



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

HASTA HAKLARI BİLGİ DÜZEYİ İLE HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nazlı Kaya

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2018

HASTA HAKLARI BİLGİ DÜZEYİ İLE HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ İLİŞKİ

Nazlı Kaya

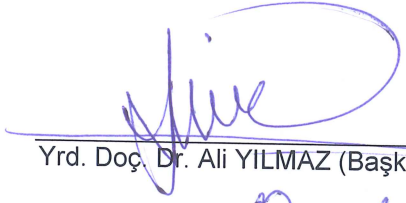
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

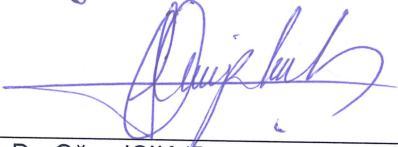
Ankara, 2018

KABUL VE ONAY

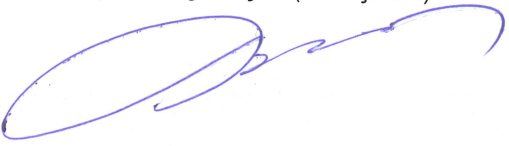
Nazlı KAYA tarafından hazırlanan "Hasta Hakları Bilgi Düzeyi İle Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma, 23.01.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



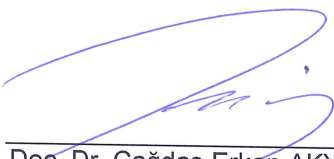
Yrd. Doç. Dr. Ali YILMAZ (Başkan)



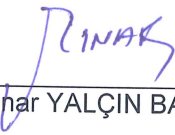
Doç. Dr. Oğuz IŞIK (Danışman)



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU



Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK



Yrd. Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

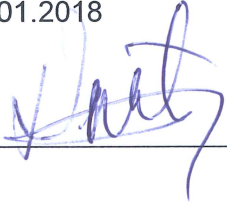
Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- ☐ Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- ☒ Tezimin/Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

23.01.2018



Nazlı Kaya

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma izninin Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

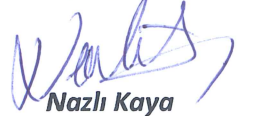
- ✓ Tezimin/Raporumun 23.01.2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

- Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

23 /01/2018


Nazlı Kaya

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanının Doç. Dr. Oğuz Işık, danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Nazlı Kaya

TEŞEKKÜR

Uzun ve zorlu olan bu süreçte yol haritamı belirleyen, bilgi ve tecrübeleri ile desteğini esirgemeyen, akademik hayatımda örnek alacağım değerli tez danışmanım Doç. Dr. Oğuz IŞIK'a çok teşekkür ederim.

Ömürlerini evlatlarına en iyisini yaşatmak için adanmış ve hala buna devam eden canım annem Kudret TURMIŞ ve canım babam Hüseyin TURMUŞ'a şükran ve minnetlerimi sunarım.

Tanıdığım günden beri güçlü duruşu ile vazgeçmemeyi öğrendiğim ve bana olan inancı ile de hayalimi gerçekleştirmemi sağlayan dostum Seher SOMUNCU'ya hayatımdaki varlığından dolayı teşekkür ederim.

Özellikle sabırla, sevgiyle ve büyük bir özveri ile bu süreçte en büyük destekçim olan, onsuz bunu başaramayacağımı bildiğim değerli eşim ve yol arkadaşım Engin KAYA'ya çok teşekkür ederim.

ÖZET

KAYA, Nazlı. *Hasta Hakları Bilgi Düzeyi İle Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.

Hasta hakları bilgi düzeyi; hastaların sağlık kurumları ile yürüttükleri süreci düzenleyen mevzuata ait bilgi düzeylerini ifade etmektedir. Hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları açısından hastalara tedavi süreçlerinde yapılacak katkılarla bilgi düzeylerinin artırılması ve hastanın tedavi sürecindeki kararlara katılmasına ilişkin amaçlar gün geçtikçe daha önemli hale gelmektedir. Konuyla ilgili olarak hasta güçlendirme kavramı; hasta katılımı, öz yönetim, hasta odaklılık ve sağlık okuryazarlığı kavramları açıklanarak ifade edilmiştir. Hasta hakları konusunda sınırlı sayıda da olsa Türkiye’de yapılan çalışmalara rastlanmakla birlikte, hasta güçlendirme konusunun yeni bir kavram olduğu görülmektedir. Bu nedenle yapılan araştırma ile ulusal literatüre katkı sunulması planlanmaktadır. Bu kapsamda Small ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve İspanya, Portekiz, Kanada, ABD, Belçika ve Çin gibi sekiz farklı ülkede kullanılan “Hasta Güçlendirme Ölçeği” kullanılarak “Hasta Hakları Bilgi Düzeyi İle Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki”nin ortaya konulması amaçlanmaktadır.

Araştırma, İstanbul’da faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerden uzun dönem bakım (diyabet, astım, kolesterol, tansiyon ve konjenital kalp hastaları) hizmeti alan 18 yaş üzeri hastaları kapsamaktadır. İlgili hastalıklara ilişkin ayrıntılı istatistiklere ulaşamadığı için araştırmanın evreni olarak İstanbul’da ikamet eden 18 yaş üzeri kişiler kabul edilmiştir. Araştırma kapsamında bulunan katılımcılara üç bölümden oluşan anket uygulanmıştır. Toplamda 661 anket değerlendirmeye alınmıştır. Analizler sonucunda; hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kişilerin hasta hakları bilgi düzeylerinin hasta güçlendirme üzerinde pozitif yönlü bir etkisinin de olduğu saptanmıştır. Kamu hastanelerinden hizmet alanların özel hastanelerden hizmet alanlara göre hasta hakları bilgi düzeylerinin daha yüksek bulunmasına rağmen hasta güçlendirme boyutundaki ifadelerle daha az katılım göstermişlerdir. Bu sonucun ortaya çıkmasında özel hastanelerdeki sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişimin daha güçlü olması özellikle bilgilendirme ve hastanın sürece dahil edilmesi ile ilgili uygulamaların daha başarılı gerçekleştiriliyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler

Hasta hakları, hasta güçlendirme, hasta katılımı, hasta odaklılık, öz yönetim, sağlık okuryazarlığı

ABSTRACT

KAYA, Nazlı. *The Relationship Between Patient's Rights Knowledge Level and Patient Empowerment*, Master's Thesis, Ankara, 2018.

Patient rights knowledge level refers to the patients' level of knowledge of the legislation that regulates the processes that patients engage with health care facilities. With regard to both patients and health care providers, the goals of increasing the knowledge levels of the patient by correct inputs during the treatment processes and getting the patients to be more included in the decisions during the treatment process are becoming increasingly important. In relation to this topic, the concept of patient empowerment has been expressed in terms of patient participation, self-management, patient-centeredness and health literacy concepts. With a limited number of studies conducted on patient rights in our country, it is seen that the issue of patient empowerment is a new concept. For this reason, it is planned to contribute to the national literature through this study. In this context, "The Relationship Between Patient Rights Knowledge Level and Patient Empowerment" is revealed by using the "Patient Empowerment Scale" developed by Small et al. and used in eight different countries such as Spain, Portugal, Canada, USA, Belgium and China.

The study covers patients over 18 years of age who receive long-term care services (diabetes, asthma, cholesterol, blood pressure and congenital heart disease patients) from public and private hospitals operating in Istanbul. Since the detailed statistics on the related diseases were not available, the population of this study was accepted as people over 18 years of age residing in Istanbul. A questionnaire consisting of three sections was applied to the participants. A total of 661 questionnaires were evaluated in this study. As a result of the analyses, a positive correlation between the level of patient rights knowledge and patient empowerment was found ($p < 0.05$). It was also found that the participants' knowledge levels of patient rights had a positive effect on patient empowerment. Despite the higher knowledge level of patient rights observed in patients receiving health care services from public hospitals compared to those receiving healthcare services from private hospitals, patients receiving healthcare services from public hospitals showed less participation to the statements in the patient empowerment dimension. This result is thought to be due to the fact that the communication between the patients and healthcare workers in private hospitals is stronger, and particularly due to the fact that the relevant treatment and applications are performed more successfully as a result of better information provided to the patient and the patient being included in the process.

Keywords

Patient rights, patient empowerment, patient participation, patient-centeredness, self-management, health literacy

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
 GİRİŞ	 1
1.BÖLÜM: HASTA HAKLARI	3
1.1. İNSAN HAKLARI	3
1.1.1. İnsan Haklarının Tanımı ve Özellikleri	3
1.1.2. İnsan Haklarının Tarihçesi	4
1.2. SAĞLIK HAKKI	9
1.3. HASTA HAKLARI	11
1.3.1. Hasta Haklarının Tanımı	11
1.3.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi	12
1.4. HASTA HAKLARININ BOYUTLARI	21
1.4.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	21
1.4.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı	23
1.4.3. Hasta Haklarının Korunması	25
1.4.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası	26
1.4.5. Tıbbi Araştırmalar	30
1.4.6. Diğer Haklar	31
2. BÖLÜM: HASTA GÜÇLENDİRME	33
2.1. GÜÇLENDİRME KAVRAMI	33
2.2. HASTA GÜÇLENDİRME	34

2.2.1.Hasta Güçlendirmenin Gelişim Süreci.....	36
2.3. HASTA GÜÇLENDİRMEYLE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR.....	39
2.3.1. Hasta Katılımı	39
2.3.2. Öz Yönetim.....	40
2.3.3. Hasta Odaklılık	42
2.3.4. Sağlık Okuryazarlığı.....	45
2.4. HASTA GÜÇLENDİRMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	47
2.5. HASTA GÜÇLENDİRMENİN ÖNEMİ.....	52
3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	57
3.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....	59
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	60
3.4. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ.....	61
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	62
3.6. VERİLERİN ANALİZİ	62
4.BÖLÜM : BULGULAR VE TARTIŞMA	64
4.1. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	64
4.1.1. Geçerlilik Analizi	64
4.1.2.Güvenilirlik Analizi.....	69
4.2. TANIMLAYICI BULGULAR	70
4.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR.....	73
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93
KAYNAKLAR	96
EK-1: Anket Formu	103
EK-2: İzin Yazısı - Hasta Güçlendirme Ölçeği.....	108
EK-3: Etik Kurul Onayı – Hacettepe Üniversitesi	109
EK-4: Etik Kurul Onayı – Okan Üniversitesi	110
EK-5: Anket Uygulama İzni – Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	111
Ek-6: Orijinallik Formu.....	112
Ek-7: Orijinallik Raporu	113
Ek-8: Özgeçmiş	114
ÖZGEÇMİŞ.....	114

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BM	Birleşmiş Milletler
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
EPF	European Patients Forum / Avrupa Hastalar Forumu
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
KFA	Keşfedici Faktör Analizi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
RG	Resmi Gazete
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
WMA	World Medical Assosication / Dünya Tıp Birliği
WHO	World HealthOrganization / Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik Analizi.....	68
Tablo 2: Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Aracına İlişkin Güvenilirlik Analizi.....	70
Tablo 3: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı.....	70
Tablo 4: Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı.....	70
Tablo 5: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 6: Katılımcıların Eğitim Değişkenine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 7: Katılımcıların Meslek Değişkenine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 8: Katılımcıların Gelir Değişkenine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 9: Katılımcıların Sahip Oldukları Uzun Dönem Bakım Gerektiren Sağlık Sorunu Değişkenlerine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 10: Katılımcıların Hizmet Aldıkları Kurumlara Göre Dağılımı.....	72
Tablo 11: Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki.....	74
Tablo 12: Hasta Hakları Bilgi Düzeyinin Hasta Güçlendirme Üzerindeki Etkisini Gösteren AMOS Çıktısı.....	75
Tablo 13: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	76
Tablo 14: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	77
Tablo 15: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Hizmet Aldığı Kuruma Göre Dağılımı.....	78
Tablo 16: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Hizmet Aldığı Kuruma Göre Dağılımı.....	79
Tablo 17: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	80
Tablo 18: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	81
Tablo 19: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	82
Tablo 20: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	84
Tablo 21: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	86
Tablo 22: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	88

Tablo 23: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	91
Tablo 24:Hipotez Kabul/Red Tablosu.....	92



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1 : “Güçlendirme : Sağlığın Geliştirilmesinin Mukaddes Kasesi ?”	36
Şekil 2: Picker’ın Hasta Odaklı Bakımın Sekiz Prensibi.....	43
Şekil 3: Hasta Ve Sağlık Sistemi Arasındaki Ortaklık Olarak Hasta Güçlendirme.....	48
Şekil 4: Hasta Hakları Bilgi Düzeyi İle Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişkiye Ait Araştırma Modeli.....	62



GİRİŞ

Gelişen, değişen hizmet şartları ve hızlanan teknolojik iletişim sayesinde bilgiye ulaşmak artık daha kolay ve basittir. Bu gelişmeler sağlık hizmetlerine de yansımaktadır. Ülkeler sağlık hizmetleri sunumunda insanı ön planda tutmaya çabalamaktadır. Bu gelişmeleri desteklemek için yapılan çeşitli çalışmalar ve standartlar mevcutken, yasal olarak da bu durum geliştirilmeye çalışılmaktadır. Türkiye’de bu durumla ilgili yapılan çalışmalardan biriside “Hasta Hakları” hakkında ki yasal düzenlemelerdir.

Sağlık profesyonelleri, hasta ve sağlık kuruluşları arasında karşılıklı ilişkileri düzenleyen bir davranışlar bütünü olarak düşünebileceğimiz hasta hakları, hem hastanın sağlık kuruluşu ve çalışanlarından talep edebileceği (bilgi edinme, tıbbi bakım ve tedavi hakkı vb) hem de hastanın sağlık kuruluşu ve çalışanlarına karşı sorumluluklarının bulunduğu ilkeler bütünü olarak ifade edilebilir.

Güçlendirme ise hastalar ile sağlık profesyonelleri arasında ilişkinin ve rollerin ve hasta özerkliğinin daha fazla desteklenmesi, hastaların bakım şartlarına ait kararların çoğunu vermesi olarak tanımlanabilir.

Hastalarında sürece artık aktif şekilde dahil olduğu bu dönemde; hastanın bilgilendirilmesi ve tecrübeler kazanması yani hastanın güçlendirilmesi daha önemli hale gelmiştir.

“Hasta güçlendirme” kavramı, hasta ile sağlık çalışanları arasındaki etkileşimi, bu etkileşimin tedaviye etkisini, hastaya sağladığı psikolojik desteği ve hastanın bilgilendirilmesini kapsamaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu her geçen gün hekim odaklı yaklaşımdan hasta odaklı yaklaşıma doğru değişmekte, hatta bu değişim zorunlu hale gelmektedir. Bu paradigma değişimi sağlık hizmetinin en önemli tüketicisi konumunda olan hastaların, hasta hakları konusunda sahip olması gereken bilgi düzeyini önemli

hale getirmiştir. Diğer yandan hasta ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki ilişkinin sınırları ve gerekliliklerinin belirlenmesinde hastalarında tedavi sürecine dahil edilmesi ve kararlara katılımının sağlanması hasta güçlendirme kavramı içerisinde değerlendirilmektedir.

Hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın birinci ve ikinci bölümünde kavramlar (hasta hakları ve hasta güçlendirme) açıklanmıştır. Üçüncü bölümde kavramlarla ilgili alan çalışmasına yer verilmiş olup; konu ile ilgili toplanan verilerin analiz sonuçları değerlendirilmiştir. Son bölümde ise çalışmaya ilişkin sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1.BÖLÜM: HASTA HAKLARI

1.1. İNSAN HAKLARI

İnsanlığın varoluşundan beri aslında tartışılmaya başlanmış ve çağlar geçtikçe de hala üzerine çalışmaların devam ettiği sosyal bir varlık olan insanoğlunu adil, ahlaki, eşit şartlarda bir arada var olabilmeleri için oluşturulmuş ifadeler bütünüdür.

1.1.1. İnsan Haklarının Tanımı ve Özellikleri

İnsanı kriter olarak ele alan hümanist felsefenin ilk çağlardan itibaren başlattığı süreç geçen yıllar içerisinde insan hakları olarak devamlılığını sürdürmektedir. Bu kadar eskiye dayanması sebebi ile eşit ve haklılık esaslarına katkı sağlamıştır. İnsan odaklı görüşler gelişerek, insanlığa yol göstererek çağdaş düzeye ulaşılmasında katkı sağlamıştır (Çeçen, 2013: 809-830).

Günümüzde de hala insan hakları değişik şekillerde ifade edilebilmektedir; her tür adaletsizliği yok etmek için ahlaki olarak geçerli bir talebin duyulduğunu bildirmek insan hakları olarak ifade edilirken; diğerleri için, kuşkuyla işlenmiş bir motto, hatta düşmanlık şeklinde görülebilmektedir (Clapham, 2015: 35).

İnsan Hakları; bireyler arasında din, cinsiyet, ırk, yaş, renk, ayırımı yapmaksızın sevgi, dostluk, saygı, hislerini geliştirmek, insan olmanın haysiyeti ile sahip olunması gereken hakların tamamını kapsamaktadır.

İnsan hakları kişileri, devlet iktidarını yönetenlere karşı muhafaza eden vazgeçilmez, devredilmez ve dokunulmaz haklardır. Başka türlü ifade edecek olursak bu haklar, kişilerin sadece insan olmaları münasebetiyle, insanca bir hayat yaşamalarını temin eden, doğuştan elde edilen, devredilemeyen ve kesinlikle elinden alınması mümkün olmayan haklardır. İnsan haysiyetinin korunması ve insan gibi yaşamaya imkan sağlayan her hak, insan hakkıdır. Bir

anlamda insan hakları, insan olmanın önemini korumayı, insanın maddi ve manevi mevcudiyetinin gelişmesini hedefleyen üstün kurallar bütünüdür. Zamanla daima gelişen insan hakları kavramında yeni haklar ortaya çıkmaktadır. Çünkü yaşadığımız koşulların zamanla değişkenlik göstermesi, ihtiyaçlarda da değişikliklerin olmasına sebep olmaktadır. Örneğin, günümüzden birkaç yüz yıl önce, sağlıklı bir ortamda yaşama hakkından bahsedilemezken, günümüzde yaşadığımız çevrenin sahip olduğu kötü şartlar, böyle bir hakkın varlığını zorunlu hale getirmiştir (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011: 3-8).

İnsan haklarının esas özelliklerini dokunulmazlık, devredilmezlik, evrensellik, kişisellik meydana getirmektedir.

- İnsan hakları "olan" değil "olması gerekli " haklardır.
- Kişiliği korumayı ve geliştirmeyi amaçlar.
- Temeli ayırım yapılmamasına dayanmaktadır. Sadece insan olmak yeterli bir nedendir.
- Evrenseldir.
- Dokunulmazdır. Anayasamızın 17. maddesinde bu hüküm; kimsenin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, eziyete ve işkenceye maruz kalamaz, kimseye insan onuruna yakışmayacak ceza verilemez şeklinde yer almaktadır.
- Bireyseldir. Başkalarına bağlı olmaksızın sahip olunan haklardır.
- Vazgeçilemez ve devredilemezdir. Sahip olunan hakları bir başkasına devredemez veya haklarımızdan vazgeçemeyiz (Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı, 2011).

1.1.2. İnsan Haklarının Tarihçesi

İnsan hakları tarihi ahlak, din, hukuki, felsefe ve kültür gelişmelerini kapsamakla birlikte tarih boyunca hak ve özgürlük düşüncesi hep var olmuştur. Bireysel hakları içeren ilk yazılı belge Hammurabi kanunlarıdır. Zira, bu kanunlar bulundukları dönem itibari ile adil yargılanma ve mülkiyet hakkı konularında çok modern düzenlemeler içermektedir. Bu kanunlar bireylerin kişisel olarak

sorgulanması ve cezalandırılmasını engellemektedir. Eski Yunan medeniyetinde de insan hakları tartışılmıştır. Aristo kişisel mülkiyet edinilmesi ve demokratik katılım gibi çağdaş insan haklarında öneme sahip olan bir takım haklardan söz etmektedir (Council of Europe, 2015).

İnsan hakları üç kuşak olarak gruplandırılmıştır. Bu gruplama, kuşaklar arasında hiyerarşik veya önem düzeyini belirtmekten ziyade, tarihsel bir sıralamayı ifade etmektedir. İnsan haklarının üç kuşak olarak ortaya çıkışı, toplumsal tarihsel değişiklikler ve gereksinimlere bağlı gelişmiştir.

1.1.2.1.Birinci Kuşak İnsan Hakları

Birinci kuşak haklar olarak bireysel ve siyasal hakların kökeninde, aristokrasi ve burjuvazi çatışması mevcuttur. Bu çatışma eşitlik ve özgürlük ifadelerini ortaya çıkartmıştır (Şahin, 2009: 1343).

Klasik haklar olarak bilinen birinci kuşak hakların özelliklerinde, kişiyi korumaya yönelik olmasının yanı sıra devlet düzenlemeler yaparak özgürlüklerin kullanılmasını kolaylaştırabilir ama sınırlandıramaz. Geleneksel haklar, iktidarın-devletin yetkilerinin sınırlandırılmasını amaçlamıştır.

18. yüzyılda I. Kant, J. Thomas Pain ve S.Mill gibi filozofların yaptıkları çalışmalar insan haklarını doğrudan etkilemiştir. 18. ve 19. yüzyılda bilhassa köleliğe karşı hareketler, genel oy ilkesi, demokrasi mücadelesi, demokratik katılım ve kadınların oy kullanabilme hakkı gibi alanlarda insan hakları mücadelesi yoğunlaşmıştır (Council of Europe, 2015).

ABD'nin 1776 tarihli İnsan Hakları Bildirisi ile Büyük Fransız Devrimi sonrasında yayınlanan 1791 tarihli İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi'nde ve İngiltere'de yayınlanan Haklar Beyannamesi'nde bu hakları somut olarak görmekteyiz. Bu haklar insanın toprağa bağlı olmayı ifade eden kölelikten kurtularak vatandaş

olmasını öngören haklardır. Dönemin başlıca olaylarını ve gelişmelerini şu şekilde sıralayabiliriz:

- 1215 Magna Carta Libertatum/İngiltere: Krala karşı asillerin haklarını güvence altına alınması, özgürlük ve mülkiyet hakkı.
- 1514 Tübingen Antlaşması; Nuremberg’de oturan tüm kişilerin ”namus, vücut ve hayatıyla ilgili konularda” yazılı olan ifadelerin dışında ceza verilemeyeceği, suç ve cezaların yasallığı kuralının yerleşmesi antlaşması.
- İngiltere İkinci Devrimi ve 1689 Bill Of Rights (İnsan Hakları Bildirgesi): Klasik kişilik hak ve özgürlüklerini düzenleyen ilk yazılı metin.
- 1776 Virginia Haklar Bildirgesi/ABD: Siyasal haklar, birey hakları ve yönetime katılabilme ilkelerinin yerleşmesi.
- 1789 Fransız Devrimi-Vatandaşlık ve İnsan Hakları Bildirgesi: Siyasal haklar ve yönetime katılım hakları, vergi mükellefiyeti, yurttaş olma, mülkiyet hakkının yazılı ve detaylı bir hale gelmesi (Akdu, 1997:43-49).

Bütün insanların doğuştan eşit olması söylemlerine karşın gerçekte kadınların siyasal hakların dışında tutulması, işçi sınıfına tanınmayan sosyal haklar gibi kapsam dışında tutulan bazı kesimler olmuştur (Milli Eğitim Bakanlığı, 2011:3-8).

1.1.2.2. İkinci Kuşak İnsan Hakları

19. yüzyılın başlarından itibaren ortaya çıkan özellikle Birinci Dünya Savaşı’na tepki ortamında doğan kavramlar ve haklar dönemidir. Birleşmiş Milletler (BM) bu dönemde oluşturulmuş, insan haklarının milletlerarası gözetimi ve milletlerarası dayanışmanın temelleri yine bu dönemde atılmıştır.

Sosyal haklar olarak bilinen ikinci kuşak haklar 19. yüzyıla doğru, kapitalizmin sebep olduğu sosyal adaletsizliğe bağlı toplumsal çatışmalar, serbest piyasanın sermayenin belirli kesimlerde toplanmasına neden olması, işçilerin çok ağır ve insanlığa yakışmayan şartlarda çalıştırılması, bu ağır şartların dışında

sermayenin taleplerine karşı sendikalaşma, toplu iş sözleşmeleri yapılması, sigorta ve sosyal güvence, iş güvenliğinin sağlanmasının talep edilmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi ve emeklilik hakkının yeniden düzenlenmesi gibi imkânlara sahip olmamaları, işçi sınıfının insan onuruna yakışmayan şartlara mahkum edilmesine sebep olmuştur. Bu yaşananlarda toplum içerisinde çatışmalara, işçi sınıfının ayaklanmalarına neden olmuştur (Engin, 2012).

İkinci kuşak haklar devlete olumlu sorumluluklar yüklemektedir (Turhan, 2013:369). Sosyal haklar, özellikle sağlık, barınma, sosyal güvenlik, istihdam gibi hakların hayata geçirilebilmesi için devlet aktif rol almak ve bunları vatandaşlarına sağlamak zorundadır (Engin, 2012).

Buradan hareketle meydana gelen sosyal hakların uluslararası seviyede resmi olarak tanındığı ilk doküman İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'dir.

İkinci kuşak hakların başlıcalarını şu şekilde ifade edebiliriz:

- Çalışma ,
- Sağlık,
- İşyeri yönetimine katılma ,
- Sosyal güvenlik,
- Konut,
- Kültürel yaşama katılabilme,
- Adil gelir
- Sendika kurma
- Grev ve toplu sözleşme,
- Beslenme,
- Parasız öğrenim ve eğitim görme,
- Anne, çocuk, sakat, yaşlı gibi korunmaya muhtaç kesimlerin korunmasıyla ilgili haklar,
- Dinlenme hakkı.

Sosyal hakları içeren ikinci kuşak insan hakları, birinci kuşak insan haklarına göre özellikle dezavantajlı gruplar açısından önemli haklar olduğunu

söyleyebiliriz. Zira düşünce ve ifade özgürlüğü, eğitim imkanı bulunmayan insanlar açısından çok anlamlı olmayabilir veya mülkiyet hakkının korunması, iş olanaklarından yoksun olanlar için “içi boş bir hak” haline gelebilmektedir. Yaşama hakkı da sağlık hizmetlerine ulaşım imkânı olmayan kişiler açısından düşünüldüğünde ciddi bir risk altında olduğu ifade edilmektedir (Nickel, 2014).

1.1.2.3. Üçüncü Kuşak İnsan Hakları

Üçüncü kuşak hakların belirleyici yanı insanların ihtiyaç duydukları dayanışma ortamının oluşturulmasına çalışılmıştır. İnsancıl bir toplu yaşam düşüncesi, hem kişilere hem de toplumun bütününe aittir. Bunun gerçekleşebilmesi içinse sadece devletin çalışmaları yeterli görülmeyip, aynı zamanda kişilerin ve toplumunda gayretini gerektirmektedir(Gülmez, 2001:21).

İnsan haklarının hukuki olarak güvence altına alınması bakımından, ilk kuşak haklarda burjuvazi, ikinci kuşak haklar içinde ise işçi sınıfı önemli bir etkiye sahip olmuştur; üçüncü kuşak haklara bakıldığında ise, gruplar, kişiler ve devletler arasında olduğu kadar sınıfların arasında da dayanışma olmasını gerektirmektedir.

Üçüncü kuşak haklar, halkların hakları, dayanışma veya grup hakları olarak tanımlanmaktadır. Örnek olarak, barış hakkı, çevre hakkı, sosyal ve ekonomik gelişme hakkı gösterilebilir (Turhan, 2013:369).

İnsan haklarına ait sınıflandırmalar yapılsa da bunların birbirini tamamlayıcı nitelikte oldukları unutulmamalıdır. Bu hakların tamamı insanca bir yaşam sürdürülebilmesi için gerek duyulan ve hepsi birbiriyle ilişkili haklardır. Yaşanan eksiklikler diğerlerini de etkilemektedir.

1.2. SAĞLIK HAKKI

Sağlık kavramı “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet, sağ, canlı, diri olma durumu” olarak sözlükte ifade edilmektedir (Türk Dil Kurumu, 2017). DSÖ tarafından ise “yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, beden, ruhen ve toplumsal yönlerden de tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır.

Tarihte bazı dönemlerde sağlık hizmetlerinden yararlanılabilmesi için satın alma gücünün olması doğal sayılmış ve ekonomik gücü yetersiz olanların kaderlerine razı olmaları beklenmiştir (Fişek, 1982:15). Bugün ki kapsam ve içeriğiyle birebir ilişkilendirilmese de, ilk büyük medeniyetlerle birlikte (özellikle İyon ve Mısır uygarlıkları) bazı toplumlarda sağlık hizmetlerinin sağlanmasında toplumsal iradenin ön planda olduğu görülmüştür.

Bireyin devletten, toplumdan gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi, sağlığının korunmasını, ve de toplumun sağladığı olanaklardan yararlanabilmesi olarak da sağlık hakkını tanımlayabiliriz (Sütlaş, 2000: 61-100).

Sağlık hakkı da diğer insan hakları ile pekiştirilmedikçe tam olarak gerçekleşmesi beklenemez. Beslenme hakkı, dinlenme hakkı, konut ihtiyacının karşılanma hakkı ve de en önemlisi olarak hastalıklara karşı korunma, hastalık tanısı alındığında gereken bakımın sağlanması ve tedavinin sağlanması hakkı ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir.

Başka bir deyişle sağlık hakkı, temel olarak insan haklarının ve insan haklarına ait değerlerin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmektedir. Temelini insan haklarına ait temel belgelerden almıştır (Alptekin, 2004: 132-139).

BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin (1948) 1. maddesinde, “Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar” denilerek, belge içinde sayılacak ifade edilen hakların tamamını kapsayacak şekilde bir üst betimleme

yapılmış ve tüm insanların belirtilen tüm haklara doğdukları andan itibaren sahip oldukları belirtilmiştir. Bu ifade aynı zamanda içerikte değinilen haklar açısından bütün insanların “eşit” olduğunu ifade etmektedir.

Sağlık Hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde Temel insan Haklarının geliştirilip korunmasına yönelik haklarda tanımlanmaktadır (Soyer, 1996). Buna göre ; Herkesin, ailesinin ve kendisinin sağlığı ve iyi yaşamasına olanak sağlayacak gerekli yaşam imkanlarına hakkı mevcuttur; bu hak giyim, konut, beslenme, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetler olan sakatlık, işsizlik, dulluk, hastalık, yaşlılık ya da kendi denetimi dışında kalan şartlardan kaynaklanan farklı geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsamaktadır.

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiseri, Mary Robinson sağlık hakkı için; sağlıklı olma hakkı anlamına gelmediği, fakir ülkelerin kaynakları mevcut olmadığı şartlarda pahalı sağlık hizmetleri sunmaları anlamına da gelmediğini ifade ederek sağlık hakkının, ülkelerin ve karar vericilerin mümkün olan en kısa zamanda herkesin ulaşip ve yararlanabileceği bir sağlık sistemini oluşturacak politikalar ve eylem planları ortaya koymaları olarak ifade etmiştir. Bunun uygulanmasını sağlamak, hem insan haklarıyla uğraşanların hem de halk sağlığı çalışanlarının vermeleri gereken en büyük mücadele olmalıdır diye de eklemiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2002:9).

Sağlık yönünden kişiye ilişkin konular içerisinde en başta gelen “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı”, İnsan Hakları Bildirgesi'nde ikinci kuşak haklar arasında yer almaktadır. İkinci kuşak hakların önemli bir kısmı, devlete görev yükleyen haklar niteliğindedir. Bu sebeple gerçekleştirilmeleri için büyük finansman kaynaklarının kullanılmasını gerektirir (Uygun, 2000:23-27).

1.3. HASTA HAKLARI

Hasta hakkı insan olmaktan kaynaklı haklar anlamında üçüncü kuşak haklar arasında sayılmaktadır. Bunlar insanın “hasta” olması sebebi ile ortaya çıkmaktadır(Oğuz, 1997:50-55).

Hasta hakları “sağlıklı yaşama hakkı ve sağlık hakkı” içerisinde yer alan hakların bir kısmını ifade etmektedir. Fakat insanlar için bu haklarının ayırımına genel olarak sağlıkları bozulduğunda, yani hasta olduklarında bu durumla nasıl baş edebileceklerini araştırdıkları sırada farkına varırlar. Bu nedenle sağlık hakkı yerine “hasta hakları” ifadesi ön plana çıkarılmaktadır(Sütlaş, 2000:61-100).

1.3.1. Hasta Haklarının Tanımı

Hasta haklarını; hastanın kaybettiği sağlığını en kısa zamanda, mümkün olabilen en yüksek seviyede, en konforlu ve saygın bir şekilde geri alabilmesi; bunun mümkün olamadığı durumlarda ise hastalıklarına rağmen yaşam kalitelerinin korunabilmesi ve insan onuruna yakışır biçimde ölebilmesi için ihtiyaç duyulacak her türlü destek ve hizmete kolayca ulaşabilmesidir ifadesi en kapsayıcı şekilde açıklamaktadır (Hakeri, 2007:27-44).

Hasta hakları sağlık hukukunun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Sadece hastaların değil aynı zamanda sağlık personellerinin hakları ve yükümlülüklerini de belirtmektedir (Hakeri, 2007:27-44).

Hasta hakları 01.08.1998 tarihinde yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinde bütün halinde getirilmiştir. Anılan yönetmeliğin amacı ise temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer mevzuatta ve uluslararası hukuki metinlerde kabul görmüş hasta haklarını somut olarak gösterebilmek ve sağlık hizmeti verilen tüm kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında ki sağlık hizmeti verilen

hallerde, insan onuruna yakışır şekilde herkesin hasta haklarından yararlanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve ihtiyaç duyulduğunda hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek olarak ifade edilmiştir (Üçışık, 2008:13-20).

1.3.2. Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta haklarının gündeme gelmesinin, ekonomik ve yapısal değişikliklerle çağdaş teknolojinin sağlık hizmetlerine etkisiyle örtüştüğü görülmektedir. Sağlıktaki değişiklikler dünyada ve Türkiye’de hasta haklarıyla ilgili düzenlemelerin temelini oluşturmasını sağlamıştır (Önal & Civaner, 2005:203).

Hasta haklarına ait ilk söylemlerin nerede dile geldiği kesin olarak bilinmemekle birlikte, hastalık ve bunun yarattığı sıkıntılar ile birlikte ortaya çıktığını, tarihsel süreçle birlikte bugünkü son halini aldığını söyleyebiliriz. Tarih boyunca, hasta hakları olarak tanımlanan konuların birçok ülkede dile getirilmiş olduğunu tahmin etmek zor değildir.

1.3.2.1. Dünya’da Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Günümüzde dahi, henüz tababet ahlakının uygulanması hususunda sıkıntılar mevcutken bu ilk defa Hammurabi kanunlarında düzenlenmiştir. Bilinen en eski hasta hekim ilişkisini gösteren kanun Hammurabi tarafından hazırlanan kanundur. Burada hasta-hekim ilişkisi, ücretlendirme, sorumluluklar ve tıbbi kusurlar şarta bağlanmış, hastaya ödeme yükümlülüğü verilirken hekime de hastaya dikkat ve özenle hasta bakımının sağlanması yükümlülüğü verilmiştir. Yapılan düzenlemelerle doktorların ve cerrahların tıbbi işlemlerde göstermeleri gereken asgari özen ve dikkat sınırlılıkları üzerinde ehemmiyetle durulmuştur (Özdemir, 2004:20-35).

Hasta haklarını düzenleyen ve birçok toplum için hasta haklarının oluşumunda rol oynayan ilk temel metin Hipokrat Andı’dır. Bu anda öncelikle; hekimin hastasına ırk, dil, cinsiyet, din ayrımı yapmadan bakması gerektiği

vurgulanmıştır. Benzer şekilde, diğer temel hasta hakları da çok ilkelde olsa vurgulanmıştır (Sütlaş, 2000:61-100).

Hasta haklarına ait ilk çalışmalar ABD’de başlamıştır. Amerikan Hastaneler Birliği’nin konuyla ilgili ilk girişimleri başlattığı belirtilmektedir. Hasta haklarıyla ilgili ilk ulusal belge Amerikan Hastaneler Birliği’nce yayınlanmıştır (Hakeri, 2007:27-44). 12 maddeden oluşan Hasta Hakları Bildirgesi, temel hasta haklarını kısa başlıklar halinde de olsa ele alması bakımından önemli bir gelişmedir.

Hasta haklarıyla ilgili çalışmalar ABD dışında da gerçekleştirilmiştir. Avrupa Konseyi (Council of Europe), Dünya Sağlık Örgütü (WHO- World Health Organization) ve Dünya Tıp Birliği (WMA- World Medical Association) de Hasta hakları konusunda çalışmalar yaparak öneriler vermişler ve bildiriler yayınlamışlardır. Bu çalışmalar ülkelerin ulusal düzeyde yasal düzenlemelerine de yansımıştır. Bazı ülkelerde hasta hakları geleneksel, politik ve kültürel koşullar sebebi ile ekonomik kaynakları kullanarak güçlenirken bazı ülkelerde yine aynı sebeplere dayalı olarak sınırlı kalmıştır (Görkey, 2003:100-126).

1981’ de Lizbon’da Dünya Tabipler Birliği tarafından ilan edilen Lizbon Bildirgesi hasta haklarını genel hatlarıyla uluslar arası alanda çizen ilk belge olması sebebiyle önemli bir gelişmedir. Lizbon Bildirgesi’nde yer alan temel kavramlar şöyle özetlenebilir;

- Tüm hastaların onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
- Hasta hekiminden tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.
- Hastalar hiçbir şeyin etkisi altında kalmadan özgürce klinik ve etik karar alabilen hekim tarafından bakılabilmelidir.
- Yeterli bilgilendirmeden sonra hasta önerilen tedaviyi kabul veya reddedebilme hakkına sahip olabilmelidir.
- Hasta hekimini özgürce seçmelidir.

-Hasta dini veya ruhi telkin ve teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir (<http://www.saglikhakki.org>, 2017).

Hasta haklarıyla ilgili hazırlanan diğer bir uluslar arası belge 1994' te DSÖ' nün Avrupa departmanı tarafından yayınlanan, asıl adı "Avrupa' da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" olan Amsterdam Bildirgesi'dir.

Amsterdam Bildirgesi'nin hasta haklarıyla ilgili ilk uluslararası bildirge olan Lizbon Bildirgesi'ne göre daha kapsamlı olduğu görülmektedir. Amsterdam Bildirgesi'nin getirdiği ana kavramlar hastaların bilgilendirme hakkı, insan hakları ve sağlık hizmetlerinde değerler ile, mahremiyet ve sır hakkı, onam (rıza) hakkı, bakım ve tedavi sırasındaki hakları ile bunların uygulanabilmesi olarak özetlenebilir (Görkey, 2003:100-126).

Daha sonra birçok bildirge ile hasta hakları gelişimini sürdürmeye devam etmiştir. Bunlardan birkaçı şu şekildedir:

- Bali Bildirgesi
- İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi
- Avrupa Birliği Hasta Hakları Statüsü

Bali Bildirgesi (Bali, Eylül 1995); 1995 Endonezya Dünya Tabipler Birliği toplantısı sonucunda bildirgenin kapsamı genişletilerek Bali Bildirgesi ismiyle yayınlanmıştır (Hakeri, 2007:27-44). Bu bildirgede haklar şu şekilde açıklanmıştır;

- Sağlık eğitimi,
- Hastanın talebine karşı uygulamalar ve hasta hakları,
- Gizlilik,
- Kendi yazgısını saptama,
- Bilinci kapalı hastalardan aydınlatılmış onam alınma şartları,
- Dini yardım alma hakkıdır,
- Bilgilendirme,
- Onuru koruma,

- Kaliteli tıbbi bakım alma,
- Yasal olarak yeterli olmayan hasta hakları,
- Seçme özgürlüğü hakkıdır.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Strasbourg Kasım 1996 Ovideo 4 Nisan 1997); Avrupa Konseyi bünyesinde yaklaşık yirmi yıldır süren çalışmalar sonunda meyvesini vermiş, biyoloji ve tıp alanlarındaki hızlı gelişmelerin tehdit altına aldığı insan hakları ve onurunun korunabilmesiyle ilgili ilk uluslararası hukuk belgesi 1997 tarihinde imzaya açılmıştır (Forsman, 2000:95-106). Sözleşmenin ana ilkeleri;

- İnsanın üstünlüğü,
- Tıbbi müdahalelerde özgür ve aydınlatılmış rıza,
- Bilimsel araştırmalar,
- Organ ve doku nakilleri,
- Özel hayata saygı,
- İnsan Genomu ile ilgili düzenlemeler,
- İnsan kopyalanmasının yasaklanması.

Avrupa Birliği Hasta Hakları Statüsü (Şartı) (Roma- Kasım 2002); "Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi)" veya "Temel Doküman" olarak adlandırılan bu belge Roma'da Kasım 2002'de "Active Citizenship Network Grubu" tarafından düzenlenip tartışmaya açılmıştır. Belgede net bir şekilde Avrupa vatandaşları gibi, hakların teorik olarak doğrulanıp, uygulamaya gelince finansman sıkıntısı ve mali sınırlamalar yüzünden inkar edilmelerini kabul edemeyiz denmiştir.

Statü'de "sağlık hizmetlerinin mevcut durumuna uygun geçici somut, uygulanabilir ve düzgün hale getirmeyi amaçlayarak" nesnel olarak 14 temel hasta hakları aşağıdaki gibi sıralanmıştır;

- Gereksiz ağrı/acı ve Sıkıntıdan Sakınma/Kurtulma ,
- Hizmetten Yararlanma,
- Şikayet Etme (Başvuru) ,

- Rıza (onay/onam),
- Nitelikli Hizmet,
- Hastaların Zamanına Saygı,
- Gizlilik (mahremiyet),
- Bilgilenme,
- Hekimi ve Tedaviyi Özgürce Seçim,
- Tazminat İsteme ve Alma,
- Yeniliklere Ulaşabilme ve Yararlanabilme,
- Koruyucu Tedbirlerin Alınması,
- Güvenlik,
- Kişisel Tedavi Hakkı.

1.3.2.2. Türkiye’de Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hukuk sistemimizde tanımlanan belirleyici bir hasta ifadesi yoktur. Kişilerin hastalandıklarında haklarını belirten de özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Mevcut diğer hukuk kaynakları incelendiğinde hasta ve hekimlerin borçlu ve alacaklı olarak tanımlandığı görülmektedir. Gerçekleştirilen tüm müdahaleler ve verilen hizmetler tıbbi açıdan değerlendirilmektedir (Süttaş, 2000:61-100).

Türkiye’de “sağlık hakkı” ilk defa 1961 Anayasasında yer almış ve 1982 Anayasasında da bunlara yer verilmiştir. 1982 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının giriş kısmında bütün Türk vatandaşlarının bu anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden sosyal adalet ve eşitlik gereksinimlerinden faydalanarak milli kültür, hukuk düzeni ve medeniyet içinde onurlu bir yaşam sürdürme ve maddi ve manevi varlığını bu bakımdan geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu belirtilmektedir. Anayasanın 17. maddesinin birinci fıkrasında, “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” denildikten sonra; ikinci fıkrasında da “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” hükmü getirilmiştir. Ayrıca 56. Ve 59.

Maddelerde de vatandaşların sağlığını geliştirici önlemleri alma konusunda devlete sorumluluklar yüklenmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2017:485-488).

Türkiye’de hastaların haklarını ifade eden en son ve kapsamlı hazırlanmış olan yönetmelik 1998 yılında Resmi Gazete’de yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’dir. Yönetmeliğin uygulanabilmesi için, 2003 yılında Hasta Hakları Yönergesi hazırlanmış ve bu şekilde hasta hakları resmi şeklini almıştır. Yönerge, hasta haklarının benimsenmesi ve korunması ile hakların ihlal edilmesi durumunda hak arama yollarını sağlayacak sınırları oluşturmaya çalışmıştır (Güvercin, 2007).

Türkiye’de hasta haklarına ait yapılan düzenlemelerden başlıcaları başlıklar halinde incelenmiştir.

1.3.2.2.1. Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun

Bu kanun (1219 sayılı kanun, Resmi Gazete (RG) yayın tarihi 14.4.1928 ve sayı 863), Cumhuriyet’ten sonra hekimlik alanını düzenleyen ve şuanda geçerliliği devam eden ilk hukuksal düzenlemedir (Özcan & Genç, 1998).

İlgili kanunda diş teknisyenleri, diş hekimleri, tabipler, sünnetçiler, sağlık memurları, hastabakıcıları ve hemşirelerin niteliklerini, çalışma prosedürlerini, yetkilerini ve uyulması gereken kuralları ve uyulmadığı durumlarda uygulanması gereken cezai uygulamalardan söz etmekte olup ayrıca uyulması gereken ahlaki sorumluluklardan da bahsedilmektedir.

Kanun, 80 yıl öncesinde hasta haklarının temelinde bulunan “onam” kavramını gündeme taşıması sebebiyle önemlidir (Güvercin, 2007). Bu Kanun’un 70. maddesinde; *“Hekimler, diş hekimleri ve dişçiler yapacakları her çeşit ameliye için hastanın, hasta küçük veya hacir altında ise, veli veya vasisinin önceden rızasını alırlar. Büyük cerrahi ameliyeler için bu rızanın yazılı olması gereklidir. (Veli ya da vasi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak*

kişi görüş belirtecek durumda değil ise, rıza koşulu aranmaz). Tersine davrananlardan, ilgilinin şikâyetine bağlı olmak koşulu ile on liradan iki yüz liraya kadar hafif para cezası alınır.” hükmü bulunmaktadır. Düzenlemenin yapıldığı zaman dilimi düşünüldüğünde hasta hakları açısından önemli bir adım olduğu düşünülebilir (Güvercin, 2007).

1.3.2.2.2.Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (RG yayın tarihi 19.02.1960 ve no: 10436) 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu’nu temel alarak hazırlanmış olup, hekim ve diş hekimlerinin uymalarının zorunlu olduğu deontoloji kurallarını açıklamaktadır. Bu kurallar esasında hekimlere yönelik sınırlılıklar getirmekle birlikte, doğuracağı sonuçlar sebebiyle hasta haklarının boyutlarını ortaya koymaktadır. Hekim hasta ilişkisinin düzenlenmesi tüzüğün 46 maddesinin yarısını oluşturmaktadır. Hekimlere görevler yüklenirken, bu durumda aynı zamanda hasta haklarını da ortaya koymuştur. Bu düzenlemeyle birlikte bir çok hasta haklarının temeli ilk kez somut bir şekilde ifade edilmiştir. Bu durum nedeniyle ilgili çalışma hasta hakları açısından önemli bir adım oluşturmuştur (Güvercin, 2007).

Tüzüğün ikinci bölümünü hekimlerin hastalarıyla olan ilişkilerini düzenleyen kurallar, üçüncü bölümü ise hekimlerin birbirleriyle ve diğer sağlık meslek mensuplarıyla olan ilişkilerini düzenleyen kurallardan oluşmaktadır. Hekimler muayenehane açma, nakil etme veya kapatma gibi durumlarda bağlı oldukları tabip odalarına yazılı olarak bilgilendirmek zorundadırlar (Özcan & Genç, 1998).

Tabipler tedavi yöntemi olarak istedikleri yöntemi seçebilir hatta hastanın tedavisini de reddedebilir. Ancak tedavi için başka bir tabip olmadığı ve hayati risk taşıyan durumlarda bu hakkı bulunmamaktadır. Sağlık profesyonellerine ait bilgi platformlarında sadece uzmanlık dalı, kimlik, muayene adresi, diploma numarası ile gün ve saatler hakkında bilgi verebilirler. İnsanlar üzerinde henüz zararlı olmadığı ispatlanmamış olan tıbbi müdahale yöntemlerini kullanamazlar.

İrade sakatlığı oluşmaması açısından yanıltıcı ifadeler kullanmamaları gerekmektedir (Özcan & Genç, 1998).

1.3.2.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

224 sayılı Kanun, (224 sayılı ve RG yayın tarihi 12.01.1961 ve sayı: 10705) 1961 Anayasası'nın sosyal devlet olma niteliğinin ve sağlık hizmetlerini sağlamayı devletin esas görevi olduğu yolundaki kararına dayanarak ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ne atıfta bulunarak hazırlanmıştır.

Bu kanunda kapsayıcı ve sürekli hizmet anlayışı yönüyle toplumun tamamına ulaşılmak istenmiştir. Birleştirilmiş hizmet anlayışıyla koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sağlık ocakları aracılığıyla verilmesi amaçlanmıştır. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine ve koruyucu hizmetlere öncelik tanınmıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanamayan yoksul kesimlere de sağlık hizmetleri ulaştırılmaya çalışılmıştır. Bu sebeple gezici sağlık ekipleri kurulmuştur. Sevk zinciri oluşturularak, sağlık ocağında tedavisi gerçekleştirilemeyenler hastanelere yönlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve uygulanmasında halkın katılım sağlaması için 1969 yılında "sağlık ocağı sağlık kurulu" kurulması öngörülmüştür. Sağlık ocakları sadece hasta ve başvuran kişilerin sağlıkları ile değil ayrıca sağlıklı ancak bir başvurusu olmayan kişilerin sağlığından da sorumlu tutulmuştur. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan personellerin görev tanımları yapılmış ve hizmet içi eğitimler alınması sağlanarak personelin mesleki bilgi ve becerilerinin artırılması öngörülmüştür. Bu kanunda yapılması planlanan kayıt ve istatistiki çalışmalarla toplumun sağlık haritasının çıkarılması amaçlanmıştır (Aksakaoğlu, 2008:7-62).

1.3.2.2.4. Hasta Hakları Yönetmeliği

T.C. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği(HHY)'ni 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayınlarak yürürlüğe girmiştir. T.C. Sağlık

Bakanlığı HHY hukuki dayanağını, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'ndan ve 181 sayılı KHK'den alarak hazırlanmıştır.

Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri alanındaki yansıması olan ve başta 1982 Anayasası olmak üzere, mevzuatta ve uluslar arası hukuki metinlerde kabul edilmiş “hasta haklarını” somutlaştırarak kurum dışı sunulan hizmetlerde insan onuruna uygun şekilde herkesin “hasta haklarından” faydalanabilmesine, gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine ve hak ihlallerinden korunabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır. Bu yönetmelik, dağınık halde bulunan hasta haklarını bir araya toplamak ve ayrıca uluslararası belgelere ve tıp etiğine uygun hasta hakları içermesi dolayısıyla önemli bir yere sahiptir (Üye, 2012:140).

Hasta Hakları Yönetmeliği, mevzuatta bir arada bulunmayan hasta haklarına ait düzenlemeleri bir çatı altında toplamış, tartışmalı ve net olmayan konulara netlik kazandırmış ve hasta haklarının talep edilebilir hale getirilmesine sebep olmuştur.

1.3.2.2.5. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi

359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. maddesinin (c) bendine, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'nin 43. maddesine ve 01.08.1998 tarih 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği esas alınarak hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Yönerge içerisindeki sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta haklarına ait uygulamaların insan onuruna uygun şekilde herkesin "Hasta Haklarından" faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerekli durumlarda hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine olanak sağlayan hasta hakları uygulamalarının planlanma, değerlendirilme, uygulanma ve denetlenmesiyle

ilgili esas ve usulleri belirleyerek sunulan sağlık hizmetlerinin adil, kaliteli, düzeyi yüksek ve etkin bir şekilde sunumunu sağlamaktır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

Bu Yönerge'ye dayanılarak, sağlık hizmeti verilen sağlık kurumlarında Hasta Hakları Birimleri kurularak, hasta haklarına uygulama açısından anlam kazandırılmıştır.

1.4. HASTA HAKLARININ BOYUTLARI

Hasta haklarının boyutlandırılması, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan, Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanarak yürürlüğe konulan, HHY'ne aşağıda maddeler halinde ağıklamalarla birlikte daha geniş yer verilmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

1.4.1. Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı Hasta Hakları Yönetmeliğinin 2'nci bölümünü oluşturmaktadır. 9 maddeden oluşan bu bölüm aşağıda yer verilen konuları içermektedir.

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma: Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamanın 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 yükümlölüklerini de içerir.

Bilgi İsteme: Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü

hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulü ile ilgili öğrenme haklarını da kapsar.

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme: 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. Hayati tehlike durumunun olup olmaması önemli bir kriterdir.

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme: Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan hekimlerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Sağlık hizmeti verecek olan personeli seçme, tedavisi ile ilgilenen hekimi değiştirme ve başka hekimlerin konsültasyonunu isteme hakkı vardır. Bu hakları kullanan hasta, oluşabilecek ücret farklılıklarını ödemekle yükümlüdür.

Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme: Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır. Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürhükler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım: Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını isteme hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı: 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 yapamaz ve talep de edilemez.

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

Tıbbi Özen Gösterilmesi: Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

1.4.2. Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 3'üncü bölümünde yer almaktadır. Buna göre *bilgilendirmenin kapsamı*;

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

Kayıtları İnceleme: 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; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir. Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

Bilgi Vermenin Usulü: Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir. Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir.

Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir. Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır. Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır. Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.

Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması uygundur. Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, 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.

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.

1.4.3. Hasta Haklarının Korunması

Hasta Haklarının Korunması Hasta Hakları Yönetmeliğinin 4'üncü bölümünde 3 başlık altında ele alınmıştır:

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi: Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama: Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz. Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimın kararına bağlıdır. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması: Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

1.4.4. Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası Hasta Hakları Yönetmeliğinin 5'inci bölümünde 8 maddeden oluşmaktadır ve şu şekildedir.

Hastanın Rızası ve İzin: Tıbbi 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 tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır. Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma: Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

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

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması: Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın

rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi 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 tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği: Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir. Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

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

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi: İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz. Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir. Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller: Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır. Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.

Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir. Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.

1.4.5. Tıbbi Araştırmalar

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 6. Bölümü tıbbi araştırmalara ayrılmıştır.

Tıbbi Araştırmalarda Rıza: Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz. Tıbbi araştırmalardan beklenen tıbbi fayda ve toplum menfaati, üzerinde araştırma yapılmasına rıza gösteren gönüllünün hayatından ve vücut bütünlüğünün korunmasından üstün tutulamaz. Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

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

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

Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli: Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün rızasının maddi veya manevi hiçbir baskı altında

olmaksızın, tamamen serbest iradesine dayanılarak alınmasına azami ihtimam gösterilir. Tıbbi araştırmalarda rıza yazılı şekil şartına tabidir.

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

İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı: Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmış olsa dahi, sırf tıbbi araştırma amacı ile hasta üzerinde kendi rızası ve Bakanlığın izni bulunmaksızın hiçbir ilaç ve terkip kullanılamaz.

1.4.6. Diğer Haklar

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 7. Bölümü yukarıda ifade edilen haklar dışındaki hakları içerecek şekilde, diğer haklar başlığı altındaki hakları kapsamaktadır. Bu kapsamda; güvenliğin sağlanması, dini hizmetlerden faydalanma, insanı değerlere saygı gösterilmesi, refakatçi bulundurulması ve hizmetlerin başka kuruluşlarca verilmesi hususları ele alınmıştır.

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

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

Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güleryüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerektiğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir.

Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.

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

Hastalar, koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde, tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde, tabii afetler gibi olağanüstü hallerde sağlık hizmetlerinden bulundukları yerlerde de faydalanabilirler.

2. BÖLÜM: HASTA GÜÇLENDİRME

2.1. GÜÇLENDİRME KAVRAMI

Güç kavramı; düşünce ve ahlak açısından bir etki yapabilme veya bir etkiye direnç gösterebilme yeteneği, kuvvet, efor (Türk Dil Kurumu, 2017) olarak tanımlanmaktadır. Barker'a (1999)göre güç, bireylerin bir şeyi bağımsız olarak yapabilmesi veya başkaları üzerinde kontrol ve etkilemeye olanak sağlayan kaynaklara sahip olması şeklinde ifade edilmiştir.

Güçlendirme kişilere, topluluklara, aile fertlerine ve gruplara kendilerini ve çevrelerinin sağladığı kaynakları keşfetmelerine ve bunları kullanabilmelerine yardımcı olma isteğini ve yardım etme sürecini ifade etmektedir (Saleebey, 1999:14-23). Kişilerin etkili kararlar verebilme yeteneğini artırır, kendilerini diğerleriyle entelektüel ve duygusal açıdan eşit düzeyde görmesini sağlar, doğru bildiklerini ve haklarını savunma gücü verir (Home, 1993:990-1005). Güçlendirme çalışmalarının felsefesinde, "işbirliği", "sorun çözme", "katılım", "terapotik ilişki", "eşitlik" ve "karar verme" kavramları yer alır (Barker ve diğerleri, 2000:8-12).

Genel anlamda güçlendirme yaklaşımı kişisel düzeyde kişinin kendi kararlarını verebilmesi ve kendi yaşamı üzerinde kontrolünün artırılmasını ifade ederken, toplumsal anlamda da bireylerin toplumsal kararlar alabilme süreçlerine katılımını önemseyen sosyal ve politik adımları içermektedir. Güçlendirmenin kavramsal olarak ortaya çıkışında, 1960'lı yıllarla birlikte artan toplumsal hareketlerin etkisinde gelişen ve yurttaşlık temelinde tanımlanan hak ve özgürlükler alanındaki kazanımların önemli yeri olduğu gibi, özellikle 1980 sonrasında dünyada çoğu ülkede farkındalığı artan toplumsal eşitsizliklerin düşürülmesine yönelik tavsiye edilen sosyal politikaların kapsamında da vurgulanan bir kavram olmasının etkisi büyük olmuştur (Tekin ve diğerleri, 2009:23-36).

Güçlendirme kavramı yetkilendirme kavramı olarak bazı çalışmalarda karşımıza çıkmış olsada genel literatür bilgisi ve yapılan çalışma içerisinde güçlendirme kavramının konuya daha uygun olduğu görülmektedir. Bu sebeple çalışma içerisinde güçlendirme olarak kullanılmıştır.

2.2. HASTA GÜÇLENDİRME

Güçlendirme, hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin, rollerin ve hasta özerkliğinin daha fazla desteklenmesi, hastaların bakım şartlarına ait kararlara dâhil edilmesi olarak tanımlanabilir. Çalışmalar, kronik hastalıklar açısından en etkili profesyonel destek şeklinin “güçlendirme modeli” olduğunu göstermektedir. Sağlık profesyonelleri ile güçlendirme temelli bir ilişkide, bilgi-beceri-güven sürekli olarak profesyonelden kişilere doğru aktarılır. Bunun sonunda kişiler uzun süre profesyonellere ihtiyaç duymaz, kendi kendini idare edebilir (Olgun & Ulupınar, 2004:57-65).

Hasta güçlendirmesi çok karmaşık ve paradoksal bir kavramdır; farklı seviyeleri (mikro, mezo ve makro) çeşitli açılardan (hasta, sağlık hizmeti sağlayıcısı veya sağlık sistemi), farklı değerlendirmeleri (teori, süreç, müdahale, sonuç, his veya paradigma) ve disiplinleri (psikoloji, sosyoloji, hemşirelik ve sosyal hizmet) kapsar. Dolayısıyla, her biri farklı vurguya sahip farklı tanımlar kullanılmaktadır (McAllister ve diğerleri, 2015).

Hastalar açısından güçlendirme yaklaşımı incelendiğinde, hastaların öz yeterlilik, kontrol ve yetkinlik kazanarak bireysel tercihlerini belirtebilmeleri, karar verme süreçlerine etkin şekilde katılmaları, ihtiyaç duydukları kaynaklara kendileri erişebilmeleri, diğer kişilerle güçlü ilişkiler oluşturabilmeleri ve bu yöntemlerle yaşam kalitelerini artırabilecekleri birçok sonuca ulaşmayı hedefleyen bir işleyiş olarak düşünülmelidir. Bu bağlamda, “güçlendirilmiş hasta” (empowered patient), güçlendirme sürecinin aktif öznesi konumunda olan ve yapabilir hale gelen (enabling) bireyleri tanımlamaktadır (Tekin ve diğerleri, 2009:23-36).

Hastanın güçlendirilmesini Anderson & Funnell (2015:1-6), sağlık çalışanlarının hastaları eleştirel düşünmelerine ve hastaların kendi sağlık kararlarını almalarını ve hastalıklarını kontrol altına almalarını sağlamak için özerk bir şekilde hareket etmelerini sağladıkları bir süreç olduğunu belirtmişlerdir.

European Patients Forum (EPF), AB'nin Hasta Güvenliği ve Bakım Kalitesi Üzerine Ortak Eylem'i (PASQ) için geliştirilen güçlendirme tanımını kullanmaktadır: Buna göre güçlendirme, "insanların kendi hayatlarını kontrol etmesine ve kendilerinin önemli olarak tanımladığı konularda hareket etme kapasitelerini arttırmalarına yardımcı olan çok boyutlu bir süreçtir". Kolektif güçlendirme ise, "bireylerin ve toplumların ihtiyaçlarını ifade edebilmeleri için; endişelerinin dile getirilebilmesi, karar alma süreçlerine dahil olma stratejilerinin geliştirilmesi ve bu ihtiyaçların karşılanabilmesi için sosyal, kültürel ve siyasi olarak harekete geçebilme süreci "olarak tanımlanmıştır (European Patients Forum, 2015:3-11).

Güçlendirme uygulamaları, hastaların (ve uygun olduğunda informal bakıcılarını) yapmak istedikleri ölçüde durumlarına ilişkin kararlara katılma kapasitelerini donatmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda hastaların sağlık profesyonelleri ile birlikte hareket ederek, tedavi sürecinde durumlarının "eş-yöneticileri" haline gelmeleri, hastalığın günlük yaşantıdaki etkilerini (fiziksel, duygusal ve sosyal) yönetmek için kendine güven, benlik saygısı ve baş etme becerilerini geliştirmeyi önermektedir (European Patients Forum, 2015:3-11).

Kişisel ve toplumsal güçlenmenin örtüşen alanları Şekil 1'de gösterilmiştir(Rissel, 1994:39-48). Buna göre; güçlendirme, mikro düzeyde (sadece hasta) sağlık uzmanı, hasta ve sistem için önemli temas noktasıdır; bu durumda güçlendirme(me) genellikle hasta-sağlık uzmanı arasındaki ilişkide ortaya çıkmaktadır. Mezo düzeyde ise (organizasyon, örneğin hastane), bakım verme süreçleri veya çevre düzenlemesi güçlendirici veya güçlendirmeyici olabilmektedir. Makro düzeyde (politika) bakılacak olursa; güçlendirme(me), hasta bilgilerini veya bunun eksikliğini, hasta haklarına ait kanunlarının

uygulanmasını, hastaların sağlık politikasına katılma fırsatlarını (eksikliği), sistemin şeffaflığını kapsayan faktörlerden oluşmaktadır (European Patients Forum, 2015:3-11).



Şekil 1 : "Güçlendirme : sağlığın geliştirilmesinin mukaddes kasesi ?", (Rissel, 1994)

2.2.1.Hasta Güçlendirmenin Gelişim Süreci

Hastaların güçlendirilmesi, hastaların pasif rollerini bırakarak karar verme sürecinde (sağlık ve yaşam kaliteleri konusunda) aktif rol oynamasına olanak tanıyan bir kavramdır. Kavram, sosyal eylemde ve topluluk çıkarlarıyla ilişkili (yoksul, işçi sınıfı sakinleri, kadınlar ve etnik azınlıklar gibi ezilen) grupların özerkliğini, gücünü ve etkisini arttırmaya yönelik çabalar ile kök salmaktadır (Kieffer, 1983:9-36).

1960'larda kişisel hakların geliştirilmesi kapsamında yapılanlar eksiklere ve mevcut duruma odaklanmanın ötesinde bireylerin ve toplumların haklarını ve yeteneklerini vurgulamıştır (Julian, 1987:121-148). 1970'lerde ve 1980'lerde bu durum bireylerin kendi kendilerine yardım edebilmelerini ön plana çıkararak, güçlendirme fikrini benimsetmiştir(Kieffer, 1983:9-36) ve sonrasında da bu fikir büyümeye devam etmiştir. Hasta güçlendirmenin öneminin anlaşılmasında, son otuz yılda yapılan ve uluslararası ilgi odağı haline gelen bir dizi politika değişikliği etkili olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization,

2010) gibi diğer uluslararası kuruluşlar hastaların seslerinin duyulması gerektiğini vurgulayan yönergeler yayınlamıştır (World Health Organization, 1986). Buradaki vurgu özellikle, insanların sağlığını etkileyebilecek faktörler üzerinde kontrol sahibi olmalarına yardımcı olmaktır. Dolayısıyla hem bireysel hem de kolektif güçlendirme, hastaların kendi hayatlarını kontrol etme becerileri açısından kritik öneme sahiptir (Castro ve diğerleri, 2016:1923-1939).

Hastaları güçlendirme arzusunun temelinde, daha fazla hasta katılımı yönünde bir eğilim söz konusudur. Bu eğilimin temelinde ise, mevzuat düzenlemeleri, politikalardaki gelişmeler, genel olarak toplumdaki gelişmeler ve sağlık hizmetleri yer almaktadır (Tambuyzer ve diğerleri, 2014:138-150). Hastalar ya da hasta organizasyonları her geçen gün hasta bakımı konusunda stratejik seviyelerde aktif rol oynamaya davet edilmektedir. Hastaların kendi bedenleri, semptomları ve durumları konusunda daha bilgili oldukları düşünülmektedir. Dolayısıyla hastaların bu deneyimsel bilgileri profesyonellerin bilgilerini tamamlayıcı (Borkman, 1976:445-456; Caron-Flinterma ve diğerleri, 2005) görülerek, bakımın başarısı ve kalitesinin yükseltilmesi için önemli olduğu düşünülmektedir (Castro ve diğerleri, 2016:1923-1939). Başka bir ifadeyle hastaların bakım sürecindeki kararlara dahil edilmesi mesleki bilgi ile uygulama (deneyim) arasındaki boşluğun doldurulmasında köprü görevini göreceği, bu durumun sağlık hizmetlerinin hasta odaklı hale getirmede önemli olduğu düşünülmektedir (Kofahl ve diğerleri, 2014).

Dolayısıyla 1970'lerin başında doktorlardan, hastalarını tanı ve tedavi sürecinde hastaların kendileri hakkında (sadece tıbbi-teknik yönleri değil, aynı zamanda duygusal, manevi ve ilişkisel boyutları da içeren) bildikleri her şeyi dahil etmeleri gerektiği ifade edilmiştir istenmiştir (Castro ve diğerleri, 2016:1923-1939).

1986'da açıklanan Ottawa Sözleşmesinde, sağlığı geliştirmede güçlendirme yaklaşımı öne çıkmış, buda topluluk girişim ve eylemlerinin güçlendirilmesi ve bireysel yetkinliklerin geliştirilmesi önemli uygulama araçları olarak ifade edilmiştir. Topluluk girişim ve davranışlarının güçlendirilmesi; sağlığı geliştirme

sürecinin odağında, toplumu kendi gayret ve kaderlerine sahip çıkılması ve bunları kontrol altına alabilmesi açısından güçlendirmeyi tanımlarken, bireylerin sağlıkları için, çevrelerinde daha fazla kontrole sahip olabilmeleri ve sağlığa yönelik tercihler yapabilmeleri için bireysel yeteneklerin geliştirilmesi, sağlığı geliştirmenin kriterlerinden biri olarak gösterilmiştir. Sağlığı iyileştirmek maksadıyla özellikle var olan sağlık şartlarındaki farklılıkları gidermede ve bütün insanlara eşit şartlar ve kaynaklar sağlamada yükümlülüğün sadece sağlık sektörüne ait olmadığı, ekonomik ve sosyal alandaki sektörlerin, gönüllü organizasyonların ve yerel yönetimlerin de önemli yükümlülüklerinin olduğu vurgulanmıştır (Aktan & Işık, 2007).

Sağlık bakım sistemlerinde, bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla belirlenen ve 21. Yüzyılda “Yeni Bir Sağlık Sistemi” başlığı altında ortaya konan hedefler arasında “hasta odaklılık” yer almaktadır (Wolfe, 2001). Son yıllardaki araştırma ve sağlık politikası gelişmelerinin odak noktasını oluşturan “hasta odaklılığı”nın tanımında tam bir fikir birliği sağlanmamış olmakla birlikte; hastanın bireyselliğine, değerlerine, etnisitesine, sosyal geçmişine ve bilgi ihtiyacına saygı gösteren bir yaklaşım olarak görülmektedir (Castro ve diğerleri, 2016:1923-1939).

Dünyada bu gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de, 1980 yılı sonrasında özellikle dikkat çekmeye başlayan, son dönemlerde önem kazanan kamu hizmetlerinin tekrardan düzenlenmesine ilişkin yapılan çalışmalarda, 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm” programının hedefleri arasında ‘hakkaniyetli, etkili, verimli sağlık hizmeti sunmak’ yer almıştır. Ayrıca bu hedeflerin yanı sıra, hastaların güçlendirilmesi de öne çıkan kavramlardan biri olmaya başlamış; sağlık düzenlemelerinde bilgilendirme, tüketicilerin katılımı ve hasta hakları sık sık üzerinde durulan konular olmuştur. 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği’nin kabulü, 2003 yılından itibaren hastanelerde hasta hakları kurullarının ve birimlerinin oluşturulması gibi yasal düzenlemeler hastaların güçlendirilmesi açısından değerlendirilebilecek uygulamalara örnek olarak söylenebilir (Tekin ve diğerleri, 2009:23-36).

2.3. HASTA GÜÇLENDİRMEYLE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Mevcut sağlık politikasının önemli bir özelliği, uzun vadeli koşullara odaklanmasıdır. Bunlar 'iyileştirilemeyen ancak ilaç ve / veya terapi ile tedavi edilebilen' koşullar olarak tanımlanır (Small ve diğerleri, 2013:263). Uzun vadeli koşulların yönetimi ile ilgili politika, aktif sağlık hizmet sunumunda hasta katılımına ve kendi kendini yönetmenin önemine öncelik verir (Hibbard ve diğerleri, 2010:65-72).

Hasta güçlendirme kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için güçlendirmeyle ilişkili olan bazı kavramların açıklamalarına aşağıda yer verilecektir.

2.3.1. Hasta Katılımı

Katılımın hem bireysel hem de kolektif boyutu vardır. Bireysel boyut, hastalar ve aileleri veya bakım verenler, uygun olduğunda, durumlarıyla ilgili kararlara (örn., Paylaşılan karar alma, kendi kendine yönetim yoluyla) katılması ve belirli tecrübeleriyle hastalar olarak örgütsel öğrenmeye katkıda bulunmasını ifade etmektedir. Kolektif boyut ise, hastaların, temsilci organizasyonlar aracılığıyla, sağlık politikalarının oluşturulması, organizasyonu, tasarımı ve sunumuna katılım yoluyla sağlık sisteminin şekillendirilmesine katkıda bulunma derecesi ifade etmektedir (European Patients Forum, 2015:3-11).

Dolayısıyla bireysel veya kolektif olarak hasta katılımı, mikro, orta ve makro düzeylerde gerçekleşebilir. Örneğin; bireysel (mikro) düzeyde, hastalar ortak karar alma ve kendi kendine düzenlemeye katılırken, organizasyon (orta) seviyesinde, hastalar hastanelerde kalite geliştirme girişimleri içine girerek katılabilir. Politika (makro) düzeyinde ise, hasta organizasyonları sağlık politikasını şekillendirmeye katılabilirler (European Patients Forum, 2015:3-11).

Sağlık hizmetlerine katılım; hasta ve sağlık sistemi arasında veya sağlık profesyonelleri arasında aktif olarak teşhise yardımcı olma konusunda bilgi

sağlama ve problem çözme, tecrübelerin paylaşımı, tedavi ve yönetim öncelikleri, sorular sorma ve/veya ihtiyaçlarına en uygun yönetim yaklaşımlarının tanımlanmasında katkıda bulunulan bir etkileşim veya bir dizi etkileşim olarak tanımlanabilir (Haywood ve diğerleri, 2005:12-23).

Anlamli hasta katılımı: Alma Ata deklarasyonu sağlık alanında sivil katılımı hem bir hak hem de bir görev olarak tanımlamaktadır: "Halk, sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması için bireysel ve toplu olarak katılma hakkına ve yükümlülüğüne sahiptir" (Dünya Sağlık Örgütü, 1978).

European Patients Forum (EPF) tarafından tanımlanan "Anlamli hasta katılımı", hastaların, sadece deneyimsel bilginin değerli bir kaynağı olması ve türetilen belirli bir uzmanlığına sahip olduğu öncülüne dayanır. Hastanın bilgisi, günlük koşullarla yaşamaktan ve sağlık sistemi ile sık temastan kaynaklanmaktadır (European Patients Forum, 2015:3-11).

Hasta katılımı, hastalara ve topluma faydası dokunacak şekilde terapi ve sağlık hizmetleri geliştirmede yarar sağlar. EPF, sağlık politikası ve programlarına anlamli hasta katılımının, hastalar için gerçek değer katan hizmetlerin sağlanmasının yanı sıra gereksiz hizmetlerinde (israf) azaltılacağına inanmaktadırlar. AB'deki sağlıkla ilgili politikalar, programlar ve projelerin geliştirilmesi ve uygulanmasında anlamli hasta katılımının sağlanması Avrupa Hastalar Formu'nun hedefleri arasında yer almaktadır (European Patients Forum, 2013:14).

2.3.2. Öz Yönetim

Katılım ve öz yönetim arasında açıkça çakışmalar olmasına rağmen, katılım genellikle sağlık mesleği ile ilgili karar alma sürecinde hastanın katılımını ifade ederken öz yönetim, karar vermenin bir sonucu olarak sağlık davranışıyla daha yakından ilgilidir (Small ve diğerleri, 2013:263).

Öz-yönetim davranışları; bireyin tedavisi, fiziksel belirtileri, psikososyal etkileri ve yaşam tarzı değişikliklerini, kronik hastalıklarla uyum sağlamak için gerekli olanları yönetebilme kabiliyetini ifade eder (Barlow ve diğerleri, 2002).

Bireylerin kendi sağlığı ve esenliği için edindikleri özen; sosyal, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak; uzun vadeli durumlarına bakmak; ve daha ileri hastalık veya kazaları önlemeye dayalı sağlıklı bir yaşam tarzına götürecek eylemleri içerir (Small ve diğerleri, 2013:263).

Kronik hastalığa ilişkin bakış açıları farklı olan hastalar, bu konuda birer “deneyim uzmanı”dır. Hergün bu rahatsızlıkla yaşayan hastalar, bu durumu sağlık profesyonellerinin desteği ile kendi başlarına yönetmeyi ve doğru bakım almak için sağlık sisteminden faydalanmayı öğrenmek zorundadırlar. Kendi kendine yönetim, hasta odaklı bakımın kilit bir unsurudur: kronik hastalıklarda, tedavi çoğunlukla evde ve toplumda hasta tarafından yürütülür ve bu anlamda hastalar zaten “kendi kendini yönetir” (European Patients Forum, 2015:3-11).

Politika yapıcıların perspektifinden de “güçlendirme” kavramının her geçen gün kritik öneme sahip olduğu görülmektedir. Bu durum İngiltere’deki önde gelen sağlık politika yapıcıları tarafından şu şekilde özetlenmektedir:

“Sağlıklarını iyileştirmek için bakım konusunda tecrübeli, ortak karar alma ve harekete geçmede yetkili yeni nesil hastaların oluşturulması ile ilgili fikirlerin uygulanma zamanı gelmiştir” (Donaldson, 2003:1279-1280).

Görüldüğü gibi hasta odaklı bakım, sağlık hizmet sunumunda temel bir ilke haline geldiğinde “hasta güçlendirme” kavramı daha fazla dikkat çekecektir. Nitekim güçlendirme yaklaşımı içerisinde öz-yönetim müdahalelerinin sayısı her geçen gün artmaktadır (Funnell ve diğerleri, 2005).

Kronik hastalığı olan hastalar, öz yönetim davranışlarını uygun şekilde yerine getirmek için sağlık bilgisi ve sağlık kaynaklarını kullanmak zorundadırlar (Estacio & Comings, 2013).

Öz yönetim, hastalar ve sağlık ekibi arasındaki ortaklık olarak anlaşılabilir: ekip hastaları hastalıklarıyla "yaşamak" ve koşulların (fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal) etkilerini yönetmede desteklemelidir. Kendi kendine yönetim desteğiyle, hastalar güven, öz-yeterlik duygusuyla günlük yaşantılarını kontrol altına alıp mümkün olan en yüksek yaşam kalitesini elde etme becerilerini geliştirebilirler. Bu durum, uyumun artırılması, hastaneye yatış, acil ziyaretlerin azaltılması ve sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi gibi tüm mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanmaya yardımcı olur (European Patients Forum, 2015:3-11).

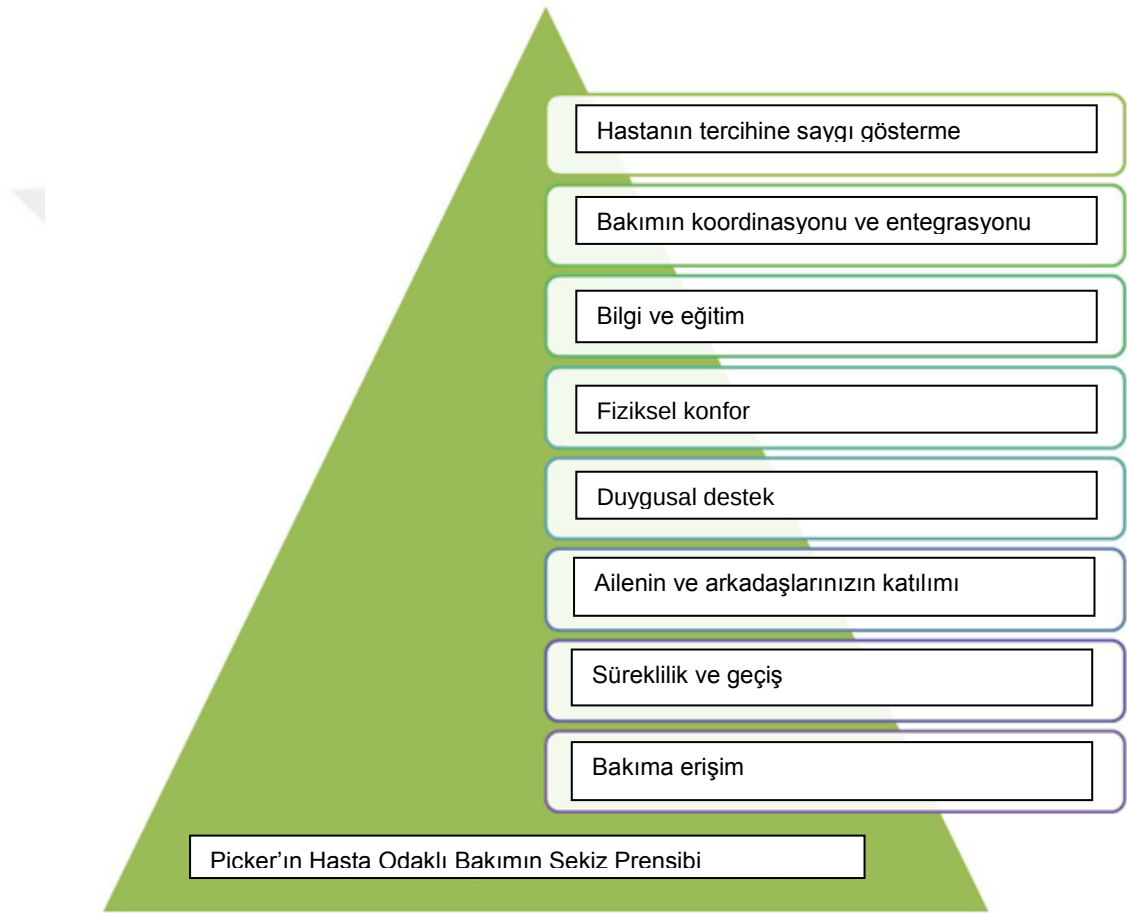
Sonuç olarak kendi kendine yönetim, hastayı kendi başına baş etmeye ikna etmek anlamına gelmez. Her bir kişinin bireysel ihtiyaç ve tercihlerine göre uygun destek ve araçları sağlayan bütünsel bir yaklaşımdır (European Patients Forum, 2015:3-11).

2.3.3. Hasta Odaklılık

Hasta odaklılık, bakım veren kişinin hastayla olan etkileşimini etkileyebilecek kişisel nitelikleri ve öznelliklerini ortaya koyarak, bakıcı ve hastanın diyaloga girerek tedavi konusunda ortak bir zemin ve anlaşma bulmaya çalışmaları olarak ifade edilebilir. Ayrıca hasta odaklılık, sağlık sunucusunun hastaların bilgi gereksinimlerini karşılamaya ve karar vermede paylaşmaya duyarlı olmaya çabaladığının bir ifadesidir.

Hasta odaklı bakım, bakımın hasta (ve aileleri) için anlamlı ve değerli yollarla uygulanmasıdır. Dolayısıyla bakım verirken hastanın dinlenmesi, bilgilendirilmesi ve onun sürece dahil edilmesini içerir. IOM (Institute of Medicine), hasta odaklı bakımı, "Bireysel hasta tercihleri, ihtiyaçları ve değerleri için saygılı ve bunlara cevap veren bakımın sağlanması ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlamak" şeklinde tanımlamaktadır (Institute of Medicine, 2001).

Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunda hasta odaklı bakımın önemli bir etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu konuda Picker Enstitüsü ve Harvard Tıp Fakóltesi tarafından yürütölen ve hasta odaklı bakımın ne anlama geldiği sekiz prensip altında ortaya konulmuştur(Şekil 2) (Oneview Revolutionizing Patient Experince, 2015).



Şekil 2: Picker'ınHasta Odaklı Bakımın Sekiz Prensibi
Kaynak : Oneview Revolutionizing Patient Experince, 2015

Pozitif bir hasta deneyimi sağlayan bazı uygulamalara dayanarak oluşturulan hasta odaklı bakımın prensipleri özetle şu şekildedir (Oneview Revolutionizing Patient Experince, 2015):

- *Hastaların değer, tercih ve ifade ihtiyaçlarına saygı:* Hastaları kendi benzersiz değerlerine ve tercihlerine sahip bireyler olarak görüp, karar alma sürecine dahil edin. Hastaların kültürel değerlerine ve özerkliğine saygı ve duyarlılıkla davranın.
- *Bakımın koordinasyonu ve entegrasyonu:* Hastaların, hastalıkları karşısında güçsüz ve savunmasız hissetmeleri tedavi süreci açısından olumsuz bir durumdur. Dolayısıyla bakımın doğru kordinasyonu bu duyguları hafifletmede yardımcı olabilir. Bu duyguların hafifletilmesinde öncelikli alanlar: Klinik bakımın koordinasyonu, yardımcı hizmetler ve destek hizmetlerinin koordinasyonu, önde gelen hasta bakımı koordinasyonu olarak belirtilmiştir.
- *Bilgi ve eğitim:* Görüşmelerde, hastalar durumu hakkında tamamen bilgi almadıklarından endişe duyuyorlardı. Bu korkuyu gidermek için hastaneler üç çeşit iletişim üzerinde yoğunlaşabilir:Klinik durum ve ilerleme hakkında bilgi, bakım süreçleri hakkında bilgi, özerklik, öz bakım ve sağlık teşvikini kolaylaştırmak için bilgiler olarak ifade edilmiştir.
- *Fiziksel konfor:* Fiziksel rahatlama hastaların rapor düzeyi, deneyimleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hastalar için özellikle önemli olan üç alan:Acı Yönetimi, aktiviteler ve günlük yaşam ihtiyaçları için yardım, hastane çevresi ve çevre olarak ifade edilmiştir.
- *Duygusal destek, korku ve endişenin hafifletilmesi:* Hastalıkla ilgili korku ve endişe, fiziksel etkiler kadar zayıflatıcı olabilir. Öncelikli olan korku ve endişeler: Fiziksel durum, tedavi ve prognoz üzerine endişe, hastalığın kendileri ve aileleri üzerindeki etkisi üzerine endişe, hastalığın maddi etkisi üzerine endişe olarak ifade edilmiştir.
- *Ailenin ve arkadaşlarınızın katılımı:* Bu ilke, hasta deneyiminde ailenin ve arkadaşlarının rolünü ele almaktadır. Hasta odaklı bakımın aile boyutları:

Aile ve arkadaşlar için konaklama sağlamak, karar vermede aileyi ve yakın arkadaşlarınızı dahil etmek, bakıcı olarak aile üyelerinin desteklenmesi, aile ve arkadaşların ihtiyaçlarını tanıma olarak belirtilmiştir.

- *Süreklilik ve geçiş:* Taburcu olduktan sonra hastalar kendileri için bakım olanakları konusunda endişe duyabilirler. Bu alanda hasta ihtiyaçlarını karşılamak için şunlar gereklidir: İlaçlar, fiziksel sınırlamalar, beslenme ihtiyaçları vb. ile ilgili anlaşılabilir, ayrıntılı bilgi verilmesi, taburculuktan sonra devam eden tedavi ve hizmetleri koordine etmek ve planlamak, klinik, sosyal, fiziksel ve finansal desteğe erişimle ilgili sürekli bilgi sunmak.
- *Bakım hizmetlerine erişim:* Hastalar, ihtiyaç duyulduğunda bakıma erişebildiklerini bilmeleri gerekir. Başta ayaktan bakım olmak üzere, şu alanlar hasta için önem taşımaktadır: Hastaneler, klinikler ve doktor ofislerinin bulunduğu yere erişim, ulaşımın uygunluğu, randevuları planlama kolaylığı, gerektiğinde randevuların mevcudiyeti, danışma için uzmanlara veya özel servislere erişilebilirlik, tavsiyelerin ne zaman ve nasıl alınacağı konusunda açık talimatlar.

2.3.4. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı “bir bireyin temel sağlık bilgi düzeylerini ve hizmetlerini elde edebilmesi, yorumlaması ve anlamasına ait kapasitesi ve bu bilgi ve hizmetleri sağlığı artırıcı bir şekilde kullanma yetkinliği” (Wilson, 2001) olarak tanımlanır. Bir başka deyişle sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla ve seçimlerini ifade etmek amacıyla sağlık bilgisi ve kavramlarını araştırma anlama, değerlendirme ve kullanmak için geliştirdikleri geniş kapsamlı beceri ve yetkinlikler anlamına gelir.

Bireylerin sağlık sorumluluklarının yanısıra; sağlık hizmetleri alanındaki büyük gelişmeler, ileri teknoloji kullanımı, mevzuat ve uygulama değişiklikleri sağlıkla ilgili bilgilerin sağlık profesyonellerinden sağlık hizmeti tüketicilerine ulaştırılmasını da zorlaştırmaktadır. Bu zorluğun sebepleri arasında tanı koyma sürecinin karmaşıklığı, sürekli değişen ve büyüyen araştırma verileri dinleme, kültürel farklılıklar, yaşa bağlı fiziksel ve kognitif farklılıklar, öğrenme ve hatırlamayı etkileyen duygusal durumlar ile birlikte sınırlı okuryazarlık düzeyi de sayılabilmektedir (Akalın, 2012).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek bireyler; hasta olmadan önce de sağlık hizmetlerinden (koruyucu hizmetler) faydalanma bilincine sahiptirler; sağlığın korunmasının sadece sağlık profesyonellerinin işi olmadığını bilirler. Kendi sağlığı ve toplum sağlığı için kendisinin de yapması gereken şeyler olduğu sorumluluğundadırlar (Tözün & Sözman, 2014:48-54).

Örnek olarak hipertansiyon, diyabet veya kalp hastalıklarının ne tür bir hastalık olduğuna dair sebeplerini, bunların korunup ve önlenmesi için gerekenlerin insanlara ihtiyaç duyacakları bilgilerin ulaştırılmasıdır. İnsanların bunları anlayabilmesi, bu bilgilere kolayca ulaşabilmeleri sonucunda bu bilgiler doğrultusunda hareket etmeleri beklenir (Bilir, 2014:61-68).

Düşük sağlık okuryazarlığı becerilerinin bazı olumsuz sonuçları bulunmaktadır (Agency for Healthcare Research and Quality, 2011):

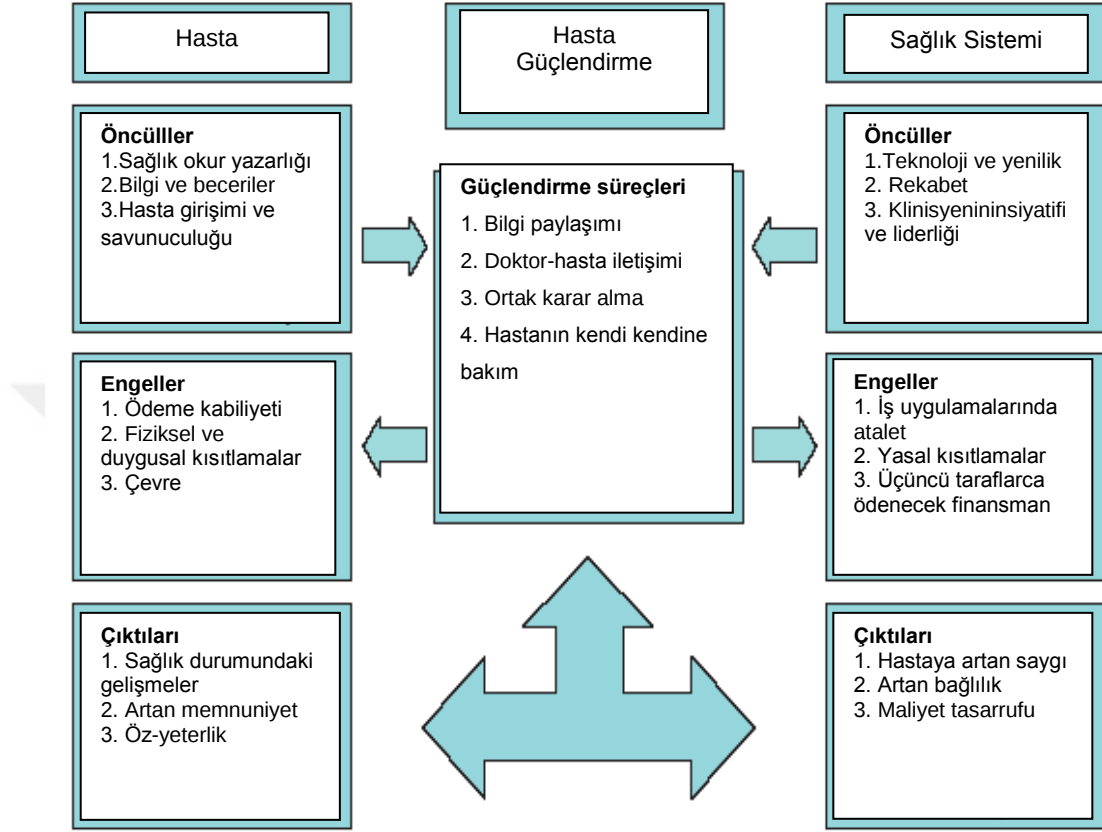
- Sağlık bakım hizmetleri ve sağlık sonuçlarına yönelik daha zayıf bilgi ve anlayışa,
- Hastanelerde daha çok kalmaya,
- Bazı kronik hastalıkların daha yaygın ve şiddetli olarak yaşanmasına,
- Daha düşük genel kabul görmüş sağlık ölçümlerine,
- Daha düşük oranda izleme ve önleyici hizmetlerin kullanımına,
- Daha yüksek sağlık bakım maliyetlerine,
- Sağlık bakım hizmetinde daha fazla eşitsizliğe neden olmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili Avrupa ülkelerinin 8'inde(Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) gerçekleştirilen çalışma sonucunda, genellikle sağlık okuryazarlığının yüksek olmadığı, ülkeler arasında farklılıkların mevcut olduğunu, ülke içerisinde bazı grupların bu açıdan daha hassas olduğu tespit edilmiştir. Ülkeler genel anlamda değerlendirildiğinde çalışmaya katım sağlayanların %12'sinin konu hakkında yeterli olmadığı ve %35'inin de sorunlu seviyelerde bilgi ve yeteneğe sahip olduğu bulunmuştur. Genel olarak eğitim ve gelir düzeyi düşük kesimlerde, azınlık gruplarında, özellikle yakın zamanda göç edenlerde, genel sağlık seviyesi düşük olanlarda, uzun süreli sağlık problemi yaşayanlarda ve yaşlılarda sağlık okuryazarlığı seviyesinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi amacıyla üç şekilde müdahale yapılması tavsiye edilmektedir; sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması, buna yönelik politikalar saptanması, genel eğitim seviyesi düşük olanların desteklenmesi, yönetsel reformlar yapılması ve bunların uygulanması. Sağlık okuryazarlığı bulaşıcı olmayan hastalıkların engellenebilmesi ve korunma programlarının etkililiğinin artırılması bakımından daha fazla önem arz etmektedir. Konuyla ilgili çalışmalarda belirli uzmanlık dernekleri ve gönüllü sivil toplum kuruluşları ile ortaklaşa çalışmalar yapılması fayda sağlamaktadır (Bilir, 2014:61-68).

2.4. HASTA GÜÇLENDİRMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasta güçlendirme, hasta ve sağlık sistemi arasındaki ortaklıktan doğan süreçleri kapsamaktadır. Bilgi paylaşımı, doktor-hasta iletişimi, ortak karar alma ve hastanın kendi kendine bakımından oluşan hasta güçlendirme sürecinin hasta ve sağlık sistemi arasında bazı öncüller, engeller ve çıktılardan meydana geldiği Şekil:3'te görülmektedir. Hasta için öncüller; sağlık okuryazarlığı, bilgi ve beceriler, hasta girişi ve savunuculuğu iken sağlık sistemi için öncüller; teknoloji ve yenilik, rekabet, klinisyenin insiyatifi ve liderliğinden oluşmaktadır. Buna karşın ödeme kabiliyeti, fiziksel ve duygusal kısıtlamalar ve çevre faktörleri hastalar için engeller teşkil ederken, sistem açısından iş uygulamalarında atalet, yasal kısıtlamalar ve finansman kaynakları engelleri

oluşturmaktadır. Bu etmenler doğrultusunda oluşan çıktılar hasta, sağlık sistemi ve hasta güçlendirme arasında ilişkiyi ortaya koymaktadır (Şekil 3).



Şekil 3: Hasta ve sağlık sistemi arasındaki ortaklık olarak hasta güçlendirme

Kaynak: Bridges, Loukanova, & Carrera, 2008

Uzun dönem bakım alan bireylerin yaşamları boyunca kaliteli ve sağlıklarıyla ilgili daha az sorun yaşamalarını sağlamak adına yapılan hasta güçlendirme çalışmaları içerisinde bireylerin çevreleri ve sağlık profesyonellerini de önemli bir etmeni teşkil etmektedir. Sadece bireylerin güçlendirilmesi kronik hastalıklar için yeterli olmamaktadır. Yaşamlarını birlikte devam ettirdikleri aile üyelerinin de bu sürece dahil edilmesi sürecin başarı ile sürdürülebilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu duruma ilişkin muhtemel sorunlar ve güçlükler için bazı ifadeler şunlardır:

Sağlık ekibinden kaynaklanan güçlükler:

- İş merkezli çalışma

- Konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları
- Empati yokluğu
- İş yoğunluğu
- Yargılayıcı tutum

Bireye ait güçlükler:

- Özgüven, özbakım eksikliği
- Hastalığı red/kabullenmeme
- Yanlış inançları, korkuları
- Anksiyete
- Varolan başka hastalıkları
- Bilgi ve becerisinin yeterli olmaması
- Sorumluluktan kaçma

Aile ve çevreden kaynaklanan güçlükler:

- Yanlış inançları ve tutumları
- Ailenin yaklaşımı; kabullenmeme, aşırı koruyucu tutum ya da dışlama
- Düşük sosyo-kültürel düzey
- Ekonomik güçlükler(Olgun & Ulupınar, 2004:57-65).

Ancak hastaların bakış açısına göre, sağlık sistemleri genellikle hastanın ihtiyaçlarını karşılamadığı için kronik koşullarla iyi baş edememektedir (European Patients Forum, 2015:3-11).

Güçlendirmenin "üstten-aşağıya" dayatılamayacağının farkına varmak önemlidir bu ancak kolaylaştırılabilir. Bir hasta karar vermeye katılmamayı seçebilir, bunu sağlık çalışanlarına devredebilir. Aynı hasta, farklı koşullar altında, karara az ya da çok müdahil olmak isteyebilir. Aynı şekilde, hasta, tüm seçeneklerin tartışılmasından sonra herhangi bir tedavi görmemeyi seçebilir.

Daha yaşlı hastalar ve hayati tehlike oluşturan daha şiddetli hastalar, tedavi kararlarını profesyonellere bırakmak istemektedirler. Akut durumlarda, örneğin acil hastaneye yatma, evde kronik bir durumu yöneten hastalardan aktif olarak daha az etkilenmektedir. Ayrıca, hasta katılımının algılanmasında bazı kültürel farklılıklar da vardır (Coulter ve diğerleri, 2008:3-5).

Hasta güçlendirmeyi etkileyen bir diğer önemli noktada erişimdir. Dolayısıyla erişim eşitliği ve hasta güçlendirme kavramları birbirleriyle yakından ilişkilidir. Diğer bir önemli husus ise; eğer güçlendirme yaklaşımları dikkatli bir şekilde uygulanmaz ise, mevcut eşitsizlikleri daha da kötüleştireceğidir. Çünkü bazı grup ve kişilerin diğerlerine göre daha fazla güçlendirmeye ihtiyacı vardır. Dolayısıyla “tek boyut”lu bir güçlendirme yaklaşımı tüm ihtiyaçları karşılamayabilir.

EPF'nin görüşü eşitlik ve güçlendirmenin her ikisi de sistem meselesidir: Sağlık sistemi ve hizmetleri, dezavantajlı veya sosyal olarak dışlanan hastalar da dahil olmak üzere tüm kullanıcılar için güçlendirilecek şekilde tasarlanmalıdır. Hasta haklarının ve insan haklarının uygulanması, örneğin sağlık personelinin yasal olarak korunmasından ziyade, hastanın anlamlı bir seçim yapma yeteneğine odaklanan anlamlı bir bilgilendirilmiş onam sağlanmalıdır; hem sağlık sistemi içinde hem de sağlık sistemi dışındaki ayrımcılık yapılmamasını sağlamak için etkili mekanizmalar olmalıdır (European Patients Forum, 2015:3-11).

Hasta-hekim ilişkilerinde güçlendirme modelinin stratejik olarak belirlenmesi, bu etkileşimin doğasının, katılım ve işbirliği temeline bağlı gelişmesini gerektirmektedir. Doktor ve hastanın karşılıklı olarak etkileşim içinde olduğu, birbirlerinin ihtiyaçlarına saygı duyduğu ve sonuca ulaşabilmek için iş birliği içinde hareket ettikleri böylesi bir ilişki modelinin, hastaların güçlendirilmesi açısından önemli bir yol olduğu vurgulanmaktadır(Roberts, 1999:82-92). Bu ilişki tarzının, iki taraf içinde saygının oluşmasını, hastanın güçlü noktalarının geliştirilmesini, hastanın kendi durumuyla ilgili bir “uzman” olarak kabul edilmesini ve bilgi paylaşımını gerektirmektedir (Johnson & Yanca, 2007:300-350) .

Hastaların güçlendirilmesi bakımından bulguların birçoğunda hastaların kendi sağlıkları için ve bakımları için daha çok şey öğrenmeyi ve daha fazla kontrolü sağlamayı istediklerini varsaymaktadır. Fakat hayatı tehdit eden bir hastalığa sahip olduğunda insanlar kontrolün kendilerinde olmalarını istemeyebilirler.

Komplike ve zorlu durumlara ait kararların verilmesiyle ilgili baskılar, zaman kısıtlılıklarının olması ve maddi sebepler nedeniyle hastalar aktif rol üstlenmemeyi ve kararları profesyonellere bırakmayı daha doğru bulabilirler (Woolf ve diğerleri, 2005:293-300).

Ayrıca hastalar tedavi adına karar verme hususunda sorumluluk almadan tıbbi durumlarına ait sadece araştırma yapmayı seçebilirler. Hasta-hekim ilişkisine ait yapılan araştırmalarda, hastaların hastalıkları ve tedavi seçenekleriyle ilgili öğrenme konusundaki isteklerinin yüksek olmasına rağmen tedaviyle ilgili karar verme sürecine aktif olarak rol almak konusunda daha çekimser oldukları görülmüştür(Charles ve diğerleri, 1997:681-692). Bu hastaların görüşmede aktif rol üstlenmemelerinin bir diğer nedeni de, bilginin aktarılmasını doktorun uzmanlığına 'meydan okumak' olarak düşünmeleri ve doktorun olumsuz bir tepki verebileceği konusundaki çekinceleridir. Hormon Replasman tedavisiyle ilgili bilgi araştıran kadınlarla yapılan araştırmada, kadınların sağlık uzmanı ve hasta arasındaki sınırı aşıyor gibi görünmeleri konusundaki kaygıları ve yoğun olarak çalıştıklarını düşündükleri sağlıkçılar için bu durumun gereksiz bir baskı oluşturulmasını istememeleri sebebiyle bilgi paylaşmada isteksiz kaldıkları tespit edilmiştir (Henwood ve diğerleri, 2003:589-607).

Ülkelerin hastalıklar yüzünden sağlık bakım masrafları artmaktadır. Ülkelerin çoğu, GSYİH'nın yüzde 7 ila 9'unu sağlık için harcamaktadırlar. Bu durumun sürdürülebilirlik açısından sıkıntı oluşturması, neredeyse tüm ülkeleri artan maliyetleri azaltma noktasında sağlık reformu yapmaya zorlamaktadır. Yaşlanan toplum, kronik hastalıklar, pahalı teşhis teknolojileri ve yükselen beklentiler, yüksek harcamanın başlıca nedenleri olarak belirtilmektedir. Bu nedenle yeni kavramlar, sağlıklı kalmanın, kronik hastalığın düşük maliyetlerle yönetilmesinin ve yaşlı bakımı ile yaşlanan toplumun üstesinden gelmenin desteklenmesine yol açmaktadır (Beyan, 2010).

Sağlık uzmanlarının güçlendirmeyi amaç olarak belirlemeleri güçlendirme için en doğru yol olacaktır. Bu sadece bir düşünce veya uygulanamayan bir

ideolojide kalırsa başarılı sonuçlar elde edilmesi mümkün olmayacaktır. Bu durumda açık ve net bir şekilde ifade edilmelidir ki sadece kişilerin değil ailelerinin de kendilerini bilgi ve tecrübeler konusunda geliştirmesi ve bu amacın içinde yer alması gerekmektedir (International Diabetes Federation, 1993:990-1005).

Yapılacak yanlışlardan korkulmasından ziyade, bunları tecrübeye dönüştürerek gelişime katkı sağlanmalıdır. Çünkü oluşan sorunların ve mevcut risklerin, iyileştirici etmenlerin tam anlamıyla anlaşılması daha gerçekçi amaçlar, stratejiler seçilmesine olanak sağlar. Eğer hata yapılmışsa baştan belirlenebilir ve bunu düzeltmekle ilgili bir şeyler yapılabilir. Amaçların belirlenmiş olması, yol göstericidir (International Diabetes Federation, 1993:990-1005).

2.5. HASTA GÜÇLENDİRMENİN ÖNEMİ

Gerek kaynakların etkili ve verimli kullanılması gerekse tedavi sürecinin daha etkili yönetilmesi için hasta güçlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Güçlendirme insanların günlük yaşamlarındaki kronik koşullarla iyi yaşamak ve sağlık durumlarını kontrol edebilmek için kişisel kaynaklarını kullanma kapasitelerini artırdığı bir süreçtir. Güçlendirme yönleri, öz-yeterlik, kendini fark etme, güven, başa çıkma becerileri, sağlık okuryazarlığı vb. içerir (European Patients Forum, 2015:3-11).

Güçlendirme uzun dönem bakım gerektiren hastalıklarda, hastalığa odaklı olandan hastaya ve aile odaklı yaklaşıma temel bir kaymayı gerektirir, topluluktaki özdenetimle yaşam rotası yoluyla iyi entegre profesyonel destek sağlar. Bu, hastaların güçlendirilmesine ve sağlık sistemindeki her seviyede yer almalarına imkân verir; bu sayede, hastaların ihtiyaçlarını daha etkin karşılamak için poliçe hazırlamaya ve bakım hizmetlerinin birlikte tasarlanmasına olanak sağlar (European Patients Forum, 2015:3-11).

Uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan kişilerin güçlendirilmesinde amaç, gerek sağlıkları, gerekse sağlık personeli ile ilişkilerinde, kendi yaşamları üzerindeki kontrollerini kazanmasını sağlamaktır. Uzmanlar, kişilerin hastalıklarına özgü bireysel ihtiyaçları olmasına rağmen bu ihtiyaçlarının temelde ortak noktalarının olduğunu belirtmektedirler (Diabetes NSF Team, 2001) . Örneğin:

- Sosyal ve diğer ortamlara girmek,
- Hastalığın psikolojik etkilerinin üstesinden gelmek için stratejiler geliştirmek,
- Semptomların etkilerini ve bunları nasıl tanıyacağını bilme,
- Akut atakların ya da hastalık kötüleştiğinde üstesinden nasıl gelineceğini bilme,
- Profesyonel öğütlerin önemini anlamak,
- Uyku ve dinlenme düzeni kurmak ve yorgunluğun üstesinden gelmek,
- Boş vakitleri değerlendirmek,
- İş kaynaklarını kullanmak ve işlerini yürütmek,
- İlaç kullanımını ve tedaviyi en etkili şekilde gerçekleştirmek,
- Diğer insanların hastalıkla başa çıkma yollarını öğrenmek

Sağlık profesyonellerinin hastaları ile iletişim kurmaları konusunda ön plana çıkan, “Uzmanlık modeli”, ve “güçlendirme modeli” olmak üzere iki farklı yol söz konusudur. “Uzmanlık modelinde”, güç ve sorumluluk sağlık çalışanlarının elindedir; örneğin, bir cerrahi operasyonda, hastanın ameliyatıyla ilgili fazla bilgi sahibi olması önemli değilken, sağlık probleminin tam olarak tedavi edilemediği diyabet gibi kronik hastalıklarda bu model uygun değildir. Bu durumda sağlık uzmanlarının sorumluluğunun hastaya verilmesi daha faydalı olabilir. Peki bu durumda sağlık uzmanı hasta ilişkisi nasıl olmalıdır? Çalışmalar, kronik hastalıklarda en etkili profesyonel destek şeklinin “güçlendirme modeli” olduğunu göstermektedir. Uzmanlarla güçlendirmeye dayalı bir ilişkide, bilgi, beceri, güven devamlı olarak uzmanlardan bireye doğru aktarılır. Bunun sonucunda kişi uzun süre uzmanlara ihtiyaç duymaz, kendini tek başına idare edebilir (International Diabetes Federation, 1993:990-1005).

Örneğin diyabet hastaları için bir çok imkan vardır. Bunlar arasında en çok bilinenler, ilaç tedavileri, yaz kampları, bireysel ve grup eğitimleri, kendi kendine

ölçüm yöntemleridir. Bu yolculuk süresince önemli dönüm noktalarının, geçmişin etkilerinin, geleceğe ilişkin planların ve durulacak yerlerin bilinmesi gelecekteki hedeflerin belirlenmesi ile olabilir. Bunlar, geleceğin görünmesi istenilen resimleridir; nasıl ve ne zaman olması arzu edilen şeylerdir. Öncelikle hedefleri belirlemek, nasıl bir yol izleneceğini belirlemeyi de kolaylaştıran bir uygulamadır. Her imkanın, gayretin, zamanın ve paranın hedeflenen amaca ulaşmadaki etkisi kıyaslanırsa, iyileşmeyi kolaylaştırma ve tedavinin hedefleriyle arasında denge sağlanabilir. Bu şekilde sağlık profesyonellerine bağımlılık azalabilir. Kişi özgürleşir (International Diabetes Federation, 1993:990-1005).

Kişisel bakım ve yönetimin faydaları açıktır. Diyabet hastası olan kişilerin sorumluluğu kendi hayatında, seçimlerinde ve düşüncelerinde kendi kontrolünü sağlamasıdır. Sağlık profesyonellerinin rolü, kişinin yaşamındaki riskler ve değişimlerle alakalı bilgi sahibi olmasını, bunları anlayıp uygulamasını sağlamaktır. Bilgi, eğitim ve kişisel yönetimi sağlayan psikolojik destek diyabet bakımında temeli oluşturur. Diyabetli bireyler risklere ve yaşam tarzındaki değişikliklere uygun davranışları nasıl geliştireceklerini değerlendirmek için bilgi, beceri ve motivasyona gereksinim duyar (Olgun & Ulupınar, 2004:57-62).

Araştırma sonuçları, diyabette hasta eğitimi olmadığı zaman, diyabete bağlı majör komplikasyonların dört kat daha fazla ortaya çıktığını göstermektedir. Bununla birlikte “gözlemci komisyon raporu”, sadece 1/3 hastanenin yapılandırılmış diyabet eğitimi programı olduğunu, sadece 2/3 hastanın bir yıl önceki programda başarılı olduğunu, diyabetli hastaların genellikle yetersiz bilgiye sahip olduklarını ve hastanın bilgilendirilmesi için yapılan faaliyetlere devamının yeterli olmadığını ortaya koymuştur(Home, 1993:990-1005).

Diyabetlerinin yönetiminde daha çok sorumluluk alan insanların kan şekeri düzeyinde, ciddi hipoglisemi ataklarında azalma olduğu, yaşam kalitesinde belirgin bir düzelme olduğu ve tedaviden memnun oldukları görülmektedir.

Birey kendi amaçlarını kendisi belirlediğinde onları sahiplenir, onları gerçekleştirmek için başkasının onay/iznine gerek duymaz. Seçeneklerini sağlık profesyonelleri ve yakın çevresi ile paylaşabilir, tartışabilir ancak hangisini isterse onu seçer. Ancak ilaç kullanımında olduğu gibi bazı olaylarda bu durum farklı olabilir ve profesyonel bir öneri gerekebilir. Seçilen amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir, başarılı olduğunda daha fazla sorumluluk üstlenilir (International Diabetes Federation, 1993:990-1005).

Avrupa sağlık sistemleri kronik hastalıkların yönetiminin özellikle fonlama açısından sürdürülebilirlik konusunda sıkıntı yaşayabileceği ve kronik koşullar ve yaşlanan nüfusla mali açıdan baş edemeyeceği düşüncesi hakimdir (European Patients Forum, 2015:3-11).

Güçlendirilmiş bir hasta, günlük yaşamındaki durumlarının kontrolünü elinde tutmaktadır. Hayatlarının kalitesini iyileştirmek ve davranışlarını ayarlamak için gerekli bilgi, beceri, tutum ve benlik bilincine sahip olmak için harekete geçmekte ve gerektiğinde en iyi refahı elde etmek için başkalarıyla ortak çalışmak için harekete geçmektedirler (European Patients Forum, 2015:3-11).

Hasta güçlendirmenin önemli bir diğer yönünde doğru şekilde güçlendirilmenin sağlanmasıdır. Son yıllarda bilişim teknolojisi alanında yaşanan gelişmeler dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli değişimlere neden olmuş, bilgisayar ve internet, miktarı ve çeşidi gün geçtikçe artan bilgiyi saklama ve yayma konusunda önemli bir işlev üstlenmiştir. Özellikle son on yıldır ülkemizde birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da kullanımı giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (Tekin ve diğerleri, 2009: 23-36).

İnternet kullanıcılarının karşılaştığı doğru ve yanlış bilgiyi birbirinden ayırt edememe riski, üzerinde durulan önemli konulardan biridir. Hastaların çoğunun tıbbi verileri değerlendirme, kişisel kullanım için ayırabilme ve yorumlama için gereken eleştirel yaklaşım yeteneklerinin sınırlılığı, kafalarının karışmasına ve yanlış bilgilenmeye yol açabilir (Tekin ve diğerleri, 2009: 23-36).

Bu durumda hastaların kafa karışıklığı yaşamalarına, sağlık uzmanları tarafından verilen bilgi ve uygulamalara yeterince katkı sağlamamalarına, sağlık kurumlarından hizmet alımı yerine farklı yolları tercih etmelerine, hasta – hekim ilişkisinin olumsuz etkilenmesine neden oluşturabileceği de düşünülmektedir.

Diğer yandan bilgili hastaların kendi sağlık bakımlarını daha iyi yerine getireceği varsayılmaktadır. Ancak, yalnızca bilginin sağlık davranışlarını değiştirmek için yeterli olmadığı, insanların aldıkları bilgiyi hatırlamalarına rağmen bu bilgiyi her zaman uygulamaya koyamadıkları ileri sürülmektedir (Bourbeau ve diğerleri, 2004:271-277). Edinilen bilgilerin hastaların hayatlarına adapte ederek uygulayabilmeleri güçlendirmenin önemli bir yanı olup, bu durumda yaşanacak eksiklerde istenen sonuçların elde edilmesini olumsuz yönde etkileyebilir.

Yapılacak yanlışların önüne geçilmesi açısından hasta güçlendirmenin ne kadar önemli olduğu, her türlü edinilen bilginin hasta güçlendirme olarak değerlendirilemeyeceği göz önünde bulundurularak hasta güçlendirmenin profesyonel bir süreç olduğu söylenebilir.

3. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve önemine, araştırmanın modeli ve hipotezlerine, araştırmada kullanılan veri toplama yöntemi ve ölçeklere, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırma verilerinin analizi ve araştırmanın sınırlılıklarına yer verilecektir.

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Hasta haklarına baktığımızda genel olarak bir değerlendirme yapılacak olursa ortak vurgulanmaya çalışılan konu “hasta” kavramıdır. Hasta ve sağlık hizmetleri sunucuları arasında ki ilişkinin sınırları ve gereklilikleri belirtilirken, hastanın iyilik hali için hastanın da bu sürece inanıp, tedavi sürecine tamamen katılıp hatta bunu yönetebildiğini, kararları kendisinin verebildiğini bilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. İşte tam da bu noktada “Hasta Güçlendirme” kavramının bu süreçle ilişkisi incelenmeye çalışılmıştır.

Hasta hakları sürecinin büyük bir kısmında, “hasta güçlendirme” olarak da ifade edilebilecek; hasta-sağlık çalışanları arasında ki etkileşimin önemi, tedaviye etkisi, hastaya sağladığı psikolojik destek, hastaların bilgilendirilmesinin önemi ve buna benzer konular yer almaktadır. Amsterdam Bildirgesi de hasta haklarının uygulanması hususunda hastayı aktif kılmaya çalışmıştır (Hatırnaz, 2007:96-103; Sert, 2004:120-150).

Konu ile ilgili Amsterdam ve Lizbon II Bildirgeleri incelendiğinde hasta haklarının genel anlamda; bilgilendirme, mahremiyet, tıbbi bakım hakkı, onay ve özel hayata saygı ve başvuru olmak üzere 5 başlık altında toplandığı görülmektedir (Hatun, 1999:80). Dolayısıyla kişilerin hasta hakları konusundaki bilgilerinin hasta güçlendirme üzerinde de olumlu etkiye neden olacağı düşünülmektedir.

Hasta-hekim ilişkilerinde güçlendirme modelinin bir strateji olarak ifade edilmesi, bu ilişkinin doğasının katılım ve işbirliği esasına dayalı olarak gelişmesini

gerektirmektedir (Roberts, 1999:82-92). Bu karşılıklı ilişki aynı zamanda Türkiye’de hasta hakları açısından da temel oluşturan kavramları desteklemektedir.

Hekim, hasta ve sağlık kuruluşlarındaki karşılıklı ilişkileri düzenleyen ilkelerin tamamı olarak düşünebileceğimiz hasta hakları, hem hastanın sağlık kuruluşu ve çalışanlarından talep edebileceği (bilgi edinme, tıbbi bakım ve tedavi hakkı vb) hem de hastanın sağlık kuruluşu ve çalışanlarına karşı sorumluluklarının bulunduğu ilkeler bütünü olarak ifade edilebilir.

Hasta güçlendirme ise hastalar ile sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin, rollerin ve hasta özerkliğinin daha fazla desteklenmesi, hastaların bakım şartlarına ait kararlara dâhil edilmesi olarak tanımlanabilir (Olgun & Ulupınar, 2004:57-65). Gerek kaynakların etkili ve verimli kullanılması gerekse tedavi sürecinin daha etkili yönetilmesi için hasta güçlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca, güçlendirme, politika yapıcılar, hastalar ve profesyoneller tarafından bir öncelik olarak görülürse, güçlendirme seviyelerinin iyileştirilmesine yönelik olumlu bir sonuç ortaya çıkacaktır (Department of Health, 2010:4-6). Buna ek olarak güçlendirmeyi değerlendirmeye yönelik herhangi bir sistematik girişim kavramın etkili ölçülmesine bağlıdır.

Hasta hakları bilgi düzeyi konusunda Türkiye’de yapılan çalışmalara rastlanmakla birlikte, hasta güçlendirme konusunda ise çalışmaların yeni ortaya koyulduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda yapılan çalışma ile ulusal literatüre bu alanda katkı sunulması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda mevcut çalışma ile Small ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve İspanya, Portekiz, Kanada, ABD, Belçika, İsveç, Danimarka ve Çin gibi sekiz farklı ülkede kullanılan “Hasta Güçlendirme Ölçeği” kullanılarak “Hasta Hakları Bilgi Düzeyi İle Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişkinin” ortaya konması amaçlanmaktadır.

3.2. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket (Ek-1) üç bölümden oluşmaktadır.

Kişisel ve Demografik Bilgiler: Birinci bölümde, katılımcılara ait kişisel ve demografik bilgileri ölçmek amacıyla araştırmacının hazırladığı ifadeler yer almaktadır. Bu bölümde katılımcının; cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, aylık gelir düzeyi yaşı, eğitim durumu, mevcut rahatsızlıkları, hizmet alınan kurum bilgisi (kamu, özel vb.) olmak üzere toplamda 8 ifade bulunmaktadır.

İkinci bölümde ise hasta güçlendirmeyi ölçmek amacıyla Small ve arkadaşları(2013) tarafından geliştirilen ve 47 ifadeden oluşan anket formu yer almaktadır. Bu anket için gerekli izin (Ek-2) alınmıştır. Anket, öncelikle anket hakkında bilgisi olmayan, her iki dili (Türkçe ve İngilizce) çok iyi bilen iki farklı İngilizce dil uzmanı tarafından İngilizce'den Türkçe'ye tercüme edilmiştir. Yapılan tercümeler karşılaştırılarak gerekli küçük düzeltmeler yapılmıştır. Daha sonra başka iki akademisyen tarafından Türkçe'den İngilizce'ye tercüme edilmiştir. Yapılan tercüme anketin orijinali ile karşılaştırılmış olup; ortaya çıkan küçük farklar hakkında tekrar uzman görüşleri alınarak ankete son şekli verilmiştir.

Son bölümde ise, hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyinin belirlenmesine yönelik 31 ifadeden oluşan bir anket formu yer almaktadır. Hasta hakları bilgi düzeyi konusundaki ifadelerden oluşan anket, ilgili mevzuat (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998) ve ilgili literatür taranarak (Balci, 2013;Çotur, 2013; İzmir Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü,2006)araştırmacı oluşturulmuş olup; Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde görev yapan akademisyen görüşlerine de başvurulmuştur. Her iki anket formuda 5'li likert tipi olup; 1=Kesinlikle Katılmıyorum- 5=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde kurgulanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma, İstanbul'da faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerden uzun dönem bakım (diyabet, astım, kolesterol, tansiyon ve konjenital kalp hastaları) hizmeti alan 18 yaş üzeri hastaları kapsamaktadır. İlgili hastalıklara ilişkin ayrıntılı istatistiklere ulaşılamadığı için araştırmanın evreni olarak İstanbul'da ikamet eden 18 yaş üzeri kişiler kabul edilmiştir. 2016 yılı adrese dayalı nüfus kayıt sistemi üzerinden alınan veriler doğrultusunda İstanbul il sınırları içerisinde ikamet eden 18 yaş üzeri kişi sayısı 11.491,950'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2016).

Ancak il nüfusunun tamamına ulaşılması güçlüğü nedeni ile örneklem seçilmiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü aşağıdaki formüle göre hesaplanmıştır (Bal, 2001:113-114; Güredin, 1987:368-370)

N = Evren

n = Örneklem sayısı

p = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülme sıklığı (0,50 alınmıştır)

q = Evren içinde ilgilendiğimiz özelliğin görülmemeye sıklığı (1-p)

Z = Güven düzeyine göre standart değer (normal dağılım tablolarından bulunur %95 için 1,96)

t = Göz yumulabilir yanılğı (0,05 alınmıştır)

$$n = \frac{N \times p \times p \times Z^2}{[N - 1 \times t^2] + (p \times q \times Z^2)}$$

$$n = \frac{11.491,950 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{[11.491,950 - 1 \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,96^2)}$$

$$n = \frac{11.036.869}{28.730} = 384$$

Formüle göre %95 güven aralığında evreni temsil edebilecek asgari örneklem büyüklüğü 384 olup; eksik veriler olabileceği ve analiz yöntemleri göz önünde

bulundurularak 800 kişiye (ilgili uzun dönem bakım gerektiren sağlık sorunlarına sahip olanlar) anket uygulanmıştır. Bunlardan 661 anket çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMA MODELİ VE HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amaçları kapsamında Şekil 4'te kavramsallaştırılan modelle, hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelikli olarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H₁: Hasta hakları bilgi düzeyi hasta güçlendirme üzerinde pozitif yönlü etkiye sahiptir.

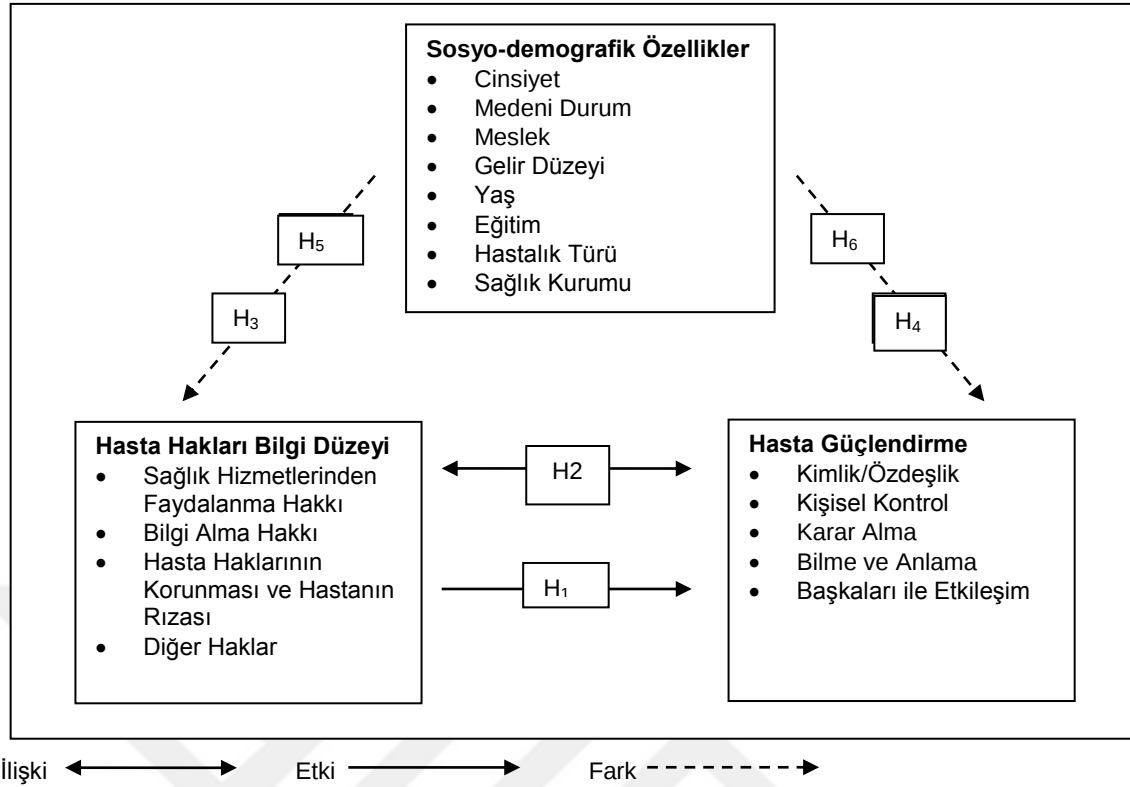
H₂: Hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H₃: Hasta hakları bilgi düzeyi hastalık türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄: Hasta güçlendirme hastalık türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₅: Hasta hakları bilgi düzeyi hizmet alınan hastane türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

H₆: Hasta güçlendirme hizmet alınan hastane türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.



Şekil 4:Hasta Hakları Bilgi Düzeyi İle Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişkiye Ait Araştırma Modeli

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, İstanbul il merkezinde ikamet eden 18 yaş üzeri uzun dönem bakım gerektiren sağlık sorunlarına sahip (diyabet, astım, kolesterol, tansiyon ve konjenital kalp hastaları) kişiler üzerinde yapılmıştır. Bu nedenle söz konusu araştırmanın sonuçları genellenemez.

3.6. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS ve AMOS paket programları yardımıyla değerlendirilmiştir. Öncelikle ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmasında Cronbach Alpha katsayısı değeri ve faktör analizi kullanılmıştır. Ayrıca Yapısal Eşitlik Modeli analizleri yapılarak hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasındaki ilişkiyi etkileyen belirleyiciler ortaya konulmuştur. Ayrıca tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde) yanı sıra katılımcıların demografik özelliklerine göre farklılıkların

ortaya çıkarılması için iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (bağımsız örneklerde t testi) ve ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testleri kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan gruplarda, farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için Tukey HSD testi uygulanmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.



4.BÖLÜM : BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde öncelikle araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Ayrıca hastaların demografik özelliklerine ilişkin bulgular, demografik özellikleri ile ölçekleri oluşturan boyutlar arasındaki farkları gösteren bulgular ve hasta hakları ile hasta güçlendirmeye ilişkin yapısal model analizleri sonucunda elde edilen bulgulara da bu bölüm içerisinde yer verilmiştir.

4.1. GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Geçerlilik ve güvenilirlik bilimsel bir araştırmanın iki temel ölçütüdür. Araştırma verilerinin analiz edilmesinde kullanılan yöntemlerin ve araştırma sonucunda elde edilen bulguların geçerliliği ve güvenilirliği araştırmanın başarısı yönünden büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, her araştırmacının geçerlilik ve güvenilirliği test etmesi ve sonuçlarını rapor etmesi beklenmektedir (Yüksel & Yüksel, 2004).

4.1.1. Geçerlilik Analizi

Araştırmada kullanılan çok değişkenli bir ölçeğin doğruluğunun ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesinde dikkate alınan birinci kriter ölçeğin geçerliliğidir. Geçerlilik, davranış bilimlerinde, toplanan verilerin tarafsızlığının ve ölçülen olayın veya değişkenin niteliklerine uygunluğunun ölçülmesidir.

Ölçeğin geçerliliğine ilişkin olarak içerik geçerliliği, tahmin geçerliliği ve yapısal geçerlilik olmak üzere üç farklı geçerlilik üzerinden değerlendirilmektedir. İçerik geçerliliği, ölçeğin içeriğinin ölçülmek istenen durumu ne kadar temsil ettiğinin sistematik olarak değerlendirmesidir. Uzman kişiler, ölçeğin temsil gücüne ilişkin olarak kişisel yargılarını belirtirler ve bu yargılar esas alınarak ölçeğin içerik geçerliliği hakkında bir sonuca varılır (Kurtuluş, 2004:152-170).

İçerik geçerliliği subjektif bir değerlendirme olup, ölçeğin geçerliliğini tespit etmede tek başına yeterli değildir (Nakip, 2003:124).

Tahmin geçerliliği, ölçeğin ölçtüğü niteliklerle gerçek nitelik arasındaki korelasyon derecesidir. Bu bağlamda araştırmacının gerçek durumla ilgili birdış değişkene ihtiyacı vardır. Bunun sağlanabilmesi olanaksız olduğundan, tahmin geçerliliği için aynı konuda farklı ölçmeler yapılarak bunlar karşılaştırılabilir (Kurtuluş, 2004:152-170). Yapısal geçerlilik, ölçeğin gerçekte ne ölçtüğünün göstergesidir. Yapısal geçerlilik ölçekle ilgili genellemelerin yapılabilmesine olanak verdiği için önemlidir. Zira yapısal geçerlilikte, bir değişkeni ölçmek üzere geliştirilen soruların, o değişkeni ölçüp ölçmediğinin ya da o değişkenle ne derece ilişkili olduklarının kuramsal analizi yapılmaktadır. Bir ölçeğin yapısal geçerliliğinin test edilmesinde en yaygın kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir (Işık, 2011).

Faktör analizinin amacı, aralarında ilişki bulunan çok sayıda değişkenden oluşan bir veri setine ait temel faktörlerin ortaya çıkarılarak araştırmacı tarafından veri setinde yer alan kavramlar arasındaki ilişkilerin daha kolay anlaşılmasına yardımcı olmaktır (Altunışık ve diğerleri, 2005:214). Bununla birlikte faktör analizi araştırmacı tarafından kullanılan bir veri setinin tek boyutlu olup olmadığını test etmek, başka bir ifade ile araştırmacı tarafından daha önceden belirlenen bir ilişkinin doğruluğunu test etmek amacı ile (Altunışık ve diğerleri, 2005:214)de kullanılmaktadır.

Faktör analizi, keşfedici faktör analizi (KFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Loehlin, 2004:16).

Keşfedici faktör analizinde faktör yapıları önceden bilinmemekte ve bu yapıların tanımlanması amaçlanmakta, doğrulayıcı faktör analizinde ise önceden bilinen faktör yapılarının doğrulanması amaçlanmaktadır (Altunışık ve diğerleri, 2005:214). Faktör analizi sonuçlarını değerlendirmede temel ölçüt, ölçekte yer alan ve değişkenlerle faktör arasındaki korelasyonlar olarak yorumlanabilen faktör yükleridir. Faktör yüklerinin yüksek olması, değişkenin söz konusu faktör

altında yer alabileceğinin bir göstergesi olarak görülür(Büyüköztürk Ş., 2003:120). 0,5'in üzerindeki faktör yükleri 100'ün üzerindeki tüm örneklemelerde istatistiksel açıdan anlamlı olabilmektedir (Altunışık ve diğerleri, 2005:214). Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarına ilişkin geçerlilik analizinde doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır.

Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ve Hasta Güçlendirme Boyutlarını Oluşturan İfadelere İlişkin Faktör Analizi

Hasta hakları bilgi düzeyinin belirlenmesinde kullanılan 31 ifadeyi (Faktör1 için 8, Faktör2 için 8, Faktör3 için 7 ve Faktör4 için 8 ifade) AMOS 18 kullanılarak doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan analiz sonucunda bozucu etkiye sahip aşağıda belirtilmiş olan 9 ifade çıkartılmıştır:

- Hastaların ötenazi (yaşamlarını sonlandırma) hakkı vardır.*
- Bir hasta olarak genel anlamda kendi hak ve sorumluluklarım konusunda yeterli bilgi sahibi değilim.*
- Hastaların kendi ile aynı hastalığa sahip, bir başka kişinin dosyasını inceleme hakkı vardır.*
- Hastayı bilgilendirme amaçlı harcanan zaman, bekleyen hastalar için bir haksızlıktır.*
- Hastaların sağlık personeline yönelik soruları gereksizdir.*
- Tıbbi müdahalede sadece mesleki kurallara uymak yeterlidir. (Hastanın özel durumunu gözetmek gerekmez)*
- Tıbbi müdahaleye izin veren hasta, müdahalenin herhangi bir yerinde bu izinden vazgeçebilir.*
- Hasta tedavi sürecinde (dini telkinde bulunması ve manevi yönden destek vermesi amacıyla) yanına din görevlisini davet edebilir.*
- Sağlık personeli hasta hak ve sorumlulukları konusunda yeterli bilgiye sahip değildir.*

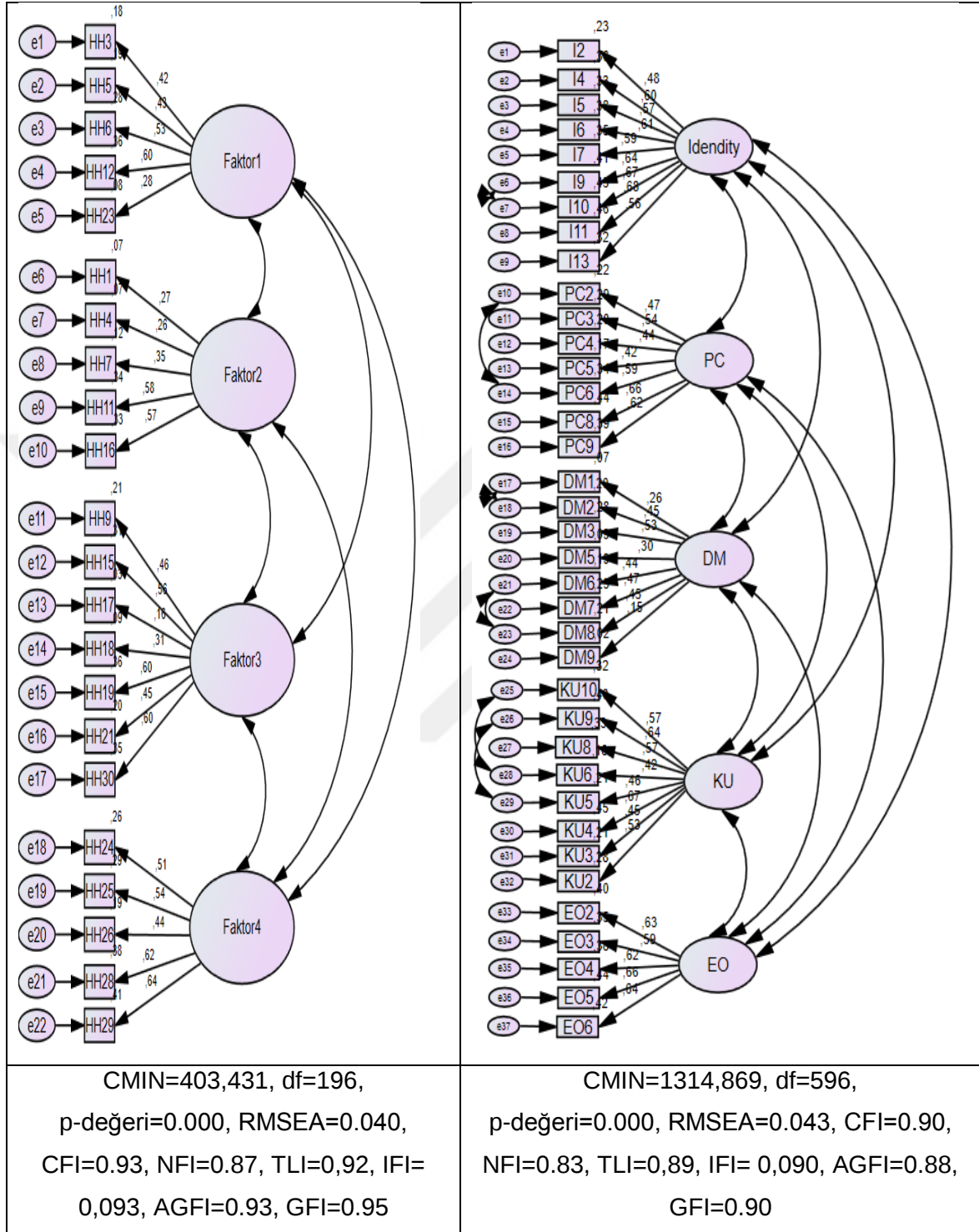
Bundan sonraki analizlerde hasta hakları bilgi düzeyi Faktör 1= Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı için 5, Faktör 2= Bilgi Alma Hakkı için 5,

Faktör 3= Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası için 7 ve Faktör 4= Diğer Haklar için 5 ifade olmak üzere toplam 22 ifade kullanılmıştır (Tablo 1).

Hasta güçlendirme için kullanılan 47 ifade(Kimlik/Özdeşleşme için 13, Kişisel Kontrol için 9, Karar alma için 9, Bilme ve anlama için 10, Başkaları ile etkileşim için 6) AMOS 18 kullanılarak doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Yapılan analiz sonucunda bozucu etkiye sahip aşağıda belirtilmiş olan on ifade çıkartılmıştır:

- Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum.
- Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum.
- Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.
- Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.
- Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.
- Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.
- Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.
- Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.
- Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.
- Sağlık durumumla ilgili farklı alternatif seçenekler arasından doktor seçimimden memnunum.

Bundan sonraki analizlerde hasta güçlendirme için (Kimlik/Özdeşleşme için 9, Kişisel Kontrol için 7, Karar alma için 8, Bilme ve anlama için 8, Başkaları ile etkileşim için 5 ifade) toplam 37 ifade kullanılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Araçlarının Geçerlilik Analizi

Faktör 1= Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı, Faktör 2= Bilgi Alma Hakkı, Faktör 3= Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası, Faktör 4= Diğer Haklar, Identity= Kimlik/Özdeşleşme, PC= Kişisel Kontrol, DM= Karar alma, KU= Bilme ve anlama, EO= Başkaları ile etkileşim

Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 1’de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği hasta hakları bilgi düzeyi için (GFI) değeri 0.95, hasta güçlendirme için (GFI) değeri 0.90 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri ise hasta hakları bilgi düzeyi için 0.040, hasta güçlendirme için 0.043’tür. RMSEA değerine göre model iyi uyum göstermiştir. Ayrıca Tucker-Lewis İndeksi (TLI) hasta hakları bilgi düzeyi için 0.92, hasta güçlendirme için 0.89 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise hasta hakları bilgi düzeyi için 0.87, hasta güçlendirme için 0.83 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

4.1.2.Güvenilirlik Analizi

Güvenilirlik, ölçmelerin tekrarlanması halinde ortaya çıkan tutarlı sonuçlardır (Nakip, 2003). Bir başka deyişle güvenilirlik, toplanan verilerin ne ölçüde tesadüfi hatadan arındığını gösteren bir ölçüttür (Kurtuluş, 2004).

Bir ölçeğin geçerli olması için öncelikle güvenilir olması gerekmektedir. Ölçeğin güvenilirliğini değerlemede üç farklı yöntem kullanılmaktadır. Bunlar, test yeniden test yöntemi, eşdeğer ölçekler yöntemi ve içsel tutarlılık yöntemidir. En yaygın yöntemi ise, iç tutarlılık kapsamında hesaplanan Cronbach Alfa değeridir (Atılğan, 2005). Alfa değeri 0 ve 1 arasında değişen rakamlar alır. Cronbach Alpha katsayısının 0,00-0,40 arasında olması anketin güvenilir olmadığını, 0,40-0,60 arasında olması anketin düşük güvenilirlikte olduğunu, 0,60-0,80 arasında olması anketin oldukça güvenilir olduğunu ve 0,80-1,00 arasında olması ise yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Alfa değeri 1’e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artmaktadır (Özdamar, 1999). Bu araştırmada, kullanılan veri toplama araçlarının güvenilirliğini test etmek amacıyla alfa değeri yöntemi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Hasta Hakları Bilgi Düzeyi formunun Cronbach Alpha değeri 0,853, Hasta Güçlendirme ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,920 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmada Kullanılan Veri Toplama Aracına İlişkin Güvenilirlik Analizi

Boyutlar	İfade Sayısı	Cronbach Alpha
Genel Hasta Hakları	22	0,853
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	5	0,700
Bilgi Alma Hakkı	5	0,519
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	7	0,647
Diğer Haklar	5	0,702
Genel Hasta Güçlendirme	37	0,920
Kimlik/Özdeşlik	9	0,837
Kişisel Kontrol	7	0,746
Karar Alma	8	0,764
Bilme ve anlama	8	0,771
Başkaları ile Etkileşim	5	0,600

4.2. TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışma, İstanbul il merkezinde gerçekleştirilmiş olup, çalışmada 661 kullanılabılır anket elde edilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerin cinsiyet, ,medeni durum, yaş, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelir durumları, sahip olunan uzun dönem bakım gerektiren sağlık sorunları, hizmet alınan hastane türüne ait dağılımlar frekans tabloları ile gösterilmiştir. Çalışmaya katılanların %54,0'ü kadınlardan ve %46,0'sı erkeklerden oluşmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3: Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	357	54,0
	Erkek	304	46,0

Katılımcılar %28,5'inin bekâr, %71,5'inin evli olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4: Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Medeni Durum	Bekâr	188	28,5
	Evli	471	71,5

Çalışmaya katılanların %15,1'i ≤ 25 yaş grubunda ve %15,4'ü 26-35 yaş grubunda, %22,1'i 36-45 yaş grubunda, %22,2'si 46-55 yaş grubunda ve %25,1'i ≥ 56 yaş aralığında yer almaktadır (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların Yaş Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Yaş	≤ 25	100	15,1
	26-35	102	15,4
	36-45	146	22,1
	46-55	147	22,2
	≥ 56	166	25,1

Çalışmaya katılanların %39,0'u ilköğretim, %25,0'i lise, %14,7'si ön lisans, %17,9'u lisans ve %3,5'u ise lisansüstü eğitim almıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Katılımcıların Eğitim Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Eğitim	İlköğretim	258	39,0
	Lise	165	25,0
	Ön lisans	97	14,7
	Lisans	118	17,9
	Lisansüstü	23	3,5

Katılımcıların mesleklerine göre dağılımına bakıldığında ev hanımı (%29,8) en yüksek orana sahipken, onları sırasıyla emekli (%10,9), öğrenci (%8,5), çalışan (%46,3), işsiz (%4,5) gruplar takip etmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: Katılımcıların Meslek Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Meslek	Ev Hanımı	197	29,8
	Emekli	72	10,9
	Öğrenci	56	8,5
	Çalışan	306	46,3
	İşsiz	30	4,5

Katılımcılar daha çok 2001-3500 TL arasında (%32,0) gelir elde etmektedir. Bunu ≤ 1500 (%27,3) gelir elde edenler, 1501-200 arasında gelir elde edenler (%25,1) ve ≥ 3501 TL gelir elde edenler (%15,7) izlemektedir (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların Gelir Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Gelir (TL)	≤ 1500	134	27,3
	1501-2000	123	25,1
	2001-3500	157	32,0
	≥ 3501	77	15,7

Katılımcıların sahip oldukları uzun dönem bakım gerektiren sağlık sorunlarına ilişkin verilere bakıldığında diyabet %27,2, astım %22,8, kolesterol %16,6, tansiyon %26,5, kalp hastalıklarının ise %17,7 oranında olduğu saptanmıştır(Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların Sahip Oldukları Uzun Dönem Bakım Gerektiren Sağlık Sorunu Değişkenine Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Sahip Olunan Uzun Dönem Bakım Gerektiren Sağlık Sorunu	Diyabet	180	27,2
	Astım	151	22,8
	Kolesterol	110	16,6
	Tansiyon	175	26,5
	Kalp Hastalıkları	117	17,7

Katılımcıların %26,8'i özel hastaneden, %73,2'si kamu hastanesinden hizmet aldıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Hizmet Aldıkları Kurumlara Göre Dağılımı

Değişken	Grup	Sayı	Yüzde
Hizmet Alınan Hastane	Özel Hastane	177	26,8
	Kamu Hastanesi	484	73,2

4.3. HİPOTEZLERE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma değişkenlerine ilişkin korelasyon katsayıları Tablo 11’de yer almaktadır. Buna göre yapılan analiz sonucunda hasta hakları bilgi düzeyi ve hasta güçlendirme ($r=0,425$ $p<0,01$) ve alt boyutlar arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Dolayısıyla, kurulan H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

Genel hasta hakları bilgi düzeyi ve hasta güçlendirme alt boyutları birlikte değerlendirildiğinde ise; alt boyutlar arasındaki en yüksek ilişki “hastanın tedavi sırasında bir yakınının bulunmasını isteme, sağlık kuruluşu tarafından can ve mal güvenliğinin sağlanmasını isteme, dini vecibelerini yerine getirebilme ve sağlık personelinin hasta yakınlarına güler yüzlü ve nazik davranması gerektiği konularını içeren diğer haklar boyutu ile hasta güçlendirme alt boyutlarından karar alma ($r=0,349$; $p<0,01$) arasında olduğu bulunmuştur. Alt boyutlar arasındaki en düşük ilişki ise; hasta güçlendirme alt boyutlarından başkaları ile etkileşim ile hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutlarından sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı ($r=0,125$; $p<0,01$) arasında olduğu saptanmıştır.

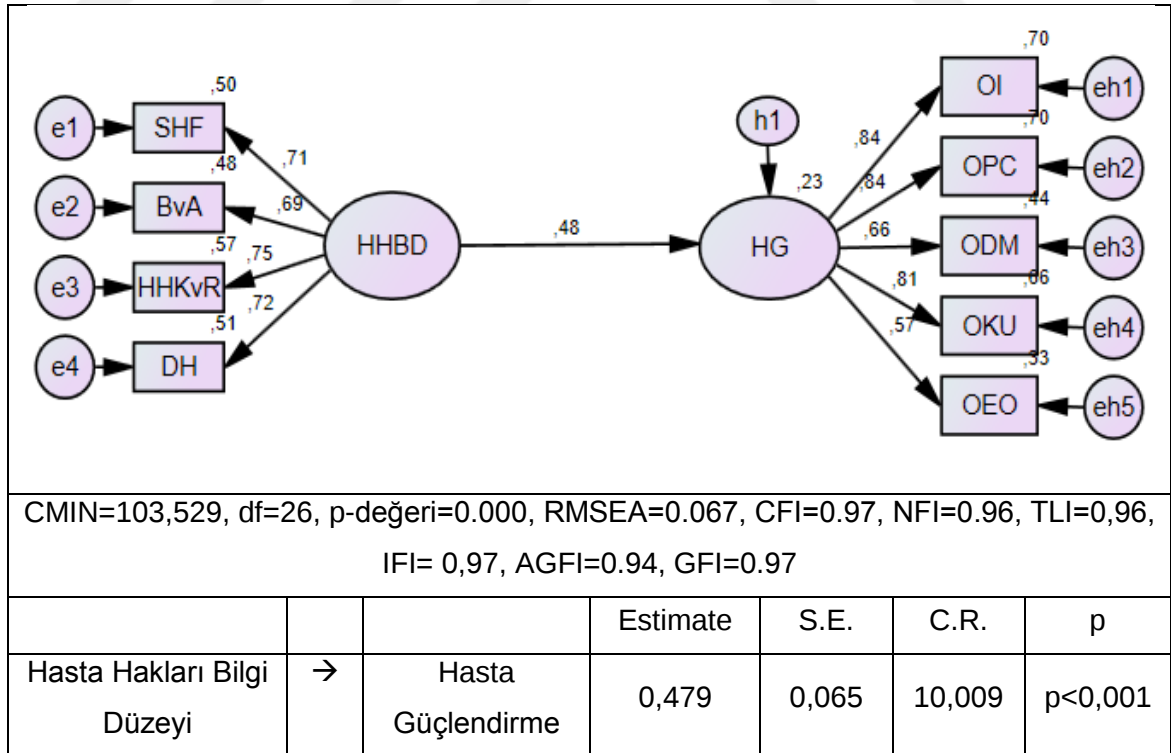
Tablo 11: Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki

Boyutlar	Ort.	S.S.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
SH Faydalanma Hakkı (1)	4,32	0,66	1										
Bilgi Alma Hakkı (2)	4,18	0,70	,526**	1									
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası (3)	4,20	0,65	,532**	,507**	1								
Diğer Haklar (4)	4,44	0,66	,507**	,467**	,553**	1							
Genel Hasta Hakları (5)	4,28	0,53	,788**	,775**	,844**	,779**	1						
Kimlik/Özdeşlik (6)	3,98	0,77	,219**	,326**	,319**	,330**	,376**	1					
Kişisel Kontrol (7)	3,79	0,75	,165**	,278**	,264**	,274**	,309**	,730**	1				
Karar Alma (8)	3,90	0,62	,309**	,343**	,338**	,349**	,419**	,531**	,520**	1			
Bilme ve anlama (9)	3,79	0,76	,230**	,294**	,274**	,272**	,335**	,677**	,666**	,560**	1		
Başkaları ile Etkileşim (10)	3,58	0,95	,125**	,222**	,191**	,216**	,236**	,414**	,500**	,427**	,497**	1	
Hasta Güçlendirme (11)	3,84	0,61	,264**	,374**	,351**	,367**	,425**	,862**	,857**	,745**	,844**	,681**	1
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).													

Hasta hakları bilgi düzeyinin hasta güçlendirme üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yapısal eşitlik modeli kullanılmıştır (Tablo 12). Yapısal veya ölçüm modellerini değerlendirmeden önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak amacıyla modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Tablo 12’de görüldüğü üzere, modelin uyum iyiliği (GFI) değeri 0,97 ile kabul edilebilir düzeydedir. Yaklaşık hataların ortalama karekökü (root mean square error of approximation, RMSEA) değeri 0,067, Tucker-Lewis İndeksi (TLI) 0,96 ve normalize edilmiş uyum indeksi (Normed fit index-NFI) ise 0,96 değerleri ile kabul edilebilir düzeydedir.

Yapılan analiz sonucunda hasta hakları bilgi düzeyinin hasta güçlendirme üzerinde (tahmin değeri=0,479, t-değeri=10,009) etkisi anlamlıdır. Dolayısıyla H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 12: Hasta Hakları Bilgi Düzeyinin Hasta Güçlendirme Üzerindeki Etkisini Gösteren AMOS Çıktısı



Hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasındaki ilişki ve etki düzeylerini belirlemeye yönelik analizlerden sonra, katılımcıların hasta hakları bilgi düzeyi ve hasta güçlendirme boyutlarına ilişkin değerlendirmelerin sosyo-demografik özelliklerine (cinsiyet, hizmet aldığı kurum, medeni durum, meslekler, eğitim durumu, hastalık türleri) göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizler yapılmıştır.

Tablo 13'te araştırmaya katılan hastaların hasta hakları bilgi düzeyi boyutlarına (sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası, diğer haklar, genel hasta hakları) ilişkin değerlendirmelerin cinsiyetlerine göre dağılımını karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucunda; katılımcıların hasta hakları bilgi düzeylerinin cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 13: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	Kadın	357	4,352	0,666	1,190	0,235
	Erkek	304	4,291	0,660		
Bilgi Alma Hakkı	Kadın	357	4,212	0,675	1,101	0,271
	Erkek	304	4,152	0,732		
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Kadın	357	4,234	0,651	1,503	0,133
	Erkek	304	4,159	0,638		
Diğer Haklar	Kadın	357	4,480	0,628	1,803	0,072
	Erkek	304	4,387	0,702		
Genel Hasta Hakları	Kadın	357	4,312	0,523	1,756	0,080
	Erkek	304	4,239	0,543		

Araştırmaya katılan hastaların hasta güçlendirmeye (kimlik/özdeşlik, kişisel kontrol, karar alma, bilme ve anlama, başkaları ile etkileşim, genel hasta güçlendirme) ilişkin değerlendirmelerin cinsiyetlerine göre dağılımını karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır (Tablo 14). Yapılan analiz sonucunda; katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin değerlendirmelerinden

sadece “kimlik/özdeşlik” alt boyutunda cinsiyetlerine göre istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur($p<0,05$). Buna göre kadın katılımcılar ($4,05\pm0,75$), erkeklere ($3,90\pm0,78$) oranla kimlik/özdeşlik boyutuna daha fazla katılmaktadırlar. Tayvan’da 395 katılımcı ile yapılan bir araştırmada “Kişisel Kontrol” boyutunda cinsiyetlere göre anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Wang ve diğerleri, 2015:6). Ancak, Small ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu araştırmaya göre de cinsiyet ile hasta güçlendirme arasındaki ilişki bulunmamıştır.

Tablo 14: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	p
Kimlik/Özdeşlik	Kadın	357	4,049	0,753	2,480	0,013
	Erkek	304	3,901	0,773		
Kişisel Kontrol	Kadın	357	3,810	0,755	0,872	0,384
	Erkek	304	3,759	0,743		
Karar Alma	Kadın	357	3,919	0,639	0,801	0,423
	Erkek	304	3,880	0,598		
Bilme ve Anlama	Kadın	357	3,823	0,767	1,266	0,206
	Erkek	304	3,747	0,758		
Başkaları ile Etkileşim	Kadın	357	3,615	0,984	0,971	0,332
	Erkek	304	3,543	0,901		
Genel Hasta Güçlendirme	Kadın	357	3,880	0,611	1,848	0,065
	Erkek	304	3,793	0,600		

Tablo 15’te araştırmaya katılan hastaların hasta hakları bilgi düzeyine ilişkin (sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası, diğer haklar, genel hasta hakları) değerlendirmelerin hizmet aldığı kuruma göre dağılımını karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Hasta haklarının korunması ve hastanın rızası boyutunda özel hastane ve kamu hastanesiyle ilgili değerlendirmeler istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, bilgi alma hakkı, diğer haklar, genel hasta hakları boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı boyutunda özel hastaneye ($4,17\pm0,70$) göre kamu hastanesinde ($4,38\pm0,64$), bilgi alma hakkı boyutunda özel hastaneye ($4,01\pm0,75$) göre kamu hastanesinde ($4,25\pm0,68$), diğer haklar boyutunda özel hastaneye ($4,35\pm0,73$) göre kamu hastanesinde ($4,47\pm0,64$), genel hasta hakları boyutunda özel hastaneye ($4,16\pm0,56$) göre kamu hastanesinde ($4,32\pm0,52$) daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durumda H_5 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 15: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Hizmet Aldığı Kuruma Göre Dağılımı

Boyutlar	Kurum	n	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	Özel Hastane	177	4,168	0,699	-3,539	0,001
	Kamu Hastanesi	484	4,381	0,641		
Bilgi Alma Hakkı	Özel Hastane	177	4,012	0,755	-3,650	0,001
	Kamu Hastanesi	484	4,247	0,672		
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Özel Hastane	177	4,142	0,661	-1,389	0,165
	Kamu Hastanesi	484	4,221	0,639		
Diğer Haklar	Özel Hastane	177	4,348	0,727	-1,970	0,037
	Kamu Hastanesi	484	4,470	0,637		
Genel Hasta Hakları	Özel Hastane	177	4,165	0,556	-3,217	0,001
	Kamu Hastanesi	484	4,320	0,519		

Tablo 16’da araştırmaya katılan hastaların hasta güçlendirmeye ilişkin değerlendirmelerin hizmet aldığı kuruma göre dağılımını karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucunda; özel hastane ve kamu hastanesinden hizmet alan hastaların hasta güçlendirme ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve hastaların hasta güçlendirme alt boyutlarından “Karar Alma, Bilme ve Anlama” boyutlarında hizmet aldığı kuruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermemektedir ($p>0,05$).

Kimlik/özdeşlik, kişisel kontrol, başkaları ile etkileşim, genel hasta güçlendirme boyutlarında anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Kimlik/özdeşlik boyutunda özel hastaneye ($4,08\pm0,74$) göre kamu hastanesinde ($3,94\pm0,77$), kişisel kontrol boyutunda özel hastaneye ($3,90\pm0,76$) göre kamu hastanesinde ($3,75\pm0,744$), başkaları ile etkileşim boyutunda özel hastaneye ($3,71\pm1,02$) göre kamu hastanesinde ($3,54\pm0,92$), genel hasta güçlendirme boyutunda özel hastaneye ($3,93\pm0,64$) göre kamu hastanesinde ($3,81\pm0,60$) daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durumda H_6 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 16: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Hizmet Aldığı Kuruma Göre Dağılımı

Boyutlar	Kurum	n	Ort.	S.S.	t	p
Kimlik/Özdeşlik	Özel Hastane	177	4,083	0,735	2,137	0,033
	Kamu Hastanesi	484	3,944	0,773		
Kişisel Kontrol	Özel Hastane	177	3,892	0,756	2,177	0,030
	Kamu Hastanesi	484	3,748	0,744		
Karar Alma	Özel Hastane	177	3,931	0,642	0,748	0,455
	Kamu Hastanesi	484	3,890	0,613		
Bilme ve Anlama	Özel Hastane	177	3,877	0,754	1,811	0,071
	Kamu Hastanesi	484	3,756	0,764		
Bşkaları ile Etkileşim	Özel Hastane	177	3,707	1,018	1,963	0,040
	Kamu Hastanesi	484	3,536	0,916		
Genel Hasta Güçlendirme	Özel Hastane	177	3,926	0,638	2,135	0,028
	Kamu Hastanesi	484	3,809	0,593		

Tablo 17’de araştırmaya katılan hastaların hasta hakları bilgi düzeyine ilişkin değerlendirmelerin medeni durumlarına göre dağılımını karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucunda; bekâr ve evli olma durumlarına göre hastaların hasta hakları bilgi düzeyi ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve hastaların hasta hakları bilgi düzeyi alt boyutları ile medeni durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermediği bulunmuştur($p>0,05$). Ankara’da 336 katılımcı ile yapılan bir araştırmada da hasta hakları bilgi düzeyinin medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği ($p>0,05$) bulunmuştur (Suruç, 2007). Ancak Muğla’da yapılan başka bir araştırmada ise, medeni duruma göre hasta hakları bilgi düzeyinin

istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ($p<0,05$) gösterdiği bulunmuştur (Eksen ve diğerleri, 2003:4-10).

Tablo 17: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	t	p
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	Bekâr	188	4,282	0,707	-1,023	0,307
	Evli	471	4,341	0,647		
Bilgi Alma Hakkı	Bekâr	188	4,109	0,774	-1,776	0,076
	Evli	471	4,217	0,670		
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Bekâr	188	4,176	0,657	-0,583	0,560
	Evli	471	4,208	0,642		
Diğer Haklar	Bekâr	188	4,387	0,700	-1,208	0,227
	Evli	471	4,456	0,650		
Genel Hasta Hakları	Bekâr	188	4,233	0,602	-1,386	0,166
	Evli	471	4,297	0,504		

Tablo 18’te araştırmaya katılan hastaların hasta güçlendirmeye ilişkin değerlendirmelerin medeni durumlarına göre dağılımını karşılaştıran t-testi sonuçları bulunmaktadır. Yapılan analiz sonucunda hastaların hasta güçlendirme alt boyutlarından “Karar Alma, Başkaları ile Etkileşim” boyutlarında medeni durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar göstermemektedir ($p>0,05$).

Kimlik/özdeşlik, kişisel kontrol, bilme ve anlama, genel hasta güçlendirme boyutlarında anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$). Kimlik/özdeşlik boyutunda evlilere ($3,94\pm0,78$)göre bekârların ($4,07\pm0,71$) kişisel kontrol boyutunda evlilere ($3,74\pm0,76$) göre bekarların ($3,90\pm0,71$) bilme ve anlama boyutunda evlilere ($3,73\pm0,77$) göre bekarların ($3,93\pm0,73$) genel hasta güçlendirme boyutunda evlilere ($3,80\pm0,60$) göre bekarların($3,93\pm0,60$) hasta güçlendirmeye ilişkin dağılımlarının daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	t	p
Kimlik/Özdeşlik	Bekâr	188	4,073	0,712	2,059	0,049
	Evli	471	3,942	0,784		
Kişisel Kontrol	Bekâr	188	3,903	0,712	2,641	0,010
	Evli	471	3,737	0,760		
Karar Alma	Bekâr	188	3,931	0,650	0,794	0,428
	Evli	471	3,888	0,610		
Bilme ve Anlama	Bekâr	188	3,931	0,726	3,208	0,002
	Evli	471	3,726	0,769		
Başkaları ile Etkileşim	Bekâr	188	3,630	0,974	0,831	0,406
	Evli	471	3,562	0,938		
Genel Hasta Güçlendirme	Bekâr	188	3,926	0,595	2,375	0,019
	Evli	471	3,803	0,609		

Hastaların sağlık hizmetlerinde hasta hakları bilgi düzeyine ilişkin değerlendirmelerinin mesleklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) ile incelenmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 19).

Hasta hakları bilgi düzeyi boyutlarından sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası, genel hasta hakları boyutlarının mesleklere göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta hakları bilgi düzeyine ilişkin boyutların diğer haklar boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ev hanımı ($4,51\pm0,64$) ile çalışan ($4,35\pm0,73$) ve emeklilerden ($4,59\pm0,48$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre diğer

haklar boyutunu oluşturan ifadeler emekliler diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 19).

Tablo 19: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklerine Göre Dağılımı

Boyutlar	Meslek	N	Ort.	S.S.	F	p	Post. Hoc.
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	Ev Hanımı ¹	197	4,320	0,702	1,622	0,167	
	Emekli ²	72	4,478	0,543			
	Öğrenci ³	56	4,404	0,501			
	Çalışan ⁴	306	4,274	0,672			
	İşsiz ⁵	30	4,347	0,805			
Bilgi Alma Hakkı	Ev Hanımı ¹	197	4,160	0,697	0,218	0,929	
	Emekli ²	72	4,239	0,639			
	Öğrenci ³	56	4,225	0,697			
	Çalışan ⁴	306	4,179	0,717			
	İşsiz ⁵	30	4,193	0,771			
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	Ev Hanımı ¹	197	4,191	0,685	2,032	0,088	
	Emekli ²	72	4,312	0,536			
	Öğrenci ³	56	4,372	0,493			
	Çalışan ⁴	306	4,150	0,661			
	İşsiz ⁵	30	4,171	0,664			
Diğer Haklar	Ev Hanımı ¹	197	4,512	0,637	4,523	0,001	1-4 p=0,045 2-4 p=0,032
	Emekli ²	72	4,594	0,477			
	Öğrenci ³	56	4,582	0,474			
	Çalışan ⁴	306	4,345	0,729			
	İşsiz ⁵	30	4,240	0,669			
Genel Hasta Hakları	Ev Hanımı ¹	197	4,286	0,534	2,286	0,059	
	Emekli ²	72	4,397	0,407			
	Öğrenci ³	56	4,394	0,421			
	Çalışan ⁴	306	4,229	0,565			
	İşsiz ⁵	30	4,232	0,596			

Not: Sosyo-Demografik özellikler üzerindeki rakamlar Post Hoc. karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Hastaların sağlık hizmetlerinde hasta güçlendirme boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin mesleklerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda hastaların mesleklerine göre “Hasta Güçlendirmenin” tüm alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi

gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 20).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin kimlik/özdeşlik boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; emekli ($3,81\pm0,89$) ile öğrenci ($4,21\pm0,69$) ve çalışan ($4,04\pm0,71$) ile işsizlerden ($3,62\pm0,93$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kimlik/özdeşlik boyutunu oluşturan ifadeler öğrenciler, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 20).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin kişisel kontrol boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ev hanımı ($3,67\pm0,78$) ile öğrencilerden ($4,00\pm0,70$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kişisel kontrol boyutunu oluşturan ifadeler öğrenciler diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 20).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin karar alma boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; öğrenci ($4,08\pm0,54$) ile işsizlerden ($3,63\pm0,62$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre karar alma boyutunu oluşturan ifadeler öğrenciler diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 20).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin bilme ve anlama boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ev hanımı ($3,65\pm0,79$) ile öğrenci ($4,07\pm0,70$) ve çalışan ($3,88\pm0,73$) ile işsizlerden ($3,57\pm0,75$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Buna göre karar alma boyutunu oluşturan ifadeler öğrenciler diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 20).

Tablo 20: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklerine Göre Dağılımı

Boyutlar	Meslek	N	Ort.	S.S.	F	P	Post. Hoc.
Kimlik/Özdeşlik	Ev Hanımı ¹	197	3,928	0,763	4,717	0,001	2-3 p=0,025 4-5 p=0,029 3-5 p=0,005
	Emekli ²	72	3,813	0,887			
	Öğrenci ³	56	4,214	0,689			
	Çalışan ⁴	306	4,047	0,712			
	İşsiz ⁵	30	3,622	0,926			
Kişisel Kontrol	Ev Hanımı ¹	197	3,667	0,775	3,587	0,007	1-3 p=0,025
	Emekli ²	72	3,786	0,828			
	Öğrenci ³	56	4,003	0,697			
	Çalışan ⁴	306	3,845	0,714			
	İşsiz ⁵	30	3,567	0,691			
Karar Alma	Ev Hanımı ¹	197	3,852	0,625	3,008	0,018	3-5 p=0,015
	Emekli ²	72	3,950	0,600			
	Öğrenci ³	56	4,076	0,539			
	Çalışan ⁴	306	3,915	0,628			
	İşsiz ⁵	30	3,633	0,625			
Bilme ve Anlama	Ev Hanımı ¹	197	3,646	0,789	6,004	0,001	1-3 p=0,002 1-4 p=0,007 3-5 p=0,024
	Emekli ²	72	3,664	0,790			
	Öğrenci ³	56	4,074	0,696			
	Çalışan ⁴	306	3,877	0,728			
	İşsiz ⁵	30	3,567	0,745			
Başkaları ile Etkileşim	Ev Hanımı ¹	197	3,461	1,004	3,646	0,006	4-5 p=0,022
	Emekli ²	72	3,553	0,920			
	Öğrenci ³	56	3,689	1,020			
	Çalışan ⁴	306	3,690	0,888			
	İşsiz ⁵	30	3,147	0,887			
Genel Hasta Güçlendirme	Ev Hanımı ¹	197	3,750	0,604	5,420	0,001	1-3 p=0,011 1-4 p=0,048 3-5 p=0,003 4-5 p=0,019
	Emekli ²	72	3,789	0,624			
	Öğrenci ³	56	4,044	0,554			
	Çalışan ⁴	306	3,901	0,596			
	İşsiz ⁵	30	3,550	0,622			

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin başkaları ile etkileşim boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$).

Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; çalışan ($3,70 \pm 0,89$) ile işsizlerden ($3,15 \pm 0,89$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre başkaları ile etkileşim boyutunu oluşturan ifadelerle çalışanlar diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 20).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin genel hasta güçlendirme boyutu mesleklerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ev hanımı ($3,75 \pm 0,60$) ile öğrenci ($4,04 \pm 0,55$) ve çalışan ($3,90 \pm 0,59$) ile işsizlerden ($3,55 \pm 0,62$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Buna göre genel hasta güçlendirme boyutunu oluşturan ifadelerle öğrenciler diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 20).

Hastaların sağlık hizmetlerinde hasta hakları bilgi düzeyine ilişkin değerlendirmelerinin eğitim düzeylerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 21). Hasta hakları bilgi düzeyi boyutlarından sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası, diğer haklar ve genel hasta hakları boyutları eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p > 0,05$). Ancak hasta hakları konusunda Ankara'da yapılan bir araştırmada hastaların bilgi düzeylerinde eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0,05$) bulunmaktadır (Suruç, 2007). Aynı şekilde Muğla'da 1000 katılımcı ile yapılan bir araştırmada da eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan farkın anlamlı olduğu ($p < 0,05$) görülmüştür. Eğitim durumlarına göre fakülte mezunlarının ($14,64 \pm 2,35$) en yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları görülmektedir (Eksen ve diğerleri, 2003:4-10).

Analiz sonucunda hastaların eğitim düzeylerine göre “Bilgi Alma Hakkı” boyutu istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($4,14\pm0,73$) ile lisans mezunlarından ($4,35\pm0,56$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre bilgi alma boyutunu oluşturan ifadeler lisans eğitim düzeyi grubu diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 21).

Tablo 21: Katılımcıların Hasta Hakları Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Boyutlar	Eğitim	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	İlköğretim ¹	258	4,356	0,685	0,509	0,729	
	Lise ²	165	4,273	0,683			
	Ön lisans ³	97	4,291	0,678			
	Lisans ⁴	118	4,353	0,574			
	Lisansüstü ⁵	23	4,330	0,670			
Bilgi Alma Hakkı	İlköğretim ¹	258	4,138	0,733	2,912	0,021	1-4 p=0,049
	Lise ²	165	4,195	0,696			
	Ön lisans ³	97	4,060	0,770			
	Lisans ⁴	118	4,351	0,561			
	Lisansüstü ⁵	23	4,304	0,618			
Hasta Haklarının Korunması ve Hastanın Rızası	İlköğretim ¹	258	4,173	0,677	0,304	0,875	
	Lise ²	165	4,212	0,629			
	Ön lisans ³	97	4,193	0,668			
	Lisans ⁴	118	4,249	0,589			
	Lisansüstü ⁵	23	4,180	0,626			
Diğer Haklar	İlköğretim ¹	258	4,474	0,674	1,884	0,111	
	Lise ²	165	4,438	0,698			
	Ön lisans ³	97	4,381	0,636			
	Lisans ⁴	118	4,466	0,597			
	Lisansüstü ⁵	23	4,104	0,695			
Genel Hasta Hakları	İlköğretim ¹	258	4,275	0,548	742,000	0,564	
	Lise ²	165	4,273	0,535			
	Ön lisans ³	97	4,228	0,569			
	Lisans ⁴	118	4,345	0,462			
	Lisansüstü ⁵	23	4,225	0,553			

Hastaların sağlık hizmetlerinde hasta güçlendirme boyutlarına ilişkin değerlendirmelerinin eğitim düzeylerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda eğitim düzeylerine göre “Hasta Güçlendirmenin” tüm alt boyutları istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 22). Small ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu araştırmada da eğitim durumu istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,01$).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin kimlik/özdeşlik boyutu eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeylerine göre kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($3,82\pm0,79$) ile ön lisans ($4,09\pm0,77$) ve lisans mezunlarından ($4,19\pm0,60$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kimlik/özdeşlik boyutunu oluşturan ifadeler lisanslılar, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 22).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin kişisel kontrol boyutu eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($3,60\pm0,78$) ile lise ($3,81\pm0,74$) ön lisans ($3,94\pm0,73$) ve lisans mezunlarından ($4,01\pm0,63$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kişisel kontrol boyutunu oluşturan ifadeler lisanslılar, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 22).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin karar alma boyutu eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($3,82\pm0,61$) ile lise ($3,85\pm0,63$) ve lisans mezunlarından ($4,11\pm0,56$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre

karar alma boyutunu oluşturan ifadelerle lisanslılar, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 22).

Tablo 22: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Boyutlar	Eğitim	n	Ort.	S.S.	F	P	Post Hoc.
Kimlik/Özdeşlik	İlköğretim ¹	258	3,816	0,791	5,938	0,001	1-3 p=0,022 1-4 p=0,001
	Lise ²	165	4,018	0,789			
	Ön lisans ³	97	4,087	0,770			
	Lisans ⁴	118	4,187	0,603			
	Lisansüstü ⁵	23	4,063	0,694			
Kişisel Kontrol	İlköğretim ¹	258	3,596	0,779	8,448	0,001	1-2 p=0,027 1-3 p=0,001 1-4 p=0,001
	Lise ²	165	3,812	0,740			
	Ön lisans ³	97	3,940	0,734			
	Lisans ⁴	118	4,010	0,628			
	Lisansüstü ⁵	23	3,944	0,637			
Karar Alma	İlköğretim ¹	258	3,820	0,611	5,120	0,001	1-4 p=0,001 2-4 p=0,005
	Lise ²	165	3,850	0,625			
	Ön lisans ³	97	3,969	0,656			
	Lisans ⁴	118	4,107	0,560			
	Lisansüstü ⁵	23	3,826	0,633			
Bilme ve Anlama	İlköğretim ¹	258	3,552	0,786	12,068	0,001	1-2 p=0,001 1-3 p=0,001 1-4 p=0,001
	Lise ²	165	3,875	0,737			
	Ön lisans ³	97	3,907	0,765			
	Lisans ⁴	118	4,065	0,613			
	Lisansüstü ⁵	23	3,891	0,660			
Başkaları ile Etkileşim	İlköğretim ¹	258	3,378	0,968	6,296	0,001	1-3 p=0,024 1-4 p=0,001
	Lise ²	165	3,625	0,896			
	Ön lisans ³	97	3,709	0,997			
	Lisans ⁴	118	3,861	0,870			
	Lisansüstü ⁵	23	3,600	0,782			
Genel Hasta Güçlendirme	İlköğretim ¹	258	3,670	0,581	11,016	0,001	1-2 p=0,007 1-3 p=0,001 1-4 p=0,001 2-4 p=0,028
	Lise ²	165	3,867	0,621			
	Ön lisans ³	97	3,945	0,663			
	Lisans ⁴	118	4,076	0,493			
	Lisansüstü ⁵	23	3,901	0,578			

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin bilme ve anlama boyutu eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($3,55\pm0,79$) ile lise ($3,88\pm0,74$) ve ön lisans ($3,91\pm0,77$) ile lisans mezunlarından ($4,07\pm0,61$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre bilme ve anlama boyutunu oluşturan ifadeler lisanslılar, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 22).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin başkaları ile etkileşim boyutu eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($3,38\pm0,97$) ile ön lisans ($3,71\pm1,00$) ve lisans mezunlarından ($3,86\pm0,87$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre başkaları ile etkileşim boyutunu oluşturan ifadeler lisanslılar, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 22).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin genel hasta güçlendirme boyutu eğitim düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi eğitim düzeylerinden kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; ilköğretim ($3,67\pm0,58$) ile lise ($3,87\pm0,62$) ön lisans ($3,95\pm0,66$) ve lisans mezunlarından ($4,08\pm0,49$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre genel hasta güçlendirme boyutunu oluşturan ifadeler lisanslılar, diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 22).

Hastaların hasta hakları bilgi düzeyinin hastalık türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p> 0,05$). Bu sebeple H3 hipotezi reddedilmiştir.

Hastaların sağlık hizmetlerinde hasta güçlendirmeye ilişkin değerlendirmelerinin hastalıklarına göre dağılımlarının fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan boyutlar için farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır (Tablo 23).

Hasta güçlendirme boyutlarından başkaları ile etkileşim boyutu hastalıklara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin kimlik/özdeşlik boyutu hastalıklara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi hastalık düzeylerine göre kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; diyabet ($3,91\pm0,76$) ile kalp hastalıklarından ($3,75\pm0,91$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kimlik/özdeşlik boyutunu oluşturan ifadeler astım hastaları diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 23).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin kişisel kontrol boyutu hastalıklara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi hastalık düzeylerine göre kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; astım ($3,93\pm0,62$) ile kalp hastalıkları ($3,57\pm0,85$) ve birden fazla ($3,54\pm0,81$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre kişisel kontrol boyutunu oluşturan ifadeler astım hastaları diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 23). Amerika Birleşik Devletleri'nde 77 katılımcı ile yapılan bir araştırmada ise, kişisel kontrol boyutunun diyabetli hastalar üzerinde anlamlı fark göstermediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tang ve diğerleri, 2010:178-184).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin karar alma boyutu hastalıklara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi hastalık düzeylerine göre kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; astım ($3,99\pm0,64$) ile birden fazla ($3,63\pm0,68$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre karar alma boyutunu oluşturan ifadeler astım hastaları diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 23).

Tablo 23: Katılımcıların Hasta Güçlendirmeye İlişkin Değerlendirmelerinin Hastalıklarına Göre Dağılımı

Boyutlar	Hastalık	n	Ort.	S.S.	F	p	Post. Hoc.
Kimlik/Özdeşlik	Diyabet ¹	141	3,905	0,763	2,405	0,001	1-5 p=0,002
	Astım ²	136	4,136	0,652			
	Kolesterol ³	89	4,090	0,704			
	Tansiyon ⁴	146	4,049	0,752			
	Kalp hastalıkları ⁵	101	3,752	0,913			
	Birden fazla ⁶	48	3,840	0,750			
Kişisel Kontrol	Diyabet ¹	141	3,801	0,801	2,185	0,001	2-5 p=0,003 2-6 p=0,022
	Astım ²	136	3,933	0,617			
	Kolesterol ³	89	3,820	0,700			
	Tansiyon ⁴	146	3,842	0,706			
	Kalp hastalıkları ⁵	101	3,574	0,853			
	Birden fazla ⁶	48	3,542	0,805			
Karar Alma	Diyabet ¹	141	3,858	0,590	1,098	0,014	2-6 p=0,006
	Astım ²	136	3,993	0,638			
	Kolesterol ³	89	3,916	0,600			
	Tansiyon ⁴	146	3,955	0,627			
	Kalp hastalıkları ⁵	101	3,876	0,590			
	Birden fazla ⁶	48	3,628	0,678			
Bilme ve anlama	Diyabet ¹	141	3,787	0,752	2,19	0,002	2-5 p=0,003 2-6 p=0,019
	Astım ²	136	3,960	0,659			
	Kolesterol ³	89	3,815	0,760			
	Tansiyon ⁴	146	3,828	0,719			
	Kalp hastalıkları ⁵	101	3,587	0,882			
	Birden fazla ⁶	48	3,556	0,821			
Başkaları ile Etkileşim	Diyabet ¹	141	3,628	0,967	1,738	0,084	
	Astım ²	136	3,741	0,854			
	Kolesterol ³	89	3,476	0,974			
	Tansiyon ⁴	146	3,615	0,958			
	Kalp hastalıkları ⁵	101	3,440	0,996			
	Birden fazla ⁶	48	3,392	0,893			
Genel Hasta Güçlendirme	Diyabet ¹	141	3,821	0,606	1,486	0,001	2-5 p=0,002 2-6 p=0,012
	Astım ²	136	3,977	0,537			
	Kolesterol ³	89	3,865	0,572			
	Tansiyon ⁴	146	3,891	0,596			
	Kalp hastalıkları ⁵	101	3,679	0,698			
	Birden fazla ⁶	48	3,646	0,591			

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin bilme ve anlama boyutu hastalıklara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi hastalık düzeylerine göre kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; astım ($3,96\pm0,66$) ile kalp hastalıkları ($3,59\pm0,88$) ve birden fazla ($3,56\pm0,82$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre bilme ve anlama boyutunu oluşturan ifadeler astım hastaları diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 23).

Katılımcıların hasta güçlendirmeye ilişkin genel hasta güçlendirme boyutu hastalıklara göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Farkın hangi hastalık düzeylerine göre kaynaklandığını bulmak için yapılan Tukey HSD testi sonucunda farkın; astım ($3,98\pm0,54$) ile kalp hastalıkları ($3,68\pm0,70$) ve birden fazla ($3,65\pm0,59$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Buna göre genel hasta güçlendirme boyutunu oluşturan ifadeler astım hastaları diğer gruplara göre daha fazla katılım sağlamışlardır (Tablo 23).

Sonuçlara göre hasta güçlendirme hastalık türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle H4 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 24: Hipotez Kabul/Red Tablosu

HİPOTEZLER		
H ₁	Hasta hakları bilgi düzeyi hasta güçlendirme üzerinde pozitif yönlü etkiye sahiptir.	Kabul
H ₂	Hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.	Kabul
H ₃	Hasta hakları bilgi düzeyi hastalık türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Red
H ₄	Hasta güçlendirme hastalık türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₅	Hasta hakları bilgi düzeyi hizmet alınan hastane türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
H ₆	Hasta güçlendirme hizmet alınan hastane türlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta haklarına ait düzenlemeler son yıllarda daha da önem kazanarak artarken hasta güçlendirme konusunda çalışmaların Türkiye’de yeni olarak ortaya koyulduğu düşünülmektedir. Özellikle kronik hastalıklar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ifade edilen hasta güçlendirmenin son yıllarda önem kazandığı söylenebilir.

Uzun dönem bakım gerektiren sağlık sorunları olan kişilerin hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve kişilerin bu iki boyut hakkındaki değerlendirmelerinin bazı sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibi özetlenebilir.

Hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ayrıca kişilerin hasta hakları bilgi düzeylerinin hasta güçlendirme üzerinde pozitif yönlü bir etkisi vardır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma, bilgi alma, hasta haklarının korunması ve hastanın rızası gibi hakları kapsayan hasta haklarının kişiler tarafından bilinmesi, sağlık hizmeti sunum sürecine katılım (özellikle hasta ve sağlık personeli arasında teşhise yardımcı olma konusunda bilgi sağlama ve problem çözme, tecrübelerin paylaşımı, tedavi ve yönetim öncelikleri vb.) ve öz yönetim (bireylerin kendi sağlığı ve esenliği için aldıkları özen ve sağlıklı yaşam için yaptıkları eylemler) gibi süreçler üzerinde olumlu etki oluşturacaktır.

Ayrıca, güçlendirilmiş olmak hastalar tarafından uzun dönemli durumlarının yönetiminde kişisel kararlar verebilmeleri, tercihlerini yönetebilmeyi kapsadığı gibi bu durum hasta hakları içerisinde kişinin geleceğini bizzat belirme hakkıyla da ilişkilidir. Aynı şekilde alternatiflerin değerlendirilmesi de hastanın hakkı olup güçlendirmeyle ilişkilidir.

Özellikle kronik hastalık gruplarına ait tanı alan hasta sayısının her geçen gün artış gösterdiği göz önüne alındığında, bu konuda verilecek bakım hizmetlerinin artırılması tek başına yeterli olmayacaktır. Dolayısıyla hastaların da sürece dahil edilerek sağlık hizmetleri üzerindeki sorumlulukların paylaşılması makro açıdan da sağlık göstergelerini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Diğer taraftan hasta güçlendirmenin sadece profesyonellerden hastalara aktarılan bir yöntem olmadığı, güçlendirilmiş hastaların da benzer hastalığa sahip hastalarla iletişim kurabilecekleri olanaklar düşünüldüğünde hasta hakları bilgi düzeyinin geliştirilmesi ve hasta güçlendirme konusunda atılacak adımlar daha da önemli hale geleceği düşünülebilir.

Uzun dönem bakım gerektiren sağlık sorunları ile mücadele eden hastaları anlayabilmek adına onlarla yakın ilişki kurulabilmeli, hastaları bu mücadelede sadece tedavi yöntemleri ile baş başa bırakmadan hayat kalitelerini yükseltmek ve çevrelerine bağımlı olarak yaşamak zorunda kalan değil kendilerini üretken bireyler olarak görmeleri için kendi haklarını bilen ve bunları hayatlarında uygulayabilen bireyler olmalarını sağlamak önemli bir ölçüm değeri olarak görülmelidir.

Araştırma sonuçlarına göre, hasta hakları bilgi düzeyi ve hasta güçlendirme konusunda cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Diğer taraftan kamu hastanelerinden hizmet alanların özel hastanelerden hizmet alanlara göre hasta hakları bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasına rağmen hasta güçlendirme boyutundaki ifadelerle daha az katılım göstermişlerdir. Bu sonucun ortaya çıkmasında özel hastanelerdeki sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişimin daha güçlü olması özellikle bilgilendirme ve hastanın sürece dahil edilmesi ile ilgili uygulamaların daha başarılı gerçekleştiriliyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca katılımcıların eğitim düzeyine göre hasta hakları bilgi düzeyleri anlamlı farklılık göstermezken hasta güçlendirmeye ilişkin eğitim düzeyleri anlamlılık

göstermektedir. Lisans eğitim düzeyinin tüm boyutlarda yüksek çıkmış olmasına rağmen en yüksek katılımı ilköğretim mezunları sağlamışlardır. Bu durum ortaya çıkmasında hasta güçlendirilmenin anlaşılmasında eğitim düzeyinin önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada hastalık türleri üzerine yapılan sonuçlara baktığımızda ise, hasta güçlendirmenin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. En fazla katılımın tansiyon hastaları ve sonrasında diyabet hastalarından sağlandığı görülmektedir. Türkiye’de mevcut kronik hastalıklar içerisinde de bu hastalıkların en fazla görüldüğü bu sebeple araştırmaya da bunun yansıdığı düşünülmektedir.

Dünya’da farklı uygulamalara sahip hasta hakları ve hasta güçlendirme çalışmaları ve uygulamaları mevcuttur. Bunların ülkelerin ihtiyaçları ve gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar gösterdiği düşünülmekle beraber bazı ülkelerde forumlar (internet) üzerinden hastaların benzer hastalıklara sahip kişiler ile iletişim kurmalarına olanak sağlayan aynı zamanda onların sahip oldukları hastalıklara göre güçlendirilmesini de içeren eğitim programları sundukları platformlar mevcuttur. Türkiye’de de bu uygulamaların oluşturulması önerilebilir. Şuan ki mevcut çalışmalar içerisinde sağlık okuryazarlığıyla ilgili farkındalığın artırılması adına çalışmalar mevcutken hasta hakları bilgi düzeyini ve hasta güçlendirme konularını desteleyecek diğer alt boyutlarla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca Sağlıklı Hayatı Teşvik ve Sağlık Politikaları Derneği tarafından “Hasta Güçlendirme Programı” çalışmalarının planlamalarına rastlanmaktadır. Bu çalışmaların daha hızlı, daha etkili ve daha fazla kişiye ulaşılabilmesi açısından Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmesi ve desteklenmesinin önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı. (2011). Erişim: 12.04.2017. <http://www.edb.adalet.gov.tr/>.
- Agency for Healthcare Research and Qaulity. (2011). Erişim: 05.05.2017. <https://www.ahrq.gov/> .
- Akalın, H. E. (2012). *Sağlık Okuryazarlığı: Nedir? Neden Önemlidir?* Erişim: 30.09.2017 <http://saglikpolitikolari.omegacro.com/saglik-okuryazarligi-nedir-neden-onemlidir>
- Akdur, P. R. (1997). Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları. *Tıbbi Etik* , 43-49.
- Aksakaoğlu, G. (2008). Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi* , 7-62.
- Aktan, C. C., & Işık, A. K. (2007). *Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış*. Erişim: 06.04.2017. www.canaktan.org.
- Alptekin, K. (2004). Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi* , 132-139.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Kitabevi, 214
- Anderson, R. M., & Funnell, M. (2015). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Education and Counseling* , 1-6.
- Atılgan, E. (2005). *Marka Değeri Belirleyicilerinin Uluslararası Analizi*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi.
- Bal, H. (2001). Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Dergisi* , 113-114.
- Balcı, Ü. (2013). *Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Bilgi Düzeyi İle Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Karşılaştırılması*. Ankara: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Barker, P., Stevenson, C., & Leamy, M. (2000). The Philosophy of Empowerment. *Mental Health Nursing* , 8-12.
- Barker, R. L. (1999). *Social Work Dictionary* . Washington: DC : NASW Press.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a reiew. *Patient Educaiton and Counseling* .

Beyan, O. D. (2010). Questioning Effects Of Patient Empowerment Antecedent By Information And Communication Technologies In Breast Cancer Patients: A Case Study From Turkey. Ankara: Middle East Technical University.

Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *Turk J Public Health* , 61-68.

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups on JSTOR. *Social Service Review* , 445-456.

Bourbeau, J., Nault, D., & Dang-Tan, T. (2004). Self- Management and Behavior Modification in COPD. *Patient Education and Counseling* , 52, 271-277.

Bridges, J. F., Loukanova, S., & Carrera, P. (2008). Patient Empowerment in Health Care. E. K. Heggenhougen içinde, *In International Enyclopedia of Public Health* .

Büyüköztürk, Ş. (2003). *Sosyal Bilimler İçin Veri Hazırlama El Kitabı*. Ankara: Pegem Yayıncılık,120.

Caron-Flinterman, J., Broerse, J., & Bunders, J. (2005). The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social Science & Medicine* .

Castro, E. M., Regenmortel, T. V., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Hecke, A. V. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling* , 1923-1939.

Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* , 681-692.

Clapham, A. (2015). *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press,35.

Coulter, A., Parsons, S., & Askham, J. (2008). Where are the patients in decision-making about their own care? *Health System and Policy Analysis* , 3-5.

Council of Europe. (2015). *Council of Europe*. Erişim: 12.09.2016. <http://www.edchreturkey-eu.coe.int/> .

Çeçen, A. (2013). İnsan Hakları ve İnsancıl Hukuk. *Journal of Yaşar University* , 809-830.

Çotur, H. (2013). *Hasta Haklari Ve Kocaeli Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Personeli İle Hastaneye Müracaat Eden Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgilerinin Ölçülmesi*. Ankara: Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,.

Department of Health. (2010). *Equity and Excellence: Liberating The NHS*. London: Stationery Office,4-6.

Diabetes NSF Team. (2001). Chapter 2: Standards Empowering People With Diabetes. D. N. Team içinde, *National Service Framework for Diabetes : Standards*. London: Department of Health.

Donaldson, L. (2003). Expert patients usher in a new era of opportunity for the NHS. *The BMJ* , 1279-1280.

Dünya Sağlık Örgütü. (1978). *Alma Ata Deklarasyonu- İlke IV*.

Dünya Sağlık Örgütü. (2002). *Sağlık ve İnsan Hakları Üzerine 25 Soru - 25 Cevap*. (T. S. Derneği, Çev.) Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi Derneği,9.

Eksen, M., Karadağ, N., Işıkay, Ç., Karakuş, A., Seyhan, D., & Karanlık, M. (2003). Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* , 4-10.

Engin, Z. (2012). *Sosyal Demokrasi Vakfı*. Erişim: 27.02.2017. <http://sodevaktuel.org>

Estacio, E. V., & Comings, J. (2013). Health literacy: exploring future directions and potential contributions from health psychology . *J. Health Psychol* .

European Patients Forum. (2015, 05 15). EPF Background Brief: Patient Empowerment. 3-11. Brussels, Belgium: European Patients Forum,3-11.

European Patients Forum. (2013). *EPF Strategic Plan 2014-2020*. European Patients Forum,4.

Fişek, N. (1982). Sağlık Hizmetleri Ve işçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. T.-İ. Yayınları içinde, *Modern Yönetim Semineri* (Cilt 10). Ankara: Türk-İş Yayınları,15.

Forsman, Z. K. (2000). Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyo-Tıp Sözleşmesi. *İnsan Hakları Yıllığı* , 21-22, 95-106.

Funnell, M., Nwankwo, R., Gillard, M., Anderson, R., & Tangs, T. (2005). Implementing an empowerment - based diabetes self-management education program . *Diabetes Education* .

Görkey, Ş. (2003). Hasta Hakları. H. Hatemi, & H. Doğan içinde, *Medikal Etik* (s. 100-126).

Gülmez, M. (2001). *İnsan Hakları ve Demokrasi Eğitimi – Egemenlik İnsanındır*. Ankara: Todaie Yayınları,21.

Güredin, E. (1987). Denetim. *Muhasebe Enstitüsü* , 368-370.

Güvercin, C. H. (2007). Türkiye'deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi.

Hakeri, H. (2007). *Tıp Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 27-44.

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 08 01). Erişim: 05.09.2017. <http://www.mevzuat.gov.tr/> .

Hatırnaz, G. (2007). *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 96-103.

Hatun, Ş. (1999). *Hasta Hakları*. İstanbul: İletişim Yayınları.

Haywood, K., Marshall, S., & Fitzpatrick, R. (2005). Patient participation in the consultation process: A structured review of intervention strategies. *Patient Education & Counseling* , 12-23.

Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., & Simith, J. (2003). 'Ignorance is bliss sometimes': constraints on the emergence of the 'informed patient' in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health & Illness* , 589-607.

Hibbard, J. H., Collins, P. A., Mahoney, E., & Baker, L. H. (2010). The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-management. *Health Expectations* , 65-72.

Home, P. (1993). Consensus Guidelines for the Management of Insulin-dependent (Type 1) Diabetes. *Diabetic Medicine* , 990-1005.

Hasta Hakları Platformu, Erişim: 14.09.2017. <http://www.saglikhakki.org/dokuman.htm>.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century*. C. o. America. içinde Washington: National Academic Press.

International Diabetes Federation. (1993). Consensus Guidelines for the Management of Insulin-Dependent (Type 1) Diabetes Chapter 1. E. I. Group. içinde International Diabetes Federation, 990-1005.

Işık, O. (2011). *Algılanan Kalitenin Hastane Marka Değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Doktora Tezi.

İzmir Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü. (2006). *Hasta Hakları Uygulamaları Hakkında Hekim Görüşleri Anketi Sonuçları*. Erişim: 15.07.2017: <http://www.ism.gov.tr/hastahaklari/haberler/anket/>.

Johnson, L. C., & Yanca, S. J. (2007). *Social work practice : a generalist approach*. Boston: Boston, Mass. ; London : Pearson Allyn and Bacon, 300-350.

Julian, R. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *Americab Journal of Community Pyschology* , 121-148.

Kieffer, C. (1983). Citizen empowerment: a developmental perspective. *Prevention in Human Services* , 9-36.

Kofahl, C., Trojan, A., Knesebeck, O., & Nickel, S. (2014). Self-help friendliness: A German approach for strengthening the cooperation between self-help groups and health care professionals. *Social Science and Medicine* .

Kurtuluş, K. (2004). *Pazarlama Araştırmaları*. İstanbul: Literatür Yayıncılık,152-170.

Loehlin, J. C. (2004). *Latent Variable Models; an Introduction to Factor, Path and Structural Equation Analysis*. London: Lawrence Erlbaum Associates,16.

McAllister, M., Barr, P., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M., & Elwyn, G. (2015). Assessment of Patient Empowerment- A Systematic Review of Measures. *Plos One* .

Milli Eğitim Bakanlığı. (2011). Adalet. *İnsan Hakları* , Ankara,3-8.

Nakip, M. (2003). *Pazarlama Araştırmaları: Teknikler ve SPSS Destekli Uygulamalar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık,124.

Nickel, J. (2014). *Human Rights*. (E. N. Zalta, Dü.) 6 4, 2017 tarihinde Stanford Encyclopedia of Philosophy: <https://plato.stanford.edu/entries/rights-human/#pagetopright> adresinden alındı

Oğuz, N. Y. (1997). Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler. *T Klin Tıbbi Etik* (5), 50-55.

Olgun, N., & Ulupınar, S. (2004). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. *Diyabet Forumu* , 57-65.

Oneview Revolutionizing Patient Experience. (2015, Mayıs 15). Erişim: 05.05.2017 <http://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>.

Önal, G., & Civaner, M. (2005). Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye’de Hasta Haklarının Yaşama Geçirilmesi İçin Bir Adım. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi Dergisi* , 203.

Özcan, C., & Genç, M. (1998). Türk Sağlık Mevzuatı. *Sağlıkla İlgili Tüm Kanun, Kanun Hükmünde Kararname, Tüzük ve Yönetmeliklerin İncelenmesi ve Özetleri* . İzmir.

Özdamar, K. (1999). *Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.

Özdemir, H. (2004). *Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi*. Ankara: Yetkin Yayınları,20-23.

Rissel, C. (1994). Empowerment: the holy grail of health promotion? *Health Promotion International* , 39-48.

Roberts, K. J. (1999). Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expectations* , 82-92.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Hasta Hakları Uygulama Yönergesi*. Erişim: 05.10.2017. <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yeniyonergeri.htm>.

Saleebey, D. (1999). The strengths perspective; principles and practices. *Social Work Process* , 14-23.

Saraçlı, D. M. (2015). Cumhuriyet'in İlk Yıllarından Günümüze Türkiye'de İnsan Hakları. *Dernekler ve Sivil Toplum* , 23-29.

Sert, G. (2004). *Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*. İstanbul: Babil Yayınları, 120-150.

Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C. A., Whalley, D., & Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research* , 13, 263.

Soyer, A. (1996). *Hekimlik ve İnsan Hakları- Türk Tabipler Birliği Deneyimi 1984-1992*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını .

Suruç, S. (2007). *Kadın Hastalıkları Ve Doğumevi Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi: Ankara Örneği*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.

Sütlaş, M. (2000). *Hasta ve Hasta Yakını Hakları*. İstanbul: Çiviyazıları Yayınevi, 61-100.

Şahin, İ. (2009, Eylül). Demokrasi ve İnsan Hakları Eğitimi. *New World Sciences Academy* , 1343.

Tambuyzer, E., Pieters, G., & Audenhove, C. V. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations* , 138-150.

Tang, T. S., Funnel, M. M., Brown, M. B., & Kurlander, J. E. (2010). Self-management support in "real-world" settings: An empowerment-based intervention. *Patient Education and Counseling* , 178-184.

Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M., & Yazıcı, S. Ö. (2009). Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta-Hekim İlişkilerine Etkisi. *Selçuk İletişim* , 23-36.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti, 485-488.

Tözün, M., & Sözmen, M. K. (2014). Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi* , 48-54.

Turhan, A. (2013). İnsan Hakkı Kuşakları Arasındaki Tamamlayıcılık İlişkisi. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* , 369.

Türk Dil Kurumu. (2017, 01). Türk Dil Kurumu.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). Yıllara Göre İl Nüfusları. *TÜİK Nüfus Tahminleri, 2000-2006, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2007-2016* .

Uygun, O. (2000). İnsan Hakları Kuramı. G. A. Oktay Uygun içinde, *İnsan Hakları*, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 23-27.

Üçışık, F. (2008). *Sağlık Hukuku*. İstanbul: Ötüken Neşriyat A.Ş.

Üye, M. (2012). Hasta Haklarının Dayandığı Temel İlkeler ve Normlar. *Sağlık Hukuku Digestası* , 140.

Wang, R.-H., Hsu, H.-C., Lee, Y.-J., Shin, S.-J., Lin, K.-D., & An, L.-W. (2015). Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: A prospective study in Taiwan. *Patient Education and Counseling* , 6.

Wilson, K. (2001). Promoting Health Literacy. SC. *Inst. On Family and Neighborhood Life* . South Caroline, USA: Clemson University.

Wolfe, A. (2001). Institute of medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics & Nursing Practice* .

Woolf, S., Chan, E., Harris, R., Sheridan, S., C, C. 3., Kaplan, R., et al. (2005). Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. *Annals of Internal Medicine* , 293-300.

World Health Organization. (1986). *W.H. Organization, Ottawa charter for health promotion charter*. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *World Health Organization, Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. World Health Organization.

Yüksel, A., & Yüksel, F. (2004). *Turizmde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Turhan Kitabevi.

EK-1: Anket Formu

Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ve Hasta Güçlendirme Anketi

Sevgili Katılımcı,

Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma Yüksek Lisans Tez çalışması amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla hasta hakları bilgi düzeyi ile hasta güçlendirme arasında bir ilişkinin olup olmadığı, eğer ilişki varsa hangi düzeyde olduğu planlanabilmektedir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Anketimiz üç bölümden oluşmaktadır. 86 soruluk, 20dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların yanında yer alan seçenekler arasından uygun olanı işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Doç. Dr. Oğuz IŞIK- Sorumlu Araştırmacı
Nazlı KAYA- Yardımcı Araştırmacı
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Telefon: 0 537 699 9233

Kişisel ve Demografik Bilgiler

1. Cinsiyetiniz: ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Medeni Durumunuz: ☐ Bekâr ☐ Evli
3. Meslek: (Lütfen yazınız.)
4. Aylık Gelir Düzeyi:TL (Lütfen yazınız.)
5. Yaşınız: (Lütfen yazınız.)
6. Eğitim Durumunuz: ☐ İlk ve ortaokul ☐ Lise ☐ Önlisans ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
7. Rahatsızlığınız nedir? (Lütfen yazınız.)
8. Genellikle hizmet aldığınız sağlık kurumu hangisidir? (Hastane adı veya kurum türü; devlet, özel, vakıf, üniversite vb.)

Hasta Hakları Bilgi Düzeyi Anketi

Aşağıdaki ifadeleri size göre uygun gördüğünüz 1-5 arasında ölçeğe göre puanlayınız.					
Kesinlikle Katılmıyorum--①----②----③----④----⑤-Kesinlikle Katılıyorum					
1	Hastalar, sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin kimlik bilgileri ve görev/unvanları hakkında bilgi isteyebilir.	①	②	③	④ ⑤
2	Hastaların ötenazi (yaşamlarını sonlandırma) hakkı vardır.	①	②	③	④ ⑤
3	Hastaların adalet ve hakkaniyet (ırk, dil, din ve meshep, siyasi düşünce vb. ayırım yapılmaksızın) ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmeti almaya hakkı vardır.	①	②	③	④ ⑤
4	Hastaların sağlık durumu ile ilgili bilgileri yazılı olarak isteme hakkı yoktur.	①	②	③	④ ⑤
5	Hastaların sağlık kuruluşlarını seçme ve değiştirme hakkı vardır.	①	②	③	④ ⑤
6	Hastaların özel durumlarda (acil vaka, engelli, hamile, yaşlı vb.) öncelikli tedavi olmayı isteme hakkı vardır.	①	②	③	④ ⑤
7	Görevli personel işini yaptığı hastaya kendini tanıtmalıdır.	①	②	③	④ ⑤
8	Bir hasta olarak genel anlamda kendi hak ve sorumluluklarını konusunda yeterli bilgi sahibi değilim.	①	②	③	④ ⑤
9	Hastalara ait kayıtlar gizli tutulmalıdır.	①	②	③	④ ⑤
10	Hastaların kendi ile aynı hastalığa sahip, bir başka kişinin dosyasını inceleme hakkı vardır.	①	②	③	④ ⑤
11	Hasta tıbbi kayıtlarındaki eksik veya hatalı bilgilerin düzeltilmesini isteyebilir.	①	②	③	④ ⑤
12	Hasta, sağlık hizmeti sunulan ortamın mahremiyete uygun olmasını isteyebilir.	①	②	③	④ ⑤
13	Hastayı bilgilendirme amaçlı harcanan zaman, bekleyen hastalar için bir haksızlıktır.	①	②	③	④ ⑤
14	Hastaların sağlık personeline yönelik soruları gereksizdir.	①	②	③	④ ⑤
15	Hastayla ilgili tıbbi verilerin hepsinin kaydedilmesi gerekir.	①	②	③	④ ⑤
16	Hastalar kendi hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmelidir.	①	②	③	④ ⑤
17	Hasta bilgilerini/sırrını açıklayan sağlık personeline kanunlara göre hapis cezası verilebilir.	①	②	③	④ ⑤
18	Hastanın tedavisi sırasında doğrudan ilgili olmayan kişiler hasta yakınında bulunabilir.	①	②	③	④ ⑤
19	Hastalar kendi sağlık durumu ile ilgili bilgilerin gizli tutulmasını isteyebilir.	①	②	③	④ ⑤
20	Tıbbi müdahalede sadece mesleki kurallara uymak yeterlidir. (Hastanın özel durumunu gözetmek gerekmez)	①	②	③	④ ⑤
21	Tıbbi müdahaleden önce hastanın izni ve rızası alınmalıdır.	①	②	③	④ ⑤
22	Tıbbi müdahaleye izin veren hasta, müdahalenin herhangi	①	②	③	④ ⑤

	bir yerinde bu izinden vazgeçebilir.					
23	Hastaların uygulanan tedaviyi reddetme veya durdurma hakkı yoktur.	①	②	③	④	⑤
24	Hasta teşhis ve tedavi sırasında yanında bir yakınının bulunmasını isteyebilir.	①	②	③	④	⑤
25	Hastaların can ve mal güvenlikleri için gerekli tedbirler sağlık kuruluşunun yönetimi tarafından alınmalıdır.	①	②	③	④	⑤
26	Hasta sağlık kuruluşunda dini vecibelerini yerine getirebilir.	①	②	③	④	⑤
27	Hasta tedavi sürecinde (dini telkinde bulunması ve manevi yönden destek vermesi amacıyla) yanına din görevlisini davet edebilir.	①	②	③	④	⑤
28	Sağlık personeli hasta ve yakınlarına güler yüzlü ve nazik davranmak zorundadır.	①	②	③	④	⑤
29	Hastanın refakatçi bulundurma hakkı vardır.	①	②	③	④	⑤
30	Hastalar, haklarının ihlal edildiğini düşündüğü durumlarda ilgilileri şikâyet ve dava etme hakkı vardır.	①	②	③	④	⑤
31	Sağlık personeli hasta hak ve sorumlulukları konusunda yeterli bilgiye sahip değildir.	①	②	③	④	⑤

Hasta Güçlendirme Ölçeği

Aşağıdaki ifadeleri size göre uygun gördüğünüz 1-5 arasında ölçeğe göre puanlayınız.						
Kesinlikle Katılmıyorum--①----②----③----④----⑤-Kesinlikle Katılıyorum						
1	Doktorumdan sık sık ilave/detaylı sağlık bilgileri talep ederim.	①	②	③	④	⑤
2	Tedavi hakkında fikrimi değiştirebileceğimin farkındayım.	①	②	③	④	⑤
3	Sağlık sorunumla kendim başa çıkabilirim.	①	②	③	④	⑤
4	Sağlık problemlerime rağmen hala ilginç şeyler yapabiliyorum.	①	②	③	④	⑤
5	Benzer sağlık durumlarıyla mücadele eden insanlar için üzülüyorum.	①	②	③	④	⑤
6	Sağlık durumumu idare edebilme yeteneğine sahibim.	①	②	③	④	⑤
7	Farklı tedavi tercihlerini seçebileceğimin farkındayım.	①	②	③	④	⑤
8	Sağlığım ile ilgili bilgileri öğrenmek beni rahatsız etmez.	①	②	③	④	⑤
9	Sağlık durumumun bulguları üzerindeki kontrolümden memnunum.	①	②	③	④	⑤
10	Sağlık durumumla ilgili ihtimallere karşı umutluyum.	①	②	③	④	⑤
11	Benzer sağlık durumundaki insanlara, durumlarıyla başa çıkmada farklı yollar bulmalarına yardım ettim.	①	②	③	④	⑤
12	Gerektiğinde daha fazla sağlık durumu bilgisine ulaşabilirdim.	①	②	③	④	⑤
13	Sağlık problemlerim hayattan zevk almamı engeller.	①	②	③	④	⑤
14	Sağlık bulgularımın yaşamım üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilirim.	①	②	③	④	⑤
15	Doktorumdan tedavimi değiştirmesini istemeyi zor buluyorum.	①	②	③	④	⑤
16	Sağlık durumumla başa çıkmadaki deneyimlerimi, benzer sağlık	①	②	③	④	⑤

	problemleri olan kişilerle paylaştım.					
17	Sağlık durumum hakkında bir şeyler öğrenmek için nereye gideceğimi biliyorum.	①	②	③	④	⑤
18	Sağlık durumuma rağmen eğlenceli bir şeyler yapmak için planlarım var.	①	②	③	④	⑤
19	Sağlık durumum üzerinde bir kontrol duygusu hissediyorum.	①	②	③	④	⑤
20	Sağlık durumuma rağmen çok iyi bir hayatım olduğunu hissediyorum.	①	②	③	④	⑤
21	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla başa çıkabilmek için bilgiye sahibim.	①	②	③	④	⑤
22	Nasıl kaygılanmamam gerektiğini, başkalarıyla paylaştım.	①	②	③	④	⑤
23	Sağlık durumumu kontrol altında hissetmeme yardımcı olan becerilere sahibim.	①	②	③	④	⑤
24	Benim için en iyi olmadığını düşündüğüm bir tedaviyi reddederdim.	①	②	③	④	⑤
25	Sağlık durumum hakkında daha fazla bilgiye sahip olmak onunla başa çıkmamda yararlı olur.	①	②	③	④	⑤
26	Sağlık durumuma rağmen günlük hayatta kendimi işe yarar hissediyorum.	①	②	③	④	⑤
27	Tedavi hakkında görüşümü değiştirsem bunu doktorumla konuşabilirim.	①	②	③	④	⑤
28	Test sonuçlarımın ne anlama geldiğini biliyorum.	①	②	③	④	⑤
29	Sağlık durumuma rağmen normal bir hayat yaşayabilirim.	①	②	③	④	⑤
30	Sağlık durumumla ilgili doktor seçimimden memnunum.	①	②	③	④	⑤
31	Sağlık problemlerimin hayatımın yönetimini ele geçirdiğini düşünüyorum.	①	②	③	④	⑤
32	Sağlık durumum yüzünden bir dönem içerisinde bir gün hayatımı yaşıyorum.	①	②	③	④	⑤
33	Bana ne olduğunu ve bunun nasıl gerçekleştiğini bilmem gerekir.	①	②	③	④	⑤
34	Sağlık problemlerime rağmen hayatıma aktif bir şekilde bağlandığımı hissediyorum.	①	②	③	④	⑤
35	Benzer sağlık durumuna sahip insanlarla sağlık durumumu anlayışla kavrayabildiğimi paylaştım.	①	②	③	④	⑤
36	Sağlık durumum hakkında karar verme sürecine katılırım.	①	②	③	④	⑤
37	Sağlık durumumla ilgili zorluklarla nasıl başa çıkılacağını biliyorum.	①	②	③	④	⑤
38	Sağlık durumuma rağmen hayatımın tadını çıkarmaya çalışıyorum.	①	②	③	④	⑤
39	Sağlık durumumu anlıyorum.	①	②	③	④	⑤
40	Sağlık durumum hakkında doktorum tarafından verilen bir kararı reddedebilmeyi isterdim.	①	②	③	④	⑤
41	Sağlık durumumla ilgili pozitif bir görüşe sahibim.	①	②	③	④	⑤

42	Benzer sağlık durumlarıyla m¼cadele eden insanlar benden tavsiye isterler.	①	②	③	④	⑤
43	Sağlık durumumla başa ¼ıkabilmek i¼in ihtiya¼ım olan t¼m bilgiye sahibim.	①	②	③	④	⑤
44	Sağlık problemlerim olmasaydı, daha fazlasını başarabilirdim.	①	②	③	④	⑤
45	Sağlık problemlerimi nasıl kontrol altında tutacağımı biliyorum.	①	②	③	④	⑤
46	Sağlık durumum hakkında yeterince şey biliyorum.	①	②	③	④	⑤
47	Sağlık problemlerime rağmen hayatımın bir anlamı ve amacı olduğunu hissediyorum.	①	②	③	④	⑤



EK-2: İzin Yazısı - Hasta Güçlendirme Ölçeği

02.10.2016

Gmail - The Empowerment Scala



Nazlı Turmuş Kaya <nazliturmus86@gmail.com>

The Empowerment Scala

Nicola Small <Nicola.Small@manchester.ac.uk>
 Alıcı: Nazlı Turmuş <nazliturmus86@gmail.com>

5 Temmuz 2016 20:38

Dear Nazlı,

Thank you for your email and request for permission to use my scale, I hereby grant this to you.

Would you be able to send me some further information on your PhD research study so that I can add you to my list of validation studies? I have attached this document containing all the validation studies currently in progress on the scale, you might find it useful to contact some of the studies that are relevant to your study. I have also attached the 47-item scale that is ready to use following the results of the preliminary validation <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-263> You will find many relevant research studies cited within my paper as well.

I'm happy to advise you where I am able to, please keep in touch about your next steps.

Best wishes,

Nicola

Dr Nicola Small | Research Associate | Centre for Primary Care | Institute of Population Health | Manchester Academic Health Science Centre | University of Manchester | 6th Floor | Suite 4 | Office 6.21 | Williamson Building | Oxford Road | Manchester | M13 9PL | ☎ +44 (0) 161 275 4844 | 🐦 @PrimaryCareMcr

Research profile: https://www.researchgate.net/profile/Nicola_Small

Centre seminar series: <http://www.population-health.manchester.ac.uk/primarycare/newsandevents/events/>

From: Nazlı Turmuş [mailto:nazliturmus86@gmail.com]
Sent: 19 June 2016 11:52
To: Nicola Small
Subject: The Empowerment Scala

[Ayrıntıların metin gizlendi]

EK-3: Etik Kurul Onayı – Hacettepe Üniversitesi



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -11C7

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 08 KASIM 2016 SALI
Toplantı No : 2016/22
Proje No : GO 16/661 (Değerlendirme Tarihi: 25.10.2016)
Karar No : GO 16/661- 02

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Uğuz IŞIK' ın sorumlu araştırmacı olduğu ve Nazlı TURMUŞ' ın yüksek lisans tezi olan, GO 16/661 kayıt numaralı ve **"Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|--|
| 1. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU (Başkan) | 10. Prof. Dr. Oya Nurun EMIROĞLU (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nuri AKARSU (Üye) | 11. Yrd. Doç. Dr. Özay GÖKÖZ (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Nezzet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. Fatma Vesa OKUR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZOĞLU (Üye) | 14. Yrd. Doç. Dr. Can Ebru KURU (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. İl Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Merve DEMİR (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Elmas Ebru YALÇIN (Üye) | 17. Öğr. Gör. Meltem ŞENGELİN (Üye) |
| 9. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 18. Av. Meltem ONURLU (Üye) |

EK-4: Etik Kurul Onayı – Okan Üniversitesi

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 01.02.2017

Toplantı Sayısı: 79

Toplantıya Katılanlar:

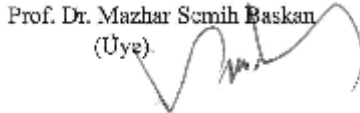
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiç Ünal	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 01.02.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

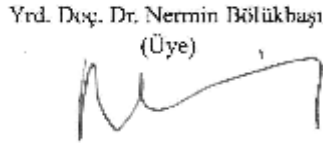
Karar 26. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü öğrencilerinden Nazlı KAYA'nın "Hasta Hakları Bilgi Düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

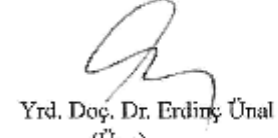

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)

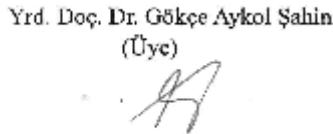

Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)


Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Erdiç Ünal
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin
(Üye)


Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)

EK-5: Anket Uygulama İzni – Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Evrak Tarih ve Sayısı: 01.03.2017-7306



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İl Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni

NAZLI TURMUŞ
Armağanevler Mah. Harman Sk. No:110/11 Ümraniye/ İstanbul

İlgi : Nazlı TURMUŞ'un 31/01/2017 tarihli dilekçesi

İlgi sayılı dilekçe ile tarafınıza başvuruda bulunduğunuz "Hasta Hakları Bilgi düzeyi ile Hasta Güçlendirme Arasındaki İlişki" konulu veri toplamaya yönelik çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı sağlık tesislerimizden ekte uygunluğu bulunan hastanelerde yürütme talebiniz ilgili kurumların görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Yazı Örneği (3 Sayfa)

Güvenli Elektronik
İmza ile Aşağıda
31.03.2017
Tuncay YAROL
Bilgi Sorumlusu

(Handwritten signature)

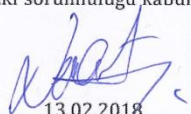
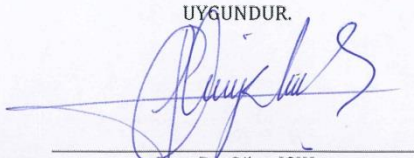
İçişleri Bakanlığı 24752 / Ankara - İstanbul
Telefon: 2165357873 - 7750 Faks: 0312 478 78 21
E Posta: iletisim@tjkhg.gov.tr
Evrak Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:8050/nv/sonDagutu/2P6K57D01>

Ayrıntılı bilgi için internet: GÖKDEMİR FİLİZ

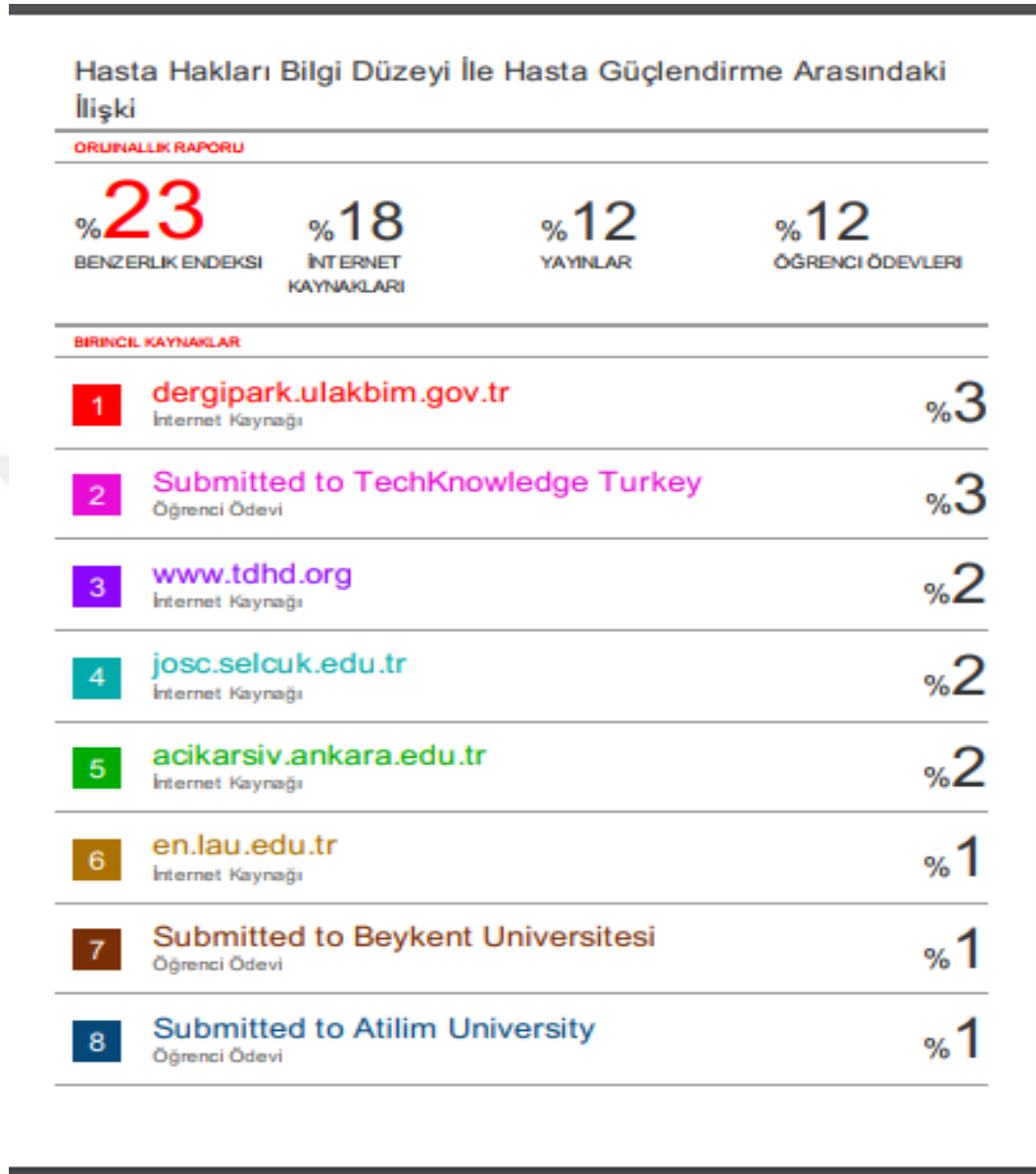


Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Sayfa 1/1

Ek-6: Orijinallik Formu

 HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA
Tarih: 13/02/2018
Tez Başlığı / Konusu: HASTA HAKLARI BİLGİ DÜZEYİ İLE HASTA GÜÇLENDİRME ARASINDAKİ İLİŞKİ Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 83 sayfalık kısmına ilişkin, 12/02/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 23 'tür. Uygulanan filtrelemeler: 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç, 2- Kaynakça hariç 3- Alıntılar dâhil Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim.  13.02.2018
Adı Soyadı: NAZLI KAYA Öğrenci No: N14125237 Anabilim Dalı: SAĞLIK YÖNETİMİ Programı: SAĞLIK YÖNETİMİ Statüsü: ☒ Y.Lisans ☐ Doktora ☐ Bütünleşik Dr.
<u>DANIŞMAN ONAYI</u> UYGUNDUR.  Doç. Dr. Oğuz IŞIK

Ek-7: Orijinallik Raporu



Ek-8: Özgeçmiş**ÖZGEÇMİŞ****Kişisel Bilgiler**

Adı Soyadı : Nazlı Kaya

Doğum Yeri ve Tarihi : Ümraniye/ İstanbul

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Yüksek Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce , Almanca

Bilimsel Faaliyetleri : Sağlık Kuruluşlarında Hasta Hizmetleri, Bölüm adı:(Hasta Hizmetleri Ekibi) (2017)., Kaya Nazlı, Güneş Tıp Kitapevi, Editör:Yarar Onur, İnce Özgür, Basım sayısı:1, Türkçe(Ders Kitabı), (Yayın No: 3393470)

Kadın İstihdamında Eğitimin Etkisi : Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kadın. Kaya N., Somuncu S., Yarar O. (2017) Eufefe Uluslararası Ekonomi Kongresi (Tam Metin Bildiri/Sözlü Sunum)

Diyabet Hastalığının Bilinirliği ve İlişkilerinin İncelenerek Hastalık Yönetiminin Sağlanması. Kaya Nazlı, İnce Özgür,Yarar Onur (2016). 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3393435)

A Crash Course InHospital Business Management , Hospital Business Management / University of Applied

Sciences Neu Ulm - Germany, Ankara University,
Sertifika, 11.11.2012 -11.11.2012 (Uluslararası)

İş Deneyimi

Stajlar : Ankara Numune EAH, Acıbadem Sağlık Grubu

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : Acıbadem Sağlık Grubu, Okan Üniversitesi

İletişim

E-Posta Adresi : nazliturmus86@gmail.com

Tarih : 23.01.2018