemir, A. (2008). The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 384–388. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.020750>
- Guillen-Royo, M. (2016). *Sustainability and wellbeing: Human scale development in practice*. Routledge.
- Güven, T., & Sert, G. (2010). Advance directives in Turkey's cultural context: Examining the potential benefits for the implementation of patient rights. *Bioethics*, 24(3), 127–133. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2009.01789.x>
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). *Resmî Gazete* (Sayı: 23420). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Haswell, K. (1996). Informed choice and consent for cervical spine manipulation. *Australian Journal of Physiotherapy*, 42(2), 149–155.
- Irmak, N. (2016). Right to refuse treatment in Turkey: A diagnosis and a slightly less than modest proposal for reform. *Journal of Medical Ethics*, 42(7), 435–438. <https://doi.org/10.1136/medethics-2015-103266>
- Ismayilova, P. (2024). Exploring the foundations of informed consent, legal capacity, privacy, and dignity in medical law and me. *Juridical Sciences and Education*, 75(75), 136–151. <https://doi.org/10.25108/2304-1730-1749.iolr.2024.75.136-151>
- Ismayilova, P. (2024). Key characteristics of autonomy, confidentiality, beneficence, non-maleficence, justice and privacy principles in medical law within the context of human rights. *Analytical*

- and Comparative Jurisprudence, (3), 663–674. <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2024.03.112>
- Kalyuzhny, R., Makeieva, O., & Shapenko, L. (2020). Biomedical ethics and human rights in the context of innovation and information development of society. *Journal of History Culture and Art Research*, 9(1), 96–106.
- Kwiatkowski, P. (2022). European standard for the protection of patients' lives. *Przegląd Prawniczy Uniwersytetu Im Adama Mickiewicza*, 14, 119–137. <https://doi.org/10.14746/ppuam.2022.14.06>
- Long, S., Tan, J., Mao, B., Tang, F., Li, Y., Zhao, M., & Kato, N. (2025). A survey on intelligent network operations and performance optimization based on large language models. *IEEE Communications Surveys & Tutorials*, 27(6), 3915–3949.
- Maeckelberghe, E., & Schwend, A. S. (2021). 4.Q. Workshop: Intersex human rights and wellbeing - Part II: From ethics to healthcare approaches and policies. *European Journal of Public Health*, 31(Supplement_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.315>
- Max-Neef, M. A., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1991). *Human scale development: Conception, application and further reflections*. The Apex Press.
- Max-Neef, M. A. (2007). *Human scale development: Conception, application and further reflections*. Apex Press.
- Pala, K. (2011). Sağlık hizmetlerinde piyasalaşma mekanizmaları. *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı*, 29.
- Ross, R. E., VanDerwerker, C. J., Saladin, M. E., & Gregory, C. M. (2023). The role of exercise in the treatment of depression: Biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular Psychiatry*, 28(1), 298–328.
- Sert, G., & Güven, T. (2013). Examining the ethico-legal aspects of the right to refuse treatment in Turkey. *Journal of Medical Ethics*, 39(10), 632–635. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100408>
- Sert, G. (2014). *Hasta hakları: Uluslararası sözleşmeler ve etik açısından*. Levha Yayınları.
- Sim, W., Lim, W. H., Ng, C. H., Chin, Y. H., Yaow, C. Y. L., Cheong, C. W. Z., ... & Chong, C. S. (2021). The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare: A qualitative systematic review. *PLoS One*, 16(8), e0255936.
- Tanriverdi, G., Çalıkoğlu, E. O., & Yılmaz, A. (2022). Doctors' knowledge, attitudes and behaviors regarding patient rights: A cross-sectional study. *Journal of Patient Rights and Ethics*, 4(1), 12–21.
- Terzi, C. (2012). Sağlıkta dönüşüm programı ve cerrahi pratiği. *Türk Cerrahi Derneği 2. Yıl Çalışma Raporu (2010-2012)*.

- Westphal, M., Wall, M., Corbeil, T., Keller, D. I., Brodmann-Maeder, M., Ehler, U., Exadaktylos, A., Bingisser, R., & Kleim, B. (2021). Mindfulness predicts less depression, anxiety, and social impairment in emergency care personnel: A longitudinal study. *PLoS One*, 16(12), e0260208. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260208>
- Yawar, M. E., & Hakimi, M. Q. (2025). Explaining the digital health marketing model in gaining health welfare support from nonprofits. *Acta Globalis Humanitatis Et Linguarum*, 2(2), 4–28.
- Yazıcıoğlu, B., & Yordan, E. (2021). Evaluation of the applications to the patient rights unit. *Black Sea Journal of Health Science*, 4(3), 246–251. <https://doi.org/10.19127/bshealthscience.907899>
- Yıldırım, G., Özden, D., & Karagözoğlu, Ş. (2013). Ahlaki sıkıntı: Türkiye’de sağlık alanında gündeme gelmeyen bir boyut. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(2), 318–325.