



**T.C.  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**HASTA HAKLARI  
UYGULAMALARININ HASTA  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: KAMU VE  
ÖZEL HASTANELERDE BİR  
ARAŞTIRMA**

**Ezgi MAHANOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KAHRAMANMARAŞ  
MAYIS – 2019**



**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**HASTA HAKLARI**  
**UYGULAMALARININ HASTA**  
**MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: KAMU**  
**VE ÖZEL HASTANELERDE BİR**  
**ARAŞTIRMA**

**DANIŞMAN: Prof. Dr. Abdullah SOYSAL**

**JÜRİ : Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali PARLAYAN**

**JÜRİ : Dr. Öğr. Üyesi Sabiha Annaç GÖV**

**Ezgi MAHANOĞLU**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KAHRAMANMARAŞ**  
**MAYIS-2019**

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**HASTA HAKLARI UYGULAMALARININ HASTA  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: KAMU VE ÖZEL  
HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA**

Ezgi, MAHANOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Kod No :

**Bu Tez / Proje 16/05/2019 Tarihinde Aşağıdaki Jüri Üyeleri Tarafından  
Oy Birliği / Oy Çokluğu ile Kabul Edilmiştir.**

**Prof. Dr. Abdullah SOYSAL**  
BAŞKAN

**Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali**  
PARLAYAN  
ÜYE

**Dr. Öğr. Üyesi Sabiha Annaç**  
GÖV  
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

**Prof. Dr. Ahmet EYİCİL**  
Enstitü Müdürü V.

Bu çalışma.....tarafından desteklenmiştir.  
Proje No:.....

Not: Bu tez ve projede kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge, şekil ve fotoğrafların kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki hükümlere tabidir.

**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**ÖZET**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HASTA HAKLARI UYGULAMALARININ HASTA  
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE  
BİR ARAŞTIRMA**

**Ezgi MAHANOĞLU**

**Danışman : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL**

**Yıl : 2019, Sayfa: 82+XI**

**Jüri : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL(Başkan)  
: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali PARLAYAN(Üye)  
: Dr. Öğr. Üyesi Sabiha Annaç GÖV (Üye)**

Bu çalışmada hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının görüşlerine göre hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi, hasta hakları uygulamaları ve hasta memnuniyetinin hastane türüne (kamu ve özel) göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Özel Antakya Akademi Hastanesi'nden hizmet alan hasta ve yakınları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü her hastane için 120'şer olmak üzere toplam 240 olarak belirlenmiştir. 240 hasta ve yakınına hasta hakları uygulamaları ölçeği ve hasta memnuniyeti ölçeği uygulanmıştır. Hasta hakları uygulamaları ölçeği 40 madde ve 6 boyuttan oluşmaktadır. Hasta memnuniyeti ölçeği 15 madde ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciennes) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Frekans analizi, sayı-yüzdellik hesaplama, güvenilirlik analizi, bağımsız örneklem t testi, anova analizi (tek yönlü varyans analizi), pearson korelasyon analizi, basit ve çoklu regresyon analizi yöntemleri kullanılmıştır. Sonuç olarak; hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyeti alt boyutlarının tümünü istatistiksel olarak pozitif ve anlamlı etkilediği saptanmıştır. Hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından bakım ve tedavi ve bilgilendirmenin genel memnuniyeti ve ilgi ve nezaketi; yalnızca bakım ve tedavinin ise idari ve tıbbi hizmetlerden memnuniyet alt boyutunu anlamlı ve pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir. Hasta hakları uygulamaları alt boyutlarından; bilgilendirme, onay, bakım ve tedavi, başvurunun; hasta memnuniyeti alt boyutlarının tümünün (tıbbi

**hizmetlerden memnuniyet, idari hizmetlerden memnuniyet, ilgi ve nezaket, genel memnuniyet) hastane türüne göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.**

**Anahtar Kelimeler: Hasta Memnuniyeti, Hasta Hakları, Kamu Hastanesi, Özel Hastane**



**DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT  
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES  
KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM UNIVERSITY**

**ABSTRACT**

**MASTER'S THESIS**

**THE EFFECT OF THE PATIENT RIGHTS  
PRACTICES ON PATIENT SATISFACTION: A  
RESEARCH IN PUBLIC AND PRIVATE  
HOSPITALS**

**Ezgi MAHANOĞLU**

**Supervisor : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL**

**Year : 2019, Pages: 82+XI**

**Jury : Prof. Dr. Abdullah SOYSAL (Chairperson)  
: Assist. Prof. Dr. Mehmet Ali PARLAYAN (Member)  
: Assist. Prof. Dr. Sabiha Annaç GÖV (Member)**

This study, it was aimed to examine the effects of patient rights practices on patient satisfaction, whether patient rights practices and patient satisfaction differed in consonance with the type (public and private) of the hospital, according to the opinions of patients who were treated in hospitals and their relatives. For this purpose, the patients who receive service from Mustafa Kemal University Health Application and Research Hospital and Private Antakya Akademi Hospital and their relatives constitute the universe of the Research. The sample size of the study has been determined 120 for each hospital, 240 in total. Patient rights application scale and patient satisfaction scale were applied to 240 patients and their relatives. The scale of patient rights practices consists of 40 items and 6 dimensions. The patient satisfaction scale consists of 15 items and 4 dimensions. The data which were collected through study, analyzed by using the SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciennes) program. Frequency analysis, number-percentage calculation, reliability analysis, independent sample t test, anova analysis (one way variance analysis), pearson correlation analysis, simple and multiple regression analysis methods were used. As a result; it was found that patient rights practices affected statistically the patient satisfaction all of the sub-dimensions positively and significantly. It was determined that care and treatment and informing which are sub-dimensions of patient rights practices affected the

**overall satisfaction, interest and courtesy while only care and treatment affected satisfaction which is the sub-dimension of administrative and medical services, positively and significantly. Information, approval, care and treatment, application which are the sub-dimensions of patient rights practices; patient satisfaction all the sub-dimensions (satisfaction with medical services, satisfaction from administrative services, interest and courtesy, overall satisfaction) were found to vary according to hospital type.**

**Keywords: Patient Satisfaction, Patient Rights, Public Hospital, Private Hospital**



## ÖN SÖZ

Hasta hakları farklı araştırmacılar tarafından ele alınan ve güncelliğini koruyan bir konudur. Bu tez konusu ile kamu ve özel sağlık işletmelerindeki hasta ve yakınlarının görüşlerine göre hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisinin ne düzeyde olduğu ve aralarındaki ilişki, hasta memnuniyeti ve hasta hakları uygulamalarının hastane işletmelerine göre farklılığı incelenmek istenmiştir. Literatürde hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisi ile ilgili benzer çalışmanın olmaması, konunun güncel ve önemli olması ve hastane işletmelerine yol göstermesi açısından önem taşıması düşüncesi bu konu üzerinde çalışılmasının sebebidir.

Öncelikle tez konumu seçmemde beni yönlendiren, çalışmak istediğim tez konusu ile ilgili beni zenginleştiren, güncel bir konu olan hasta hakları uygulamalarının tek başına araştırılmasından ziyade hasta memnuniyeti ile ilişkilendirme fikrini veren, yaptığım çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı konusunda inancımın tam olmasını sağlayan çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Abdullah SOYSAL'a tezime yaptığı katkı ve desteklerinden ötürü sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Anket çalışmasını yaptığım Mustafa Kemal Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Sayın Prof.Dr. Yunus DOğRAMACI'ya,

Özel Antakya Akademi Hastanesi Mesul Müdürü Sayın Op. Dr. Salih VURAL'a, İdari İşler Müdürü Servet ATEŐ'e, Halkla İlişkiler Sorumlusu Arzu BOYACIOğLU'na,

Bu zorlu süreçte bana başarabileceğim inancını veren, hep yanımda olan benden maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, varlıklarına şükrettiğim sevgili aileme,

Tez sürecimde çektiiğim sıkıntılar, zorluklara rağmen kahrımı çeken, hep yanımda olan ve her daim yanımda olacağından hiç şüphe duymadığım sevgili can yoldaşım, sırdaşım Uğur REYHANLI'ya,

Hastane ve etik kurul izni aşamasında yardımını ve desteğini esirgemeyen KSÜ Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Bölüm Sekreteri Zehra DEMİR'e,

Son olarak tez sürecimde bana yardımcı olan, beni yönlendiren ve desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Mesut KARAMAN'a,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Ezgi MAHANOğLU  
Kahramanmaraş-2019



## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	I
ABSTRACT.....	III
ÖN SÖZ .....	V
KISALTMALAR.....	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	XI
1. GİRİŞ .....	1
2.KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR .....	4
2.1.Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti İle İlgili Yapılmış Yerli ve Yabancı Araştırmalar .....	4
3.KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	9
3.1. Hasta Hakları.....	9
3.1.1. Hak Kavramı .....	9
3.1.2. Hasta Hakları Kavramı .....	10
3.1.3. Hasta Haklarının Amaçları .....	10
3.1.4. Dünya’da Hasta Hakları ve Uluslararası Belgeler.....	11
3.1.5. Hasta Haklarıyla İlgili Ulusal Belgeler .....	13
3.1.5.1. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)....	13
3.1.5.2. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü) (1960).....	13
3.1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961).....	13
3.1.5.4. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998).....	14
3.1.5.5. T.C Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi (2003) ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005).....	15
3.2. Hasta Memnuniyeti .....	17
3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı.....	17
3.2.2. Sağlık İşletmelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyeti ve Önemi.....	18
3.2.3. Hasta (Müşteri) Memnuniyeti Ölçüm Modelleri.....	19
3.2.3.1. Kalitatif Veri Sağlayan Yöntemler .....	20
3.2.3.2. Kantitatif Veri Sağlayan Yöntemler .....	21
3.2.4. Hasta Beklenti ve Algıları .....	22
3.2.5. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....	23
3.2.6. Hasta Memnuniyeti Boyutları .....	23
3.2.6.1. Doktor-Hasta İlişkisi.....	23
3.2.6.2. Hemşire-Hasta İlişkisi .....	24
3.2.6.3. Diğer Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi.....	24
3.2.6.4. Bilgilendirme .....	24
3.2.6.5. Güven.....	25
3.2.6.6. Fiziksel ve Çevresel Faktörler .....	25
3.2.6.7. Bürokrasi.....	25
3.2.6.8. Ücret .....	25
3.2.6.9. Beslenme Hizmetleri .....	26
3.3. Hasta Hakları Uygulamaları ve Hasta Memnuniyeti Boyutu .....	26
4. HASTA HAKLARI UYGULAMALARININ HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA .....	28
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	28
4.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri .....	28
4.3. Evren ve Örneklem .....	30

4.4. Veri Toplama Aracı .....	31
4.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanışı.....	34
4.6. Verilerin Analiz Edilmesi ve Çözümlemesi.....	35
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları .....	35
4.8. Verilerin Normallik Testinin İncelenmesi .....	35
5. BULGULAR.....	37
5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	37
5.2. Demografik Özelliklere Göre Hastane Tercihlerinin Değerlendirilmesi.....	37
5.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Verilen Yanıtların Dağılım İstatistikleri .....	38
5.3.1. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğe Verilen Yanıtların Dağılımı .....	39
5.3.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı.....	41
5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Ortalaması İstatistikleri .....	42
5.5. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Demografik Değişkenler Açısından Elde Edilen Analiz Bulguları .....	43
5.5.1. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları .....	43
5.5.2. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Tek Yönlü Varyans (Anova) Testi Analiz Sonuçları .....	46
5.6. Katılımcıların Hasta Memnuniyetine Yönelik Demografik Değişkenler Açısından Elde Edilen Analiz Bulguları .....	50
5.6.1. Katılımcıların Hasta Memnuniyetine Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları.....	50
5.6.2. Katılımcıların Hasta Memnuniyetine Yönelik Tek Yönlü Varyans (Anova) Testi Analiz Sonuçları .....	52
5.7. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	55
5.7.1. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Alt Boyutlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....	55
5.7.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları .....	56
5.7.3. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Genel Memnuniyet Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	57
5.7.4. Hasta Hakları Uygulamaları ve Hasta Memnuniyeti Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....	57
5.8. Regresyon Analizine İlişkin Bulgu ve Yorumlar.....	58
5.8.1. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi.....	58
5.8.2. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının İdari Hizmetlerden Memnuniyete Etkisinin Analiz Sonuçları .....	61
5.8.3. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının İlgil ve Nezakete Etkisinin Analiz Sonuçları .....	63
5.8.4. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Genel Memnuniyete Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları.....	65
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
KAYNAKLAR .....	76
ÖZ GEÇMİŞ	
EKLER	

## KISALTMALAR

<b>T.C</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>HHB</b>	: Hasta Hakları Birimi
<b>HHK</b>	: Hasta Hakları Kurulu
<b>KSÜ</b>	: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
<b>HMÖÖ</b>	: Hizmet Memnuniyetini Ölçme Ölçeği
<b>JCI</b>	: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciennes
<b>KMO</b>	: Kaiser Meyer Olkin
<b>VIF</b>	: Variance Inflation Factor



## TABLolar LİSTESİ

<b><u>Tablolar</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
Tablo 3.1. Sağlık Kurumunda İç ve Dış Müşteriler.....	18
Tablo 4.1. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğin Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Değerleri .....	32
Tablo 4.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Değerleri .....	32
Tablo 4.3. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğin Faktör Yükleri .....	32
Tablo 4.4. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğe İlişkin Açıklanan Toplam Varyans	
Tablo 4.5. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Faktör Yükleri .....	34
Tablo 4.6. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklanan Toplam Varyans.....	34
Tablo 4.7. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Hasta Memnuniyeti Ölçeği Boyutları Normallik Testi Analizi .....	36
Tablo 5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	37
Tablo 5.2. Hastane Türlerine Göre Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	38
Tablo 5.3. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğe Verilen Yanıtların Dağılımı .....	39
Tablo 5.4. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı.....	42
Tablo 5.5. Araştırma Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalaması İstatistikleri.....	43
Tablo 5.6. Katılımcıların Cinsiyet İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait T Testi Analiz Sonuçları.....	43
Tablo 5.7. Katılımcıların Medeni Durum İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait T Testi Analiz Sonuçları .....	44
Tablo 5.8. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarının Hastane Türüne Göre Farklılığına Ait T Testi Analiz Sonuçları.....	45
Tablo 5.9. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarının Hastane Türüne Göre Farklılığına Ait Hipotez Sonuçları .....	46
Tablo 5.10. Katılımcıların Yaş İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları.....	47
Tablo 5.11. Katılımcıların Eğitim Durumu İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları.....	48
Tablo 5.12. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumu İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları.....	49
Tablo 5.13. Katılımcıların Cinsiyetleri İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan T Testi Analiz Sonuçları .....	50
Tablo 5.14. Katılımcıların Medeni Durumları İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan T Testi Analiz Sonuçları .....	51
Tablo 5.15. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Hastane Türüne Göre Farklılığına İlişkin T Testi Analiz Sonuçları.....	51
Tablo 5.16. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Hastane Türüne Göre Farklılığına İlişkin Oluşturulan Hipotez Sonuçları.....	52
Tablo 5.17. Katılımcıların Yaşları İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan Anova Testi Analizi Sonuçları.....	53
Tablo 5.18. Katılımcıların Eğitim Durumları İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan Anova Testi Analizi Sonuçları .....	53
Tablo 5.19. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumları İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan Anova Testi Analizi Sonuçları.....	54

Tablo 5.20. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları .....	56
Tablo 5.21. Hasta Memnuniyeti Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Sonuçları .....	56
Tablo 5.22. Hasta Hakları Uygulamaları ve Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki .....	57
Tablo 5.23. Hasta Hakları Uygulamaları ve Hasta Memnuniyeti Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon İlişkisi.....	57
Tablo 5.24. Hasta Hakları Uygulamalarının Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi	58
Tablo 5.25. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları.....	59
Tablo 5.26. Hasta Hakları Uygulamalarının Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi Hipotez Sonuçları.....	60
Tablo 5.27. Hasta Hakları Uygulamalarının İdari Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi .	61
Tablo 5.28. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla İdari Hizmetlerden Memnuniyet Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları.....	62
Tablo 5.29. Hasta Hakları Uygulamalarının İdari Hizmetlere Etkisi Hipotez Sonuçları .....	63
Tablo 5.30. Hasta Hakları Uygulamalarının İlgı ve Nezakete Etkisi .....	63
Tablo 5.31. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla İlgı ve Nezaket Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları .....	64
Tablo 5.32. Hasta Hakları Uygulamalarının İlgı ve Nezakete Etkisi Hipotez Sonuçları	65
Tablo 5.33. Hasta Hakları Uygulamalarının Genel Memnuniyete Etkisi.....	66
Tablo 5.34. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla Genel Memnuniyet Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları .....	67
Tablo 5.35. Hasta Hakları Uygulamalarının Genel Memnuniyete Etkisi Hipotez Sonuçları .....	68

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sekiller

### Sayfa

Şekil 4.1. Araştırma Modeli.....29



## 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri bireylerin en fazla talep etme ihtimallerinin olduğu bir hizmettir. Bu hizmetlerin talep edilmesinde haklarının ve sorumluluklarının neler olduğunun bilinmesi olası bir problemin azalmasını sağlamaktadır (Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015: 28).

İnsan hakları bireylerin insan olmalarından ötürü kazanmış olduğu haklardır. Hasta hakları ise insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetine uygulanmasını içermektedir (Zaybak vd., 2012: 105). İnsan haklarının ilkelerinin temelinde yaşama hakkı yer almaktadır ve öncelikli temel hak durumundadır. Bireyin sahip olduğu bu haklar sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı olan insanların sırf insan olmalarından ötürü sahip oldukları hakları içermekte hem ulusal hem de uluslararası antlaşmalarla güvence altına alınmıştır (Bostan ve Ünal, 2013: 66).

Hasta hakları yaşama hakkı ile doğrudan ilişkili olan ve devredilmesi mümkün olmayan temel haklar arasında yer almaktadır (Hatırnaz, 2007: 81). Bu haklar hasta ve yakınlarını haksız, gereksiz ve yersiz yere yapılan uygulama ve tedaviden koruyan yasal, moral ve etik standartları içermektedir (Zengin vd., 2013: 106). Hasta haklarının başında insan olarak saygı görme, mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmeti alma, bilgilendirilme, tıbbi işlemler için onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, bakım ve tedavinin devamlılığının sağlanması gibi konular gelmektedir (Erbil, 2009: 827).

Sağlık alanında son yıllarda yaşanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve yüksek teknolojiyle sağlık hizmetinin sunumu, sağlık hizmetlerindeki sistemlerden dolayı yaşanan olumsuzluklar, bireyin öncelikli olması, eğitim düzeyinin artması ve kitle iletişim araçlarının etkisiyle hasta hakları son elli yılda gündeme gelmiştir (Güvercin, 2007: 4).

Hasta haklarıyla ilgili ilk uluslararası metin 1946 Nuremberg kodları ve 1963 Helsinki deklarasyonudur. İlk temel bildiri ise; Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 tarihinde çıkardığı Lizbon Bildirgesidir. Bu bildiriye oluşan eksiklikleri gidermek amacıyla Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi 1994) ve Dünya Tabipler Birliği tarafından Hasta Hakları Bildirgesi (1995) çıkarılmıştır. İki bildirgede de hasta hakları temel olarak beş başlık altında (tıbbi bakım hakkı, bilgilendirilme hakkı, onam verme hakkı, mahremiyete saygı hakkı ve başvuru hakkı) gruplandırılmıştır (Teke vd., 2007: 260). Türkiye'de ise hasta hakları ile ilgili düzenlemeler farklı yasa ve tüzüklerde yer almıştır. 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği hasta haklarıyla ilgili olan düzenlemeleri bir başlık altında toplamıştır ve bu yönetmeliğin yasal düzenlemeler içerisinde önemli bir yeri bulunmaktadır (Harorlu ve Akgül, 2002: 71). Bunu takiben ilgili yönetmeliğin faaliyetlerinin işlerlik kazanması amacıyla 2003 yılında "Sağlık Tesislerine Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yi yayınlanmıştır. Bu yönerge 2005 yılında ihtiyaç duyulan durumlara göre yenilenmiştir (Bostan, 2007: 3).

Hem uluslararası metinlerde hem de Türkiye'de yürürlükte olan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, hasta hakları altı başlık altında incelenmektedir (Kılıçarslan vd., 2012: 49). Bu başlıklar; tıbbi bakım alma, bilgilendirilme, onam (rıza), mahremiyet ve özel hayata saygı, tıbbi araştırmalarda hasta hakları ve başvuru hakkıdır (Günay vd., 2007: 304).

Hasta ve yakınlarının sağlık kurumunda hasta hakları uygulamaları ile ilgili haklarını talep etmeleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının da bu hakların hiçbirini göz ardı etmeden tamamının uygulanmasına dikkat etmeleri gerekmektedir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinde hasta haklarının uygulanması durumunda bu durum hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyecek ve kuruma gelen hastaların memnuniyetini arttıracaktır. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinde hasta haklarının uygulanmasının hasta memnuniyeti açısından önemli olduğu söylenebilir. Fakat günümüzde hastaların haklarını tam olarak bilmemeleri, gerek özel gerekse kamu kurumlarında çeşitli sebeplerden ötürü hasta hakları uygulamalarının yeteri kadar önemsenmemesi hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışmanın amacı, hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının görüşlerine göre hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesidir. Ayrıca hasta hakları uygulamaları ve hasta memnuniyetinin hastane türüne (kamu ve özel) göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak da amaçlardan biridir. Çalışmada ayrıca hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenecek olup, hasta hakları uygulamalarının ne kadarının hasta memnuniyeti ile açıklandığı tespit edilmeye çalışılacaktır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

- Hasta ve yakınlarının hastane işletmelerindeki hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşleri ne düzeydedir?
- Hasta ve yakınlarının hastane işletmelerindeki hasta hakları uygulamaları görüşlerinde, demografik değişkenler arasında anlamlı farklılıklar var mı?
- Hasta ve yakınlarının hasta memnuniyetine ilişkin görüşleri hastane işletmelerinde ne düzeydedir?
- Hasta ve yakınlarının hastane işletmelerindeki hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinde, demografik değişkenler arasında anlamlı farklılıklar var mı?
- Hastane işletmelerinde hasta hakları uygulamaları boyutları ile hasta memnuniyeti boyutları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin hasta memnuniyetine etkisi var mıdır?
- Hasta ve yakınlarının hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyetine ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermekte midir?

Sağlık sektöründe hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisi ile ilgili yapılan çalışmaların literatürde çok az olması ve bu konunun çoğunlukla sağlık personelleri açısından incelenmesi, hasta ve yakınları açısından bu konunun çok fazla ele alınmaması detaylı bir şekilde incelenen bu çalışmanın önemini arttırmaktadır. Bu bağlamda bu çalışma hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının hasta hakları uygulamasının boyutlarını, en fazla hangi haklarının göz ardı edildiğini ifade etmeleri ve bunun hasta memnuniyetine etkisinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmanın hastane işletmelerindeki hasta hakları uygulamalarına ilişkin sonuçların ve hangi konuda eksiklik yaşandığının öğrenilmesi ve diğer kurumlara yol göstermesi açısından da önem taşıdığı söylenebilir.

Araştırmanın amacına ulaşması için verilerin toplanmasında kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Ölçekler gönüllü kişilere uygulanmış ve katılımcıların objektif ve samimi bir şekilde soruları yanıtladıkları varsayılmaktadır. Araştırma, hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği varsayımı üzerinden hareket edilerek yapılmıştır. Araştırma kapsamında değişkenler arası ilişkilerin, araştırılmak istenilen ilişkileri açıkladığı varsayılmaktadır.

Araştırma Hatay ilinde bulunan bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede tedavi gören hasta ve yakınlarının verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Hem Hatay ilindeki bütün hastaneleri kapsamaması hem de Türkiye genelindeki tüm hastaları içermemesi açısından sonuçlar tüm hastaneler ve hastaların tamamına genellenemez. Araştırmada elde edilen veriler kullanılan ölçekteki sorularla sınırlıdır. Verilerin analizinde kullanılan istatistikî yöntemler ile sınırlıdır.

Çalışma yedi ana başlıktan oluşup çalışmanın **birinci** bölümünde konunun genel olarak kapsamı, yöntemi ve önemiyle ilgili açıklamalar yapılacaktır. **İkinci** bölümde hasta hakları ve hasta memnuniyetiyle ilgili literatürde yer alan çalışmalar hakkında kapsamlı bir şekilde bilgi verilecektir. **Üçüncü** bölümde; hak ve hasta hakları kavramı, amaçları, hasta haklarıyla ilgili ulusal ve uluslararası belgeler, sağlık işletmelerinde müşteri ve hasta memnuniyeti kavramı, hasta memnuniyeti ölçüm modelleri, hastaların beklenti ve algıları ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin açıklaması yapıp hasta hakları uygulamaları ve hasta memnuniyeti boyutunun etkileşimi hakkında bilgi verilecektir. **Dördüncü** bölümde araştırmada yer alan metodlar, verilerin analizinde kullanılan araçlar gibi konularla ilgili bilgi verilecektir. **Beşinci** bölümde verilerin



analizi sonucunda elde edilen bulgular ve bunların yorumu açıklanacaktır. **Altıncı** bölümde ise araştırmanın bulgularından elde edilen sonuçların literatür doğrultusunda değerlendirilmesi ve bu konuyla ilgili yapılması planlanan çalışmalar ile ilgili önerilerde bulunularak çalışma sonlandırılacaktır.



## 2.KONU İLE İLGİLİ ÖNCEKİ ARAŞTIRMALAR

Yapılan çalışmanın konusu olan “Hasta Hakları ” ve “Hasta Memnuniyeti” ile ilgili daha önceden yapılmış yerli ve yabancı çalışmalar bu bölümde yer almaktadır.

### 2.1.Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti İle İlgili Yapılmış Yerli ve Yabancı Araştırmalar

Literatürde Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti ile ilgili yapılmış çalışmalara aşağıda yer verilmiştir:

Aydemir (2010), Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının hasta hakları birim sorumlularına göre, JCI (Joint Commission International) tarafından geliştirilen Hasta ve Yakınlarının Haklarına yönelik akreditasyon standartlarına uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla 740 hastanenin hasta hakları birim sorumlularıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda yürütülen çalışmaların JCI standartları doğrultusunda büyük bir oranda (%73'ünde tamamen uygulanmakta, %21,5'i kısmen uygulanmakta, % 4,2'si uygulanmamakta) uygulandığı saptanmıştır. Hasta hakları birim sorumlularının çalışma alanlarıyla ilgili olarak, hasta hakları kurulu, birimin fiziksel yapısı, yasal mevzuat, hasta ve yakınlarıyla ilgili bazı sorunlarla karşılaştıkları ve karşılaşılan bu sorunları çözmek için bazı yöntemler geliştirildiği ve hasta hakları uygulamalarına ilişkin kalitenin artırılmasına yönelik bazı öneriler de incelenmiştir.

Eşiyok vd. (2014), hem dış hekimliği hem de tıp fakülteleri bulunan iki devlet hastanesinde tıp ve diş hekimliği öğrencilerinin hasta hakları hakkında ne bildiklerine yönelik toplam 180 öğrenci ile karşılaştırmalı bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda tıp ve diş hekimliği öğrencileri arasında “başka bir hekimden konsültasyon isteme”, “muayene-tedavi masraflarını isteme”, “tedaviyi reddetme”, “tedavi seçenekleri hakkında bilgi isteme” ve “tedavinin her aşamasında bilgi isteme” ile ilgili hasta hakları görüşlerinde anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna varılmıştır.

Ducinskiene vd. (2006), Litvanya sağlık kurumlarında hasta hakları kanunun farkındalığı ve uygulanmasını belirlemek üzere 255 sağlık personeli ve 451 hastanın katılımı ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının çoğunluğunun (%85) ve hastaların yarısından fazlasının (%56) Hasta Hakları Yasasını duydıklarını ve okuduklarını, hastaların % 69'una kıyasla profesyonellerin yalnızca % 50'sinin hastalar için tanı, tedavi sonuçları ve alternatif tedaviler hakkında bilginin gerekli olduğunu düşündükleri, hastaları bilgilendiren hekimler (hekimlerin %80-%98'i) ile gerçekte hastalarının tedavi prognozunu, hastalığın komplikasyonlarını veya olası alternatif tedavi yöntemlerini bilenler(%37-%54) arasında belirgin bir fark olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Mira vd. (2012), İspanya'daki birinci basamak sağlık kuruluşuna gelen hastaların hasta haklarını belirlemeye yönelik 764 hasta ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda hastaların hasta hakları konusunda sahip oldukları bilgi düzeylerinin yaş faktörüne göre değiştiğini, genç hastaların hasta hakları konusundaki bilgilerinin daha fazla olduğunu ve bu hakların talep edilmesinde daha istekli oldukları sonucunu saptamışlardır.

Aydemir ve Özhan (2012), Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nde çalışan sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, idari personel, bilgi işlem personeli ve doğrudan hasta ile temas eden diğer personel) 351'i ile hastanedeki hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının %53'ünün hasta hakları yönetmeliği ve yönergesini okuduğunu, %35'inin hasta hakları birimlerinin sağlık kurumunda gerekli olduğunu, %53'ünün hasta haklarıyla ilgili yapılan çalışmaların hasta-sağlık çalışanı arasında yaşanan veya yaşanma ihtimali olan

hak ihlallerinin önüne geçilmesinde kısmen etkili olduğunu, başka bir kurumda hasta hakları ihlalleriyle karşılaşanların oranının %19 olduğu saptanmıştır.

Parsapoor vd. (2012), Tahran’da bulunan üç hastaneden (eğitim hastanesi, özel hastane ve devlet hastanesi) hasta haklarının çeşitli yönlerine uyulmasının gerekliliği ile ilgili olarak hastaların tutumlarını hemşire ve hekimlerin tutumlarıyla karşılaştırmak amacıyla 143 hasta, 143 hemşire ve 82 doktor ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda tüm çalışma gruplarının hasta haklarının hemen hemen tüm yönleriyle ilgili hemfikir olduklarını, gruplar arasındaki en yüksek anlaşmazlığın ise tedavi planıyla ilgili hastaların bilgiye erişim hakkı ve tedarik sağlayıcıların seçilmesi ve karar verilmesi hakkı ile ilgili olduğunu kabul ettiğini göstermiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının özellikle hekimlerin, hastaların bilgiye erişme, seçme ve karar verme haklarına daha iyi aşına olmaları gerektiği, hasta ve hekimlerin tutumları arasındaki uyumsuzluğa dayanarak hastaların haklarına ilişkin beklentilerin hekimlere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Zaybak vd. (2012), Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi dâhiliye ve cerrahi kliniklerde yatarak tedavi gören 196 hastanın hasta haklarına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Araştırma sonucunda hastaların %55,1’inin hasta hakları konusunda bilgisi olduğunu, haklarından haberi olan hastaların %56,5’inin hasta haklarını sağlık çalışanlarından öğrendikleri, hasta haklarını kullanma tutumu ölçeği toplam puan ortalamasının  $64.52 \pm 22.69$  olduğu, hastaların yaşları, yaşadıkları yerler, kronik bir hastalığın varlığı, hasta haklarıyla ilgili bilgi kaynakları gibi değişkenlerin hastaların haklarını kullanma tutumlarını olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Yılmaz (2002), Osmangazi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yatan 300 hastanın hasta haklarından faydalanma durumları ile hastanede çalışan 110 hemşirenin hasta haklarına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Sonuç olarak; hastaların çoğunun (227) haklarını bilmediği, haklarını öğrenen ve bunu bilen hastaların buldukları sağlık kuruluşundaki afişlerden, sağlık personelinde ve kitle iletişim araçlarından öğrendikleri görülmüştür. Hastaların büyük bir bölümünün ilgili ve saygılı bakım alma, bilgilendirilmiş onam alma, mahremiyetin korunması, kayıtlarının incelenmesi, ziyaretçi kabul etme, dini inançla ilgili istekleri gerçekleştirilebilme; yarıya yakın bir oranın ise sağlık kuruluşunu seçme ve hekimi seçme haklarından yararlandıkları saptanmıştır. Önemli bir bölümünün hemşireyi tanıma ve bulunulan sağlık servisinin kural ve uygulamaları bilme haklarından hastaların bilgi istememeleri sağlık personellerinin de bunu ihmal etmelerinden ötürü yararlanamadıkları belirlenmiştir.

Özcan (2010), Kırıkkale Devlet Hastanesi’ndeki hastane yöneticisi, sağlık personeli ve hastaların hasta haklarına ilişkin uygulanma durumlarını belirlemek amacıyla 10 hastane yöneticisi, 148 hasta ve 61 sağlık personeli ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda hastanede hizmet kalite standartlarının önemli ölçüde uygulandığını, hastaların görüşlerine dayanarak, hasta hak ve sorumlulukları, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hastane kurallarıyla ilgili yeterli ölçüde bilgilendirilmedikleri saptanmıştır. Hastaların ve sağlık personellerinin görüşleri sonucunda ise hastaların  $\frac{1}{4}$ ’ünden fazlasının tıbbi, tedavi ve uygulamalar ile ilgili bilgilendirilmedikleri ve rızalarının alınmadığı belirlenmiştir.

Mangan (2006), Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ndeki 55 hekim ve 125 hasta arasındaki geleneksel otoriter ilişkinin toplumsal değişimlerden ne ölçüde etkilendiğini incelemek amacıyla tedavi konusunda “karar alma mekanizması” ve “katılımcı karar alma” incelenmiştir. Hasta ile hekim arasındaki ilişkinin niteliğinin en çok karar alma mekanizmasının belirlediği düşünülmüştür.

Akdemir (2015), ülkemizde gelişmekte olan hasta hakları ve hasta hakları uygulamaları içerisinde yer alan çocuk hastaların durumu ve sahip oldukları hakların ülkemizdeki genel durumunu belirlemek ve eksikliklerinin giderilmesini sağlamak amacıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışma kaynak taraması tekniği ve tarihçi metot yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Çalışma sonucunda çocuk hastaların durumu ve sahip oldukları haklar konusunda farkındalık ve duyarlılık gelişiminin sağlanması için eğitim programları oluşturulması, çocuk hastaların haklarının korunması ve geliştirilmesi için

yasal düzenleme ve politikalara ihtiyaç olduğu, sağlık alanında çocuklara daha fazla pozitif ayrımcılık uygulaması yapılmasının gerekli olduğu ve çocuk hasta haklarının ayrıca tanımlanması gerektiği belirlenmiştir.

Aşkar (2006), Kütahya Devlet Hastanesi'nde hasta, hasta yakınları ve hastane personellerinin (doktor, hemşire ve diğer personel) görüşlerine dayanarak hasta hakları uygulamalarının yansımalarını ve bu yansımaların hastaları nasıl etkilediğini araştırmak amacıyla 352 hasta ve yakını, 67 hastane personeli ile bir çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda genel olarak araştırmaya katılan hasta, hasta yakını, hastane personelleri (doktor, hemşire ve diğer personel) görüşlerine göre hastanede hasta haklarına önemli ölçüde uyulduğunu, hastaneden sağlık hizmeti alan hasta ve hasta yakınlarının hastanedeki hasta haklarının uygulandığına inandıklarını ve hasta hakları uygulamalarına gereken özeninin gösterildiği sonucuna varılmıştır.

Toygur vd. (2015), Konya'da bulunan bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tedavi gören 178 hasta ve yakını ve 162 hastane personelin hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonucunda hasta ve yakınlarının cinsiyetleri ile hasta hakları, gizlilik-özel hayat ve bakım ve tedavi alt boyutları ile aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Hasta ve yakınlarının yaşları ile hasta hakları alt boyutu, kaldıkları servis ile bilgilendirme alt boyutu ve eğitim durumlarıyla hasta hakları alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sağlık personelinin ise cinsiyetleri ile bilgilendirme alt boyutu, yaşları ile onay alt boyutu, görevleri ile bakım ve tedavi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Aydemir ve Özhan (2011), Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'nden hizmet alan 323 hasta ve yakınlarının hastanedeki hasta hakları uygulamaları ile ilgili görüşlerini saptamak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğunun sırasıyla Hasta Hakları Yönetmeliği ve Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi okumadıklarını (%62,2- %67,5), hasta ve yakınlarının yarıdan fazlasının haklarını bildikleri (%54,8) fakat sorumluluklarını bilmedikleri (%57,9) saptanmıştır. %48,6'sının hak ihlali durumunda nereye başvurulacağını bilmediklerini, %64,4'ünün yürütülen hasta haklarıyla ilgili çalışmalarını yeterli bulduklarını ve hasta ve yakınlarının %90,7'si sağlık kurumlarında hasta hakları birimleri gibi sağlık çalışanlarının haklarını koruyan birimlerin kurulmasını istemediklerini belirtmişlerdir.

Bostan ve Ünal (2013), Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki Trabzon, Rize, Giresun, Tokat ve Gümüşhane illerindeki 32 hastanenin çalışanlarının hasta hakları uygulamaları ile ilgili görüşlerini tespit etmek amacıyla 4059 kişi bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda hastane çalışanlarının hasta hakları uygulamasını olumlu olarak gördüklerini, hasta hakları birim ve kurullarının işleyişleriyle ilgili bazı eksiklikler olduğu ve bunlara dikkat çektikleri ve sağlık çalışanlarının hasta haklarıyla ilgili eğitime ihtiyaçlarının olduğu vurgulanmıştır.

Yazan vd. (2018), Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran yabancı turistlerin memnuniyet düzeylerini belirlemeye yönelik 300 yabancı turist ile bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışmanın sonucunda ise; Alanya'da uzun bir süre bulunan eğitim seviyesi yüksek olan yaşlı hastaların memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuştur.

Bulut (2006), bir üniversite hastanesi acil servisinden taburcu olan 300 hasta ile acil servisin hizmet şeması içine hemşireler tarafından yürütülmesi planlanan bir hizmet birimi eklemenin hasta memnuniyeti üzerine etkisini saptamak amacıyla bir çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda acil servisten taburcu olan hastalara hastalıkları, tedavileri ve bakımlarıyla ilgili araştırmacının geliştirdiği bilgilendirme kılavuzu ile ilgili bilgi verildiğinde memnuniyet düzeylerinin arttığı ve hastaların telefonla takip edilmelerinin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

Taşlıyan ve Akyüz (2010), Malatya Devlet Hastanesi'nde hasta memnuniyet düzeyini ve beklentilerini değerlendirmek amacıyla 300 hasta ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucuna göre; hastaların %83,3'ü hemşire, sekreter ve sağlık teknisyenlerinin (laborant, röntgen teknisyeni vb.), %75'i ise diğer personelin tutum ve

davranışlarını iyi olarak değerlendirmişlerdir. Hastaların %73'ü muayene için bekleme süresinin uygun olduğunu, % 76,4'ü doktorların hastaları zamanında muayeneye alması hususunda memnun olduklarını, % 71,3'ü hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirildiklerini ve % 75,7'si hastanenin tercih edilmesinde ulaşımın kolay olmasının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Genel olarak Malatya Devlet Hastanesi'nde hastaların memnuniyet düzeyleri yüksek çıkmıştır.

Somunoğlu vd. (2011), Denizli'de bulunan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi'ne başvuran hastaların hasta memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla 266 hasta ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda hastaların memnuniyet durumlarının sağlık personelinin tutumu, iletişimin kaliteli olması, muayene ve bekleme süresi vb. faktörlere göre istatistiksel anlamda bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Ortaya çıkan bu sonuçların sağlık kurumunun yönetim kademesi açısından önemli olduğu kabul edilmiştir.

Ağır ve Seydaoğlu (2011), Adana ilindeki 6 kamu hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler ile ilgili 3856 hasta ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda, hastaların yarısından fazlası (%55,0) hastanelerin tedavi ve bakım kalitesini istenen düzeyde (çok iyi), % 7,0'ı kabul edilemez (kötü), % 38,0'ı kabul edilebilir (iyi) olarak belirtmişlerdir. Sosyal güvence azaldıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı, hastaların yaşları arttıkça memnuniyet düzeyinin yükseldiği, eğitim düzeyi arttıkça da memnuniyet düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir. Yatan hastaların memnuniyet sonuçlarının yaşlı hastalar, kadın, yeşil kart ve sosyal güvencesi olanlara göre memnun edici bir sağlık hizmeti sunulduğu, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre ise daha yetersiz sağlık hizmeti sunulduğu düşünülmektedir.

Surydana (2017), Endonezya Bandung ilçesindeki kamu hastanesinde hasta memnuniyetinin yanı sıra hizmet kalitesinin müşteri değeri üzerindeki etkisini araştırmak amacıyla devlet hastanelerindeki 158 hasta ile bir çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda hizmet kalitesini müşteri değeri ve hasta memnuniyetinin önemli bir şekilde etkilediği belirlenmiştir. Bununla beraber cinsiyetin müşteri değeri ve hasta memnuniyeti ile arasında anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür.

Nal vd. (2016), Kastamonu'da bir kamu hastanesinde yatarak sağlık hizmeti alan hastaların memnuniyet düzeylerini ölçmek ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri saptamak amacıyla 245 hasta ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada hizmet kalitesine ait algı ve beklentileri ölçmek amacıyla hizmet kalitesinin 5 boyutu (güvenirlilik, heveslilik, güven, fiziksel ve empati) ölçülmüştür. Çalışma sonucunda ise; hastaların hizmet kalitesi skoruna göre en yüksek olan boyutun "güvenirlilik"; en düşük boyutun ise "empati" olduğu, "heveslilik" boyutunun da hasta beklentilerinin tamamını karşılamadığı görülmüştür. Hizmet kalitesi skorlarının negatif olduğu ve hastaların tam olarak beklentilerinin karşılanamadığı, hasta beklentilerinin % 89.67'sinin karşılandığı saptanmıştır.

Mammadov ve Gasanov (2017), Türkiye'de bulunan bir devlet hastanesinde tedavi gören hastaların hastane hizmetinden memnuniyetleri konusundaki algılarını incelemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada 150 hastaya uygulanan anketler SERFPERF ölçekleri kullanılarak hazırlanmış ve hastalarla görüşülerek uygulanmıştır. Çalışma sonucunda ise; sağlık hizmeti ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hizmet öncesi ve fiziksel hizmetler ile muayene hizmetlerinin hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Ammo vd. (2014), Lübnan'ın çeşitli bölgelerinde bulunan hastanelerde herhangi bir koşulda en az bir gece geçiren hastaların sunulan hizmetlerle ilgili hasta memnuniyetini belirlemek amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda anket verilen 1300 hastanın 1206'sından cevap elde edilmiştir (%92,8). Katılımcıların çoğunda (%60,4) ikinci sınıf sağlık sigortasının olduğu, yalnızca 99'unda (%8,2) birinci sınıf sigortanın olduğu saptanmıştır. Hasta memnuniyetinin yaş, eğitim düzeyi ve sağlık sigortası kapsamında etkilendiği belirlenmiştir. Katılımcıların çoğu sırasıyla hemşirelik bakımı ve doktor konsültasyonlarından memnun kaldıklarını belirtmişlerdir

(%96,6-%95,4). Sonuçlar Lübnan'da sunulan sağlık sistemi konusunda kabul edilebilir bir memnuniyet seviyesinin olduğunu göstermiştir.

Tezcan vd. (2014), Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri'nden hizmet alan hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek üzere 102 hasta bir çalışma yürütmüşlerdir. Sonuç olarak hekimin ilgisi ve zaman ayırması, hastane ortamının temizliği ve konforu, kibar ve saygılı hizmet sunulması, hasta mahremiyetine saygı gösterilmesi ve hastalara bilgi verilmesi hasta memnuniyeti hakkında olumlu düşünülen faktörlerin başında gelmektedir. Hastaların sosyo-demografik etmenlerden cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu hasta memnuniyeti üzerinde etkili bulunmamış; hekim seçme, ilaçlar ile ilgili bilgi alma ve muayene olmak için bekleme süresi hasta memnuniyeti üzerinde etkisiz olduğu sonucu saptanmıştır.

Zarei vd. (2012), Tahran'daki 8 özel hastaneden rastgele seçilen ve hastanede en az 24 saat geçirmiş olan ve çalışmaya katılmak isteyen 15 yaş ve üstü 983 hastayla hizmet kalitesinin boyutlarını belirlemek ve hizmet kalitesini hastaların bakış açısıyla değerlendirmek amacıyla 21 madde ve 5 boyuttan oluşan (fiziksel ortam, güvenilirlik, heveslik, güvence ve empati) SERVQUAL anketi kullanılarak bir çalışma yürütmüşlerdir. Güvence ve güvenilirlik ve heveslilik boyutlarını güvenilirlik boyutu çerçevesinde değerlendiren araştırmacılar kaynaklanan en büyük farkın güvenilirlik (-0,88), empati (-0,84), fiziksel ortam (-0,76) boyutlarında olduğunu ifade etmişlerdir. Sağlık hizmeti beklenti skorlarına göre cinsiyet, eğitim durumu ve başvuru sayısında; algılanan hizmet skorlarında ise sigorta kapsamı, yatış süresi ve hastanın taburcu olma durumunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Yalçın ve Koçak (2009), sağlık sektöründe iç ve dış müşteri memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla Niğde Devlet Hastanesi'nde 100 çalışan (iç müşteri) ve 100 hasta ile (dış müşteri) bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda da bu kurumda müşteri memnuniyetinin tam olarak uygulanmadığı saptanmıştır.

### 3.KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde hasta hakları, hasta memnuniyeti kavramları incelenmiş ve hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti boyutuna değinilmiştir.

#### 3.1. Hasta Hakları

Bu bölümde hasta hakları kavramının nasıl ortaya çıktığı, amacı, Dünya’da ve Türkiye’de hasta haklarıyla ilgili var olan belgeler ayrıntılı olarak incelenmiştir.

##### 3.1.1. Hak Kavramı

Hak kavramı konusunda geçmişten günümüze farklı şekilde tanımlamalar yapılmıştır. Yılmaz (2002: 8)’a göre “Çoğulu hukuk olan hak kelimesi dilimize Arapçadan girmiş olup Allah, doğruluk, bir insana ait olan, geçmiş, harcanmış emek, pay, doğru, gerçek, layık gibi anlamları içermektedir.” Türk Dil Kurumu (2018), hak kavramını “Adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç, dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk, verilmiş emekten doğan manevi yetki, pay, emek karşılığı ücret” olarak tanımlanmıştır. Hak, hukuk sistemi içerisinde hukuk kuralları gereğince kişilere tanınan ve kişilere birtakım yetkiler veren bir kavramdır (Fırat, 2017: 158). Bu kavram bireylere tanındığından insan hakları kavramını açıklamakta yarar vardır. İnsan hakları ilk olarak İngiltere’de 1215 Magna Carta ile tanımlanmıştır ve Birleşmiş Milletlerin kurulmasıyla evrensel bir hal almıştır (Bilir vd., 2015: 29). Daha sonraki süreçte farklı tanımlamalar yapılmıştır. Bunları aşağıdaki şekilde ele almak mümkündür:

Akdur (1997: 46)’a göre insan hakları “Bireyi/insanı mülkiyete, siyasete ve dine karşı koruyan moral, etik ve yasal değerler/kurallar/ düzenlemeler bütünüdür.” İnsan hakları sürekli bir dinamizm içerisindedir. Bireyleri güvence altına alan onları ayrıcalıklı duruma getiren ve bireylere haklarını kullanabilme yetkisini veren kişinin dokunulmaz haklarıdır (Aydemir, 2010: 3).

İnsan hakları, bireylere doğuştan verilen haklardır ve başka bir insana devredilmesi mümkün değildir (Eşiyok vd., 2014: 1104). İnsan hakları bireye, kendi eylemlerine ve başka kişilerin yaptığı eylemlere karşı soru sorma imkânı sunar (Erdman, 2017: 8).

İnsan haklarının daha kolay anlaşılabilmesi için birinci kuşak, ikinci kuşak ve üçüncü kuşak olmak üzere bir gruplandırma yapılmıştır (Aydiner, 2006: 2).

##### **Birinci kuşak haklar**

- Bireysel haklar
- Özgür doğma yaşama

##### **İkinci kuşak haklar**

- Bireysel-devlet ilişkisinden doğan haklar
- Eğitim, sağlıklı yaşama, çalışma

##### **Üçüncü kuşak haklar**

- Dayanışma hakkı
- Tüketici hakkı
- Çevre hakkı
- Hasta hakları

Hukuki düzen içerisinde hasta hakları insan haklarına bağlı bir şekilde gelişim göstermektedir. İkinci kuşakta yer alan sağlık hakkı insan haklarının gelişmesine paralel olarak daha teorik bir hal almış ve üçüncü kuşakta hasta hakları olarak kavramsallaştırılmıştır (Aydemir, 2010: 6).

### 3.1.2. Hasta Hakları Kavramı

Hasta hakları, insan haklarının devamı niteliğinde olan ve insan haklarının sağlık sistemine uygulanması anlamına gelen en temel haklardan biridir (Sert, 2004: 55). İlk örnekleri Hipokrat Yemini ile kürtaj ve ötenazi yasağı, sır saklama ve hastalara saygı gösterme yükümlülüğü olarak ortaya çıkmıştır ve günümüze kadar gelişme göstermiştir (Tanrıverdi, 2012: 103).

Literatür incelendiğinde hasta haklarıyla ilgili çeşitli tanımlamaların yapıldığı söylenebilir. Bunlara aşağıda değinilmiştir:

Hasta hakları birey ile sağlık kuruluşu arasındaki ilişkileri düzenleyen ve bu süreçte de kişinin iradesine bağlı kalmaksızın sağlık hakkına kavuşması, herhangi bir sağlık hizmeti alırken insan haklarına önem verilmesi ve insani boyutun desteklenerek en üst seviyeye çıkarılması, bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanmasının sağlanması ve doğabilecek zorluklarının ortaya çıkmasının önlenmesi ve bunlarını giderilmesinin sağlanması hususunda sağlık personelleri ile hasta arasındaki uyulması gereken kurallar bütünüdür (Onaran, 2005: 273).

Hasta hakları “Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları ifade eder.” (Hasta Hakları Yönetmeliği, md.4).

Hasta hakları; insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanması amacını ilke edinen, üçüncü kuşak insan hakları arasında yer alan ve bireye sağlamış olduğu hakların başında; insanın saygı görmesi, bireyin en üst düzeyde sağlık hizmeti alması, bilgilendirme, kişiden onay alınması, mahremiyet ve özel hayata saygı, tedavinin devamının sağlanması yer alır (Hatun, 2002: 132).

Hasta hakları; T.C. Anayasası, uluslararası antlaşmalar, yasa ve mevzuat ile teminat altına alınan, sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen bireylere tanınan haklardır (Taneri, 2014: 13).

Toplumda yaşayan bireylerin onurlarının korunmasına ve saygı gösterilmesine ihtiyaçları vardır. Sağlık kurumundaki her bölümden hizmet alan kişiler belli haklara sahiptir ve özellikle bu haklara özellikle hizmet sağlayıcılarından saygı duyduklarında daha güvende ve daha memnun olacaktırlar (Farzianpour vd, 2016: 1).

Hasta hakları sağlık sistemi içerisinde bulunan tüm personellerin ve hastaların uygulaması ve dikkat etmesi gereken kurallar bütünüdür. Bu kuralların uygulanma aşamasında hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleri sürecin gerektirdiği şekilde gerekeni yaparak hastalara saygılı, güler yüzlü, güvenilir bir sağlık sistemi sunma konusuna dikkat ederek ihlallerin önüne geçip hizmet sunmak görevine sahiptirler (Sosyal ve Mahanoğlu, 2018: 140).

### 3.1.3. Hasta Haklarının Amaçları

Hatun (1999: 19)’a göre hasta haklarının gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde geliştirilmesinin temel amacı, hastaların desteklenmesi ve toplumsal açıdan güçlendirilmesidir. Hastanın bedensel ve ruhsal bütünlüğünün itibarını korumak, hekime karşı iletişimini güçlendirmek, aktif katılımını sağlamak ve her hastanın ayırım yapılmadan en kaliteli bir biçimde sağlık hizmetinden faydalanmaları hasta haklarını önemini ortaya koyan diğer unsurlardır. Bununla beraber hasta hakları hastalarla hekimleri karşı karşıya getirmeyi amaçlamamaktadır. Bu yanlış anlaşılmayı önleyebilmek adına hasta haklarının amaçlarının ayrıntılandırılmasına ihtiyaç vardır. Bu amaçlar şunlardır:

- ✓ Hastanın bir kişi olarak gelişmesi ve kişinin bütünlük ve itibarının korunması, sağlık hizmetlerinde temel insan haklarının yeniden onaylanması
- ✓ Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardım etmek ve sistemle ilgili sorunların etkisini en aza indirmek
- ✓ Hastalarla sağlık personelleri arasındaki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek, özellikle de hastaların sağlık hizmeti sürecine aktif katılımını cesaretlendirmek



- ✓ Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yönetimleri arasındaki diyaloglar için yeni fırsatlar yaratmak ve var olanları güçlendirmek
- ✓ Sağlık personelinin mesleki uygulamalarından doğan haklarını azaltmak
- ✓ Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili ulusal ve yerel programlara katılmasını sağlayarak sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak
- ✓ Çocuklar, psikiyatri hastaları, yaşlılar ve mahkûmlar gibi özel gruplar için ayrıntılı düzenleme getirmek
- ✓ Hasta-hekim ilişkisinde edilgen modeli değiştirerek sağlık hizmetlerinin insancillaştırılmasını sağlamak
- ✓ Hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini arttırmak
- ✓ Hasta haklarıyla ilgili düzenli başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık hizmeti ortamında otokontrol sağlamak
- ✓ Sağlık hizmetlerindeki piyasa dinamiklerine bağımlılıktan kaynaklanan ve hastaları “para kazanma” aracı olarak gören uygulamaları önleyecek bir sağlık kültürü geliştirmek.

### 3.1.4. Dünya’da Hasta Hakları ve Uluslararası Belgeler

Hasta hakları bireylerin hastalık ve bununla birlikte ortaya çıkan sebeplerden ötürü gündeme gelmiş ve bugünkü aşamasına ulaşmıştır (Er, 2008: 144). Hipokrat Andı (M.Ö. 460-377) hasta haklarının oluşmasında ilk temel metindir (Harorlı ve Akgül, 2002: 71). Hasta haklarıyla ilgili ilk deklarasyon 1947 yılında Nuremberg Mahkemelerinde ortaya çıkan ve doktorun tıbbi girişim yapmadan önce hastanın bilgilendirilmiş onamının alınmasını içerir (Aydemir ve Özhan, 2011: 87).

Tarihin başlangıcından itibaren ilkçağ ve antikçağ toplumlarında hastaların hekimlerden talepleri doğrultusunda hasta hakları kavramının yer edindiği söylenebilir. Hindistan’da “Veda” adındaki yapıtlarda hekimlerin hastalarıyla ilişkilerinde uymaları gereken kurallardan bahsedilmiştir. Eski Mezopotamya’nın Sümer ve Babil uygarlıkları zamanından kalan kil tabletlerinde de tıp kuralları ile ilgili yaptırımlar açıklanmaktadır (Ö.Erdem, 2007: 22). Sümerlerde hekimin çalışmaları ile ilgili kuralları içeren Kral Hammurabi Kanunları yer almaktadır. Hammurabi Kanunları, kötü veya hatalı bir uygulama durumunda hekimin sorumluluğundan bahsetmektedir. Roma hukukunda ise hekim bilgisizliği ve ihmal ağır kusur olarak kabul edilmiştir (Kaçar, 2008: 10). Kişinin vazgeçilmez hakkının yaşama hakkı olduğu tarihin en eski dönemlerinden günümüze kadar ulaşmış ve çeşitli yaptırımlarla teminat altına alınmıştır. Hastanın tedaviye başlamadan önce onayının alınması hekimin oluşabilecek zarardan sorumlu tutulmaması için gereken şartlardan biridir. Osmanlı’da cerrahi müdahale öncesinde kadı ve şahitler önünde hekime izin verilme yoluna gidilmiş ve hastanın yazılı veya sözlü izni yeterli görülmeyip, sonradan ortaya çıkacak olan problemlerin yok edilmesi adına şahitler önünde tescil ve teyit istenmiştir. Osmanlı’da dâhiliyeci tabipler, cerrahlar, kehhaller (göz hekimleri), kırık-çıkıçılar, şerbetçiler, aktarlar gibi halkın sağlığıyla ilgilenen kişiler mevcut olup, hekim yetiştirme usulleri darüşşifalarda usta-çırak usulü, tıp medreselerinde eğitim ve özel hocalardan alınan derslerle sağlanmıştır (Tok, 2008: 789-790). İran’da hastalıkların kötülük tanrısından geldiğine inanılmış, hastalara ilk tedavi şekli olarak şifalı bitkilerle müdahale edilmiştir, uygulanan yöntemlerin tedavi için işe yaramadığı durumlarda ise cerrahi yollara başvurulmuştur. Bu dönemde hastalar müzik ve güzel sözlerle tedavi edilmişlerdir. Mısır’da ise hastaların kusur durumuna bakılmaksızın hekimler her şekilde sorumlu tutulmuşlardır ve hastaların tedavileri için bitki ve doğa kullanılmıştır (Güllüoğlu, 2008: 19).

Hasta haklarıyla ilgili ilk çalışmalar Amerika Birleşik Devletleri’nde başlamıştır (Sert, 2004: 81). Bundan ötürü 1972 yılında yayınlanan ilk bildirme “Amerika Hastanesi Birliği’nin Hasta Hakları Bildirisi”dir. Bu bildiri hasta haklarına ilişkin ilk belgedir (Özdemir, 2004: 35). Bu bildirin amacı sağlık sisteminde yer alan hasta, hekim ve diğer sağlık personellerinin memnuniyet oranlarını yükseltmek ve hastalara daha etkin bir sağlık hizmeti vermektir (Tankoç, 2015: 41).

Hasta haklarına yönelik uluslararası ilk düzenleme ise 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği'nin yayınladığı Lizbon Bildirgesidir (Günay vd., 2007: 304). Lizbon Bildirgesi'nde hasta haklarıyla ilgili 6 ana madde yer almaktadır. Bunlar; hastanın hekimi serbestçe seçebilmesi, hastaların herhangi bir baskıya veya etkiye maruz kalmadan etik karar verebilen hekim tarafından bakılabilmesi, hastaya yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra tedavinin kabul edilmesi veya reddedilmesi, hastanın hekimden tıbbi ve özel hayatındaki bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesini istemesi, hastanın onurlu bir şekilde ölmesi hakkına sahip olması ve hastanın ruhi yönden teselli edilmeyi isteme veya reddetme hakkına sahip olmasıdır (www.hayad.org.tr, 2018). Lizbon Bildirgesi'ndeki maddeler yeterli ölçüde açıklayıcı bulunmadığından ve tüm hakları hekime verilmesinden ötürü eleştirilmiştir (Sütlaş, 2000: 10). Daha sonra 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) ve 1995 yılında Dünya Tabipler Birliği Bali'de kabul edilen Bali Bildirgesi (Lizbon Bildirgesi II) belgelerini yayınlamıştır (Bostan ve Ünal, 2013: 66). Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) 6 ana başlıktan oluşup Lizbon Bildirgesi'nin geliştirilmiş halidir ve haklar daha detaylı ele alınmıştır. Bunlar; sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım-tedavi ve başvuru haklarıdır (Hatun, 1999: 84-88).

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi'nde yer alan 6 maddenin alt başlıklarının içeriğinde; “ insan olarak saygı görme hakkı, kendi kaderini belirleme hakkı, fiziksel ve zihinsel bütünlüğünü ve kendi güvenliğini sağlama hakkı, mahremiyete saygı gösterilmesi hakkı, ahlaki ve kültürel değerler ile dini ve felsefi inançlara saygı gösterilmesi hakkı, sağlığın korunması hakkı ve herkes için ulaşılabilir en yüksek sağlık seviyesi hakkı, hastaların sağlık hizmetleri ve bunların nasıl kullanılacağı, durumlarıyla ilgili tam olarak bilgi sahibi olma hakkı, yapılması istenilen tedavinin risk ve faydaları ile ilgili bilgilendirilmesi ve bu bilgilerin hastaya teknik terminoloji dilinin en aza indirilerek hastanın anlayabileceği şekilde iletilmesi hakkı, hastaların açıkça talep etmesi halinde bilgilendirilmeme, kendileri adına kimin bilgilendirileceğini seçme ve kendilerine hizmet sunan personellerin kimlikleri ve profesyonel durumlarıyla ilgili bilgi edinme hakkı, hastaların sağlık kuruluşundan taburcu olduklarında tanı, tedavi ve bakımlarıyla ilgili yazılı bir belge isteme ve alma hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tıbbi müdahaleyi reddetme veya durdurma hakkı, tıbbi araştırmalara katılım için onam hakkı, sağlık durumları ve tedavileriyle ilgili bilgilerin gizli tutulması hakkı, hastanın teşhis, tedavi ve bakımlarıyla ilgili tıbbi dosya ve teknik kayıtların kopyasını alma hakkı, kendileriyle alakalı yanlış, eksik, belirsiz veya teşhis, tedavi ve bakımları ile ilgili olmayan kişisel ve tıbbi verilerin düzeltilmesini, tamamlanmasını, silinmesini, netleştirilmesini veya güncellenmesini talep etme hakkı, kişisel mahremiyetlerinin güvence altına alınması hakkı, herkesin sağlık ihtiyaçlarına uygun ve ayırım gözetmeksizin herkes için eşit ve erişilebilir sağlık hizmeti alma hakkı, doktor veya sağlık kuruluşunu seçme veya değiştirme hakkı, kültürel değerlerine saygı gösterilmesi hakkı, acıların giderilmesi hakkı, onurlu bir şekilde ölme hakkı, insani bir bakım kalitesi ve bakımın sürekliliği hakkı, hastaların arkadaş, akraba ve aileden bakım ve tedavileri boyunca manevi destek ve rehberlik alma hakkı, yaşamlarının son dönemlerinde (terminal dönem) insanca bakım alma hakkı, başvuru ve şikâyet hakkına sahip olma ve şikâyetleriyle tam anlamıyla ilgilenilmesi ve sonuçlar hakkında bilgilendirilme hakkına sahiptir” ifadeleri yer almaktadır (www.who.int, 2018).

Bali Bildirgesi (Lizbon Bildirgesi II) de aynı şekilde Lizbon Bildirgesi'nin genişletilmiş halidir ve 11 maddeden oluşmaktadır. Bunlar; kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal ehliyetli olmayan hasta, hastanın isteğine karşı yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı ve dini destek hakkıdır (Kibar, 2010: 39-43). 2002 yılında ise Roma'da Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi “Active Citizenship Network Grubu” tarafından kabul edilmiştir. Bu sözleşmeye 4 ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm temel hakları, ikinci bölüm hastalara ait on dört hakkı, üçüncü bölüm aktif vatandaşlık haklarını ve dördüncü bölüm ana sözleşmenin uygulama ilkelerini oluşturmaktadır Hastalara ait 14 hak (koruyucu tedbirler alınması

hakkı, yararlanma hakkı, bilgi hakkı, rıza (onay hakkı), özgür seçim hakkı, özel ve gizlilik hakkı, hastaların vaktine saygı, kalite standartları hakkı, güvenlik, yenilik hakkı, gereksiz ağrı/acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişisel tedavi hakkı, şikâyet hakkı ve tazminat hakkı) hasta haklarını ele almakta ve insan sağlığının en üst düzeyde korunarak bireye kaliteli hizmet vermeyi amaçlamıştır (www.sbu.saglik.gov.tr, 2018). 2005 yılında ise Dünya Hekimler Birliği tarafından Santiago’da en güncel ve son olan Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Bu bildiriyle özerklik ilkesi ile ilgili haklar oluşturulmuş ve sağlık eğitim hakkı yeni bir hak olarak tanımlanmıştır. Bildirgede; nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme, bilinci kapalı hasta, yasal yeterliliği olmayan hasta, hastanın isteğine karşı yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onurunu koruma hakkı ve dini destek hakkı yer almaktadır (www.ttb.org.tr, 2018).

### 3.1.5. Hasta Haklarıyla İlgili Ulusal Belgeler

Hasta hakları kavramı öncelikle uluslararası bildirimlerde yer almış daha sonra uzun bir süreç sonrasında Türkiye’de gündeme gelmiştir. Bundan sonraki süreçte, ülkemizde hasta haklarıyla ilgili çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemizde sağlık konusundaki mevzuat 1920 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kurulduğu yasa ile başlamıştır (Güvercin, 2007: 80). Hasta Haklarıyla ilgili süreç içerisinde yapılan ulusal düzenlemeler çalışmanın diğer başlığında incelenmiştir.

#### 3.1.5.1. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928)

Bu kanun altı bölümden oluşmaktadır. Kanunun birinci bölümünde doktorluk yapabilme, hastanın muayene edilebilme şartı, özel muayenehane açma ve kapatma şartları, farklı kurumlarda çalışacak olan doktorların yetkinlikleri, doktorların ameliyatı hangi şartlarda yapacakları ve yanlış bir davranış sonunda uygulanacak olan cezaları içermektedir. İkinci bölüm dış tabipleri, üçüncü bölüm ebeler, dördüncü bölüm sünnetçiler, beşinci bölüm hastabakıcı, hemşireler konusuyla ilgili olup altıncı bölüm genel hükümlerle ilgilidir (Karabulut, 2007: 155). Hasta hakları kapsamında hastaların rızasının alınması gerektiği, hastanın yaşının küçük olması, bilincinin kapalı olması veya akli durumunun yerinde olmaması halinde ise hastanın veli ya da vasisinin izninin alınması gerektiği ifade edilmiştir. Bununla birlikte hastalarla ilgili yapılan işlemlerin kayıt altına alınması zorunlu kılınmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928: 887-900 ).

#### 3.1.5.2. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü) (1960)

Bu tüzük 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Yasası’na göre düzenlenen hekimler ve dış hekimlerinin uymakla yükümlü oldukları deontoloji kurallarını içeren ilk yazılı metindir. Hasta hakları ile ilgili önemli hükümleri içeren Tıbbi Deontoloji Tüzüğü; hastaya gereken dikkatin ve özenin gösterilmesi, sır saklama yükümlülüğü, hastanın hekimini seçebilmesi, insanlar üstünde deney yapılmasının yasak olduğu, hekimin şahsi veya mesleki sebeplerle hastanın tedavisini bırakabilmesi gibi konuları içermektedir (Arslan, 2010: 15).

#### 3.1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961)

Bu kanun 1961 yılında kabul edilmiştir. Kanunla birlikte sosyal devlet kavramı, sağlık ve sosyal güvenlik hakkı, yargı bağımsızlığı, sendikal özgürlük, toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı, üniversite özerkliği, planlı kalkınma döneminin başlaması, özerk trt gibi yeni yapılanma düzeni oluşmuştur. Yasa; Muş, Çankırı ve Edirne illerinde başlar ve tüm ülkeye yayılması planlanır. Fakat bütçenin yeterli olmamasından ötürü 1963 yılında yalnızca Muş ilinde uygulanır. 1964 yılında Bitlis, Hakkâri, Van, Ağrı ve

Kars ili dâhil edilir. Kanun 15 yılda tüm illere uygulanmasını varsaymıştır fakat 1982 yılında 67 ilin 45 inde uygulanabilmiştir. Kanun kapsamında herkese eşit sağlık hizmeti verilmesi, toplumun her kesimine sağlık hizmeti ulaştırma, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetinin ve entegre sağlık hizmetinin sağlık ocakları tarafından verilmesi amaçlanmıştır. Kanun kapsamında Ana çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanınmıştır. Gezici sağlık ekipleri yoksul halka sağlık hizmeti götürmek amacıyla kurulmuştur. Sağlık ocağında tedavi edilemeyen hastaların tedavilerini sağlayabilmek amacıyla hastanelere sevklerini sağlayan sevk sistemi kurulmuştur. Sosyalleştirme kanunu sağlığın öncelikle insan hakkı olduğunu vurgulayarak sağlık hizmeti sunumuna yönelik temel ilkeler geliştirmiştir (Aksakoğlu, 2008).

### 3.1.5.4. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)

İlk olarak 1961 anayasası ile sağlık ile ilgili haklara yer verilmiştir (Bilir vd., 2015: 29). Hasta hakları ile ilgili düzenlemelerin yer aldığı Hasta Hakları Yönetmeliği ise 1 Ağustos 1998 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin belli standartların tam olarak uygulama aşamasına girememesinden ötürü 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yayınlanarak ulaşılmak istenen hedef ve standartlara uyum sürecinde yapılması gerekenler konusunda düzenlemeler yapılmış ve Hasta Hakları Yönetmeliği bu yönergeyle uygulama aşamasına girmiştir (Tanrıverdi, 2012: 105). Türk sağlık sisteminde hasta haklarıyla ilgili yapılan en önemli düzenleme bu yönetmeliğin çıkarılmasıdır. Hasta hakları konusunda mevzuatta kısmen ele alınan kavram bu yönetmelikle özgün, bütünsel hal almıştır ve insan hakkı yasal olarak onaylanmıştır (Güvercin, 2007: 116-117). Bu yönetmelikte sağlık hizmeti verilen resmi ve özel kuruluşlar ve bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkına haiz olan bütün fertleri kapsar. (Hasta Hakları Yönetmeliği, md.2).

Yönetmelik sağlık hizmeti sunumunda dikkate alınması gereken bazı ilkeler benimsemiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği, md.5);

- Bedenen, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde yaşamak temel insan hakkıdır.
- Bireyin sahip olduğu yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma hakkını kaldırmaya hiçbir kurumun veya kişinin yoktur.
- Sağlık hizmetinin sunulması aşamasında herkese eşit sağlık hizmeti verilmesi gerekmektedir ve bu hizmete herkes kolayca erişebilmelidir.
- Kişinin tıbben tedavisinin zorunlu olması dışında rızasını almadan müdahalede bulunulmamalıdır.
- Kişinin rızası ve bakanlığın izni olmadan tıbbi araştırmalara tabi tutulmamalıdır.
- Tıbbi zorunluluklar dışında kişinin özel hayatına ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

Yönetmelik; sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalelerde hastanın rızasının alınması, tıbbi araştırmalar, diğer haklar ve sorumluluk ve hukuki korunma yolları gibi konuları kapsamaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1 Ağustos 1998: 1-6).

#### **Hasta Hakları Yönetmeliği (EK-4)**

##### **Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı**

- Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma
- Bilgi İsteme
- Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme
- Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme
- Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme
- Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım
- Tıbbi Gereklere Dışında Müdahale Yasağı
- Ötenazi Yasağı
- Tıbbi Özen Gösterilmesi

**Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı**

- Bilgilendirmenin Kapsamı
- Kayıtları İnceleme
- Kayıtların Düzeltilmesini İsteme
- Bilgi Vermenin Usulü
- Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller
- Bilgi Verilmesini Yasaklama

**Hasta Haklarının Korunması**

- Mahremiyete Saygı Gösterilmesi
- Rızası Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama
- Bilgilerin Gizli Tutulması

**Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası**

- Hastanın Rızası ve İzin
- Tedaviyi Reddetme ve Durdurma
- Rıza Formu
- Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması
- Rızanın Şekli ve Geçerliliği
- Organ ve Doku Alınmasında Rıza
- Aile Planlaması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi
- Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller

**Tıbbi Araştırmalar**

- Tıbbi Araştırmalarda Rıza
- Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi
- Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli
- Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu
- İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

**Diğer Haklar**

- Güvenliğin Sağlanması
- Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma
- İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret
- Refakatçi Bulundurma
- Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

**Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları**

- Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı
- Hastanın Uyması Gereken Kurallar
- Hasta Hakları Birimleri, Hasta Hakları Kurulları, Sertifikalı Eğitim
- Kurulun Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu
- Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu
- Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü
- Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler
- Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

**Son Hükümler**

Bu yönetmelik, geç bir zamanda çıkarılmasına rağmen hasta haklarının güncel ve tartışmaya konu olması aşamasında önemli bir adım atmaya sağlamıştır. Çıkarılan yönetmeliğin hasta haklarının somut bir şekilde gösterilmesi, bütün insanların onuruna yakışır bir biçimde hasta haklarından yararlanabilmelerinin sağlanması, hak ihlalleri durumundan korunmaları, gereken durumlarda hukuki korunma yollarını kullanmaya yönelik usul ve esasların düzenlenmesini içerdiği görülmektedir (Bayık, 2000: 63).

**3.1.5.5. T.C Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi (2003) ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005)**

Sağlık hizmetlerinde hasta hakları uygulamaları ülkemizde Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayımladığı hasta hakları yönergeleri ile

ortaya çıkmıştır. Sağlık kurumlarında hasta hakları uygulamalarını gerçekleştirebilmek amacıyla Ekim 2003'te "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge" ve uygulamanın pilot uygulama kapsamından çıkarılıp temel sağlık hizmetlerine ve ülkenin geneline yayılmasına dair değişikliklerin yapıldığı ve güncellenmiş haliyle Nisan 2005'te yayımlanan "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi" dir. Nisan 2005'te yayımlanan yönerge hasta hakları uygulamalarını yaygın ve standart hale getirmek amacıyla hazırlanmıştır. Yönergenin amacı "sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleriyle bunlara bağlı bir şekilde ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır bir şekilde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmeye dair esas ve usulleri ile toplumun tamamını ve sağlık çalışanlarını hasta hakları konusunda bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve eğitmek" olarak ifade edilmiştir (Kablay, 2013: 70).

Hasta hakları uygulamaları, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Hakları Yönergesi kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Hasta hakları uygulamalarının Türkiye'de planlanması, denetlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesini sağlayan Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Şubesi, hasta hakları uygulamalarını il genelinde faaliyetinin sağlanması ve denetlenmesi için Sağlık Müdürlüğü çatısı altında kurulan Hasta Hakları İl Koordinatörlükleri, hasta hakları uygulamalarını hastaneler seviyesinde planlamak, değerlendirmek ve uygulanmasını sağlamak için kurulan Hasta Hakları Kurulları, hasta hakları ihlallerinin önlenmesi amacıyla başvuruları kabul eden, acil sorunları için çözümler sunan ve bir üst birimi bilgilendiren, sağlık çalışanı ve hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimlerinden sorumlu olan sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta Hakları Birimleri ve Hasta Hakları Birimleri'nin kurulmadığı zamanlarda oluşturulan Hasta Hakları İletişim Birimleri ile hasta hakları uygulamaları gerçekleştirilir (Yanardağ, 2013: 34-35).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda hasta hakları uygulamalarına yönelik hem hastalar hem de sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde yönergeler hazırlanmıştır. Yönergede, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde tanımı yapılan hakların korunması ve hak ihlali durumunda hastanın hangi haklara sahip olduğunu bilmesi ve hakkını araması için gereken prensipler yer almaktadır. Yönergede yer alan **Hasta Hakları Şubesi**, hasta haklarıyla ilgili projeler üretmek, sağlık çalışanları ve hastalara yönelik olarak verilecek olan eğitimlerin koordinasyonunu sağlamak, tanıtım ve bilgilendirme faaliyetinde bulunmak gibi çeşitli görevlere sahiptir. **Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü'nde** ildeki kurul ve birim görevlilerinin eğitim toplantılarını düzenleyerek Hekim Seçme Uygulaması'nın eşgüdümünü sağlamak, il genelinde hasta hakları uygulamalarıyla ilgili planları hazırlanmak ve denetlenmek, Hasta Hakları Birimleri (HBB) tarafından ulaşılan evrakların arşivlenmesini sağlamak gibi görevler mevcuttur (Önal ve Civaner, 2005: 203-205).

**Hasta Hakları Kurulları (HHK)** Hasta Hakları Birimi'nden gelen raporları değerlendiren, inceleyen, sonuçlandıran ve mevcut olan uygulamaların geliştirilmesini sağlamak için önerilerde bulunan sağlık kuruluşlarında oluşturulan kuruldur. Yönergeye göre sağlık kurumunda hasta haklarının uygulanması, değerlendirilmesi ve buna yönelik önerilerde bulunmak için HHK oluşturulması zorunludur. HHK il merkezindeki tüm kamu hastanelerinde ve 100 yatak üzerindeki ilçe hastanelerinde oluşturulur. Oluşturulan kurulun üyeleri kamu hastaneleri için kalite hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, HHB sorumlusu, hakkında başvuruda bulunan personelin birim sorumlusu, hasta hakları konularında faaliyette olan sivil toplum kuruluşu temsilcisi, eğer mevcutsa hastanın avukatı (hastayı temsil eden vekâlet olmalıdır), sendika temsilcisi, ilde valinin ilçede kaymakamın belirleyeceği bir vatandaş, İl Genel Meclisi Üyeleri arasından vali tarafından seçilecek bir üyeden oluşmaktadır. Hasta Hakları uygulamaları ve hasta-hasta yakınının karşılaştıkları problemler öncelikle hasta hakları birimleri tarafından çözüme ulaştırılmaya çalışılmaktadır. Bu şekilde çözülemeyen problemler ise hasta hakları kuruluna yazılı olarak gitmekte ve kurul tarafından neticelendirilmektedir. Hasta ve yakınları tarafından sağlıktaki hizmetlerin artırılması

için iletilen öneriler Hasta Hakları birimleri aracılığıyla HHK'na iletilip görüşülmekte ve daha sonra hastane idaresine iletilmektedir (Aydemir ve Özhan, 2012: 85-87).

**Hasta Hakları Birimleri** hasta haklarının uygulanabilmesi ve planlanabilmesi için illerdeki tüm kamu hastanelerinde ve ilçelerde 100 yatak kapasitesi bulunan hastanelerde Hasta Hakları Kurulu'nun alt birimi olarak kurulur. Hasta hakları kurul başkanına (başhekim yardımcısı) bağlı bir şekilde görevini yerine getirir. Birim sorumlusu kamu hastaneleri için sosyal hizmet uzmanı, psikolog, halkla ilişkiler uzmanı, hemşire (fakülte mezunu) unvanına sahip kişiler arasından Valiliğin teklifi ve bakanlığın onayı ile görevlendirilir. Hasta Hakları Birimi'nde görevlendirilecek personeller hasta hakları konusunda eğitim alarak birimde çalışan personelin tayin, nakil gibi durumlarda ilk olarak birimin bulunduğu hastanelerde görevlendirilirler ve Bakanlık tarafından düzenlenen hizmet içi eğitimlere katılmayanlar birim sorumlusu olarak teklif edilemezler. Hasta Hakları Birim Sorumlusu'nun görevleri arasında Hasta Hakları Yönetmeliği'nde mevcut olduğu gibi hasta ve yakınlarının gitmek istedikleri birime rahatlıkla gidebilmeleri için afiş, tabela vb. asmak, hastaları hasta hakları uygulamalarıyla ilgili bilgilendirmek amacıyla broşür, kitapçık ve diğer basılı evrakların bulundurulmasını takip etmek, hastalar tarafından yapılan başvuruları almak, hastalarla ilk görüşmeyi yapmak, başvuru sahibine bilgi vermek ve danışmanlık yapmak vardır. Birim sorumlusu öncelikle çocuklar ve özürülüler olmak üzere bütün hastaların danışmanı ve onları savunan kişidir. Birime gelen başvuruları birimden sorumlu kişi yerinde çözmeye çalışmalı, çözemediği durumda da internet ortamında kaydını alarak hasta hakları kuruluna belgeleri ile beraber göndermelidir. Konunun acil olması durumunda ise hastane idaresi bilgilendirilmelidir. Birime personelle ilgili başvuru geldiğinde personelin ismi haricinde kişisel bilgilerinin gizliliği sağlanarak kurumda çalışan personelden aynı gün içerisinde bilgi vermesi istenmelidir. Personel de iki gün içerisinde bu bilgiyi vermelidir. Hasta Hakları Birim Sorumlusu hastalardan veya hasta yakınlarından başvuru almanın yanı sıra hastaların yaptığı eleştirileri ve önerileri dinlemek, hasta hakları uygulamalarının gelişmesini sağlamak için çalışmalar düzenlemek ve bunu hasta hakları kuruluna sunmak, hasta hakları uygulamaları ile ilgili eğitimler düzenlemek ve oluşan eksikleri belirleyerek bu konuda hasta hakları kuruluyla koordineli bir şekilde çalışmalı ve il koordinatörünün de bilgisi ve önerisini almalıdır (Pazarıcı, 2007: 93-95).

### 3.2. Hasta Memnuniyeti

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde müşteri ve hasta memnuniyeti kavramı ve bunun önemi, hasta memnuniyeti ölçüm modelleri, hasta beklenti ve algıları ve memnuniyeti etkileyen faktörler üzerinde durulacaktır.

#### 3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Kavramı

Sağlık hizmetlerinde “müşteri” kelimesi önceleri hiç kullanılmazken 1980'li yılların ortalarından beri fazlaca kullanılmaktadır (Ergüden, 2015: 42). Sağlık sektöründeki değişim ve gelişimler birtakım kavram ve tanımlamalar konusunda tartışmalara sebep olmaktadır. Tartışmalara sebep olan faktör sağlık hizmetini kullanmak isteyen kişilere müşteri denilmesi ve bireyin de bundan rahatsızlık duymasıdır. Sağlık sektörü içerisinde olan hasta ve çalışanların müşteri olarak değerlendirilebileceği ve bunun herhangi bir sakıncasının olmadığı konusunda değerlendirmelere varılmıştır (Aycan, 2016: 35).

Sağlık hizmetlerinde de diğer endüstrilerde olduğu gibi birçok müşteri vardır. Sağlık hizmetlerinde yer alan müşteriler; hastalar, hastaların aileleri ve arkadaşları, doktorlar, diğer çalışanlar, hizmetin ücretini ödeyenler, işverenler, hastayı sevk eden kaynaklar ve sağlık kuruluşunu detaylı bir şekilde sürdürme ve iyileştirme sisteminin bir parçası olarak gören toplumu da kapsamaktadır (Kaya, 2005: 61).

Sağlık hizmetindeki müşterileri iç ve dış müşteriler olarak iki gruba ayırmak mümkündür. İç müşteriler, sağlık kurumlarında görevli olan ve sağlık hizmetleri üretim

sürecine aktif olarak katılan tüm bireyleri oluştururken, sağlık hizmetlerinden doğrudan veya dolaylı olarak faydalanan kişi ve kurumlar ise dış müşterileri oluşturmaktadır. İç müşteriler; personel, yöneticiler, işletmenin pay sahipleri ve danışmanlardır. Dış müşteriler; hasta, hasta yakını, refakatçiler, diğer sağlık işletmeleri, anlaşmalı kurumlar, eczaneler, sigorta şirketleri, tıbbi malzeme ve ilaç firmaları, inşaat şirketleri, devlet ve toplumdur (Kuzhan, 2009: 66). Sağlık kurumunda yer alan iç ve dış müşteriler Tablo 3.1’de gösterilmektedir.

**Tablo 3.1. Sağlık Kurumunda İç ve Dış Müşteriler**

Dış Müşteriler	İç Müşteriler
-Hastalar -Refakatçiler, ziyaretçiler -Devlet -Diğer sağlık kurumları -Anlaşmalı kuruluşlar -Eczaneler -Dernekler -Medya -Sigorta şirketleri -Tıbbi Malzeme ve ilaç firmaları	-Kurum Personeli -Pay sahipleri -Danışmanlar

Kaynak: Kavuncubaşı ve Yıldırım (2010: 475).

### 3.2.2. Sağlık İşletmelerinde Hasta (Müşteri) Memnuniyeti ve Önemi

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalitenin ölçülmesinde kullanılan önemli ve yaygın bir göstergedir. Hasta memnuniyeti klinik sonuçları, hastanın tutulmasını ve yanlış tıbbi uygulama iddialarını etkiler. Kaliteli sağlık hizmetlerinin zamanında, etkili ve hasta merkezli sunumunu etkiler. Dolayısıyla hasta memnuniyeti bir vekildir ancak doktorların ve hastanelerin başarısını ölçmede çok etkili bir göstergedir (Prakash, 2010: 151). Literatürde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetine ilişkin çeşitli tanımlamalar mevcuttur. Hasta memnuniyeti “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılanabildiği ile ilgili bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır” (Akdağ, 2010:1). Dinç vd, (2009: 93)’e göre, hasta memnuniyeti “tüm basamaklarda hastanın aldığı hizmetten beklediği fayda, katlanmaktan kurtulduğu külfet, hizmetten beklediği performans ve hizmet sunumunun sosyokültürel değerlere uygunluğunu içerir.”

Hasta memnuniyeti; hastaya ihtiyacı olan sağlık hizmetinin sunulmasının yanı sıra, hastanın en kısa sürede tedavisinin verilip iyileştirilmesi ve koruyucu tedbirler olarak hastanın bilinçlenmesini sağlamaktadır ( Bilgin ve Göröl, 2017: 157).

Hasta memnuniyeti yaşam kalitesi, mutluluk ve memnuniyet gibi kavramlardan ayırt etmek zordur. Hasta memnuniyeti sunulan bakımın yapısı, süreci ve sonucuna odaklanan sağlık kalitesi kavramı kapsamında tedavi sonucunun bir parçasıdır ve aynı zamanda bakım kalitesinin göstergesidir (Esch vd., 2008: 3).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemini belirlemede hasta memnuniyeti önemli bir paya sahiptir. Sağlık hizmetlerinden hizmet alıp müşteri konumunda olan hastaların hizmetten memnun kalmaları için beklenti ve ihtiyaçları önem kazanmaktadır (Yazan vd, 2018: 25).

Sağlık kurumlarında hasta tatmininin önemini dört nedene dayandırılmaktadır. Bunlar; (Tatarlı, 2007: 53-54) aşağıda kısaca açıklanmıştır.

**İnsancıl Nedenler:** Sağlık kurumuna ağırlı, endişeli ve sinirli gelen hastanın temel hakkı en kaliteli ve en iyi sonuç alabileceği hizmetten faydalanmaktır. Bu hizmetin sunulması bilimsel ve tetkik anlamda yeterli olmasının yanı sıra hastanın kişilik yapısı, düşünceleri ve değer yargılarına uygun olmalıdır.



**Ekonomik Nedenler:** Sağlık kurumlarındaki hizmet diğer sektörlere göre farklılık gösterdiğinden maddiyat kaygısının ön planda değil de hastanın hizmetten yararlanmak isteyen kişi olarak rahat hissetmesinin kaygısı güdülmelidir.

**Pazarlama Nedeni:** Sağlık kurumlarının sektör içerisinde aralarında rekabet etmelerini ve hastaların hizmeti tercih etmelerini ve pazar payının buna bağlı olarak artmasının sağlanması yönüyle hasta memnuniyeti büyük bir önem arz etmektedir. Hastaların aldıkları hizmetten memnun kaldıklarında müşteri potansiyeli buna bağlı olarak artacaktır.

**Etkililik Nedeni:** Hastaların, hizmetten bekledikleri gibi sonuç aldıklarında hekim ve diğer sağlık personelinin vereceği tavsiyeleri dinleme düzeyleri artacak ve personeller hastalar üzerinde bir etki sağlamış olacaklardır.

Hasta memnuniyeti; hastane yönetimi, hastanedeki personeller ve hastaneler arasındaki rekabetin yanı sıra devlet ve vatandaş açısından da büyük bir öneme sahiptir. Hastanelerdeki güçlü ve zayıf yönleri ortaya çıkarmakta, algılanan hizmet kalitesini ölçme ve değerlendirmede, maliyetlerin düşürülmesinde ve rekabet açısından avantaj sağlamada etkisi büyüktür (Sarı, 2010: 5). Hastalardan beklentilerinin hangi ölçüde karşılandığı ile ilgili alınan dönütler sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlara daha kaliteli hizmet sunmaları konusunda yol gösterecektir (Yorulmaz ve Evirgen, 2018: 269).

### 3.2.3. Hasta (Müşteri) Memnuniyeti Ölçüm Modelleri

Hasta memnuniyetinin ölçülmesi; hastaların tedaviye devam edip etmedikleri, sağlık hizmetinin sunumunu yapan kurum veya kişilerden alınan hizmeti tekrar isteyip istemedikleri gibi durumları gösterme açısından gerekli bir göstergedir. Sağlık bakımının verilmesi ve düzenlenmesinde hastadan geri bildirim aracılığıyla alınan bilgiler diğer yöntemlere göre seçim yapma konusunda yol göstericidir (Ergüden, 2015: 50).

Direkt yöntemler, tatmin düzeyinin, önceden belirlenmiş parametreler bazında hastaya doğrudan sunulduğu anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. İndirekt yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı ancak hastanın şikâyet veya teşekkürleri gibi hastadan alınan geribildirimler veya “hasta başına düşen hemşire sayısı” gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Kullanılan yöntemlerin maliyeti, doğruluğu, istatistiksel geçerliliği ve hastalara verdiği rahatsızlık değişkenlik gösterir. Bu yöntemlerden en iyisini seçmek kuruluşların stratejik amaçlarını ve bu amaçlara ulaşma maliyeti arasındaki ideal dengeyi korumalıdır (Öz, 2004: 81).

Hastanelerin hasta tatmini konusundaki çalışmaları sıradan ölçümlerin kullanıldığı kabul, iletişim, bakım kalitesi, personel ve fiziksel imkânlar gibi birçok ölçümlerin karşısında hastaların kurumun performansını nasıl algıladığının saptanmasıyla ilgili konuya çevrilmiştir. Hastanedeki yöneticiler hastalar ve operasyonel eksiklikleri görme ve bu konuda bilgiyi kullanabilmeyi hasta tatmini ölçümleri ile öğrenmişlerdir. Hastane çalışanlarının etkin bakım, en iyi teknolojiyi bulundurma ve en kalifiye personel aracılığıyla kaliteli sağlık bakımının sunulması gibi faktörler hasta tatmini konusunda garanti etmenler değildir. Hastaların ilgilendiği konular bekleme süreleri, kendilerine davranış sonucu oluşan hisleri gibi konulardır. Hasta yöneticilerinin stratejik yönetim sürecinde hastaları etkilemek ve ellerinde tutmak için ne yapmaları gerektiği konusunda kendilerine sorular sormalıdırlar (Zaim ve Tarım, 2010: 10).

Sağlık hizmetlerinde hasta tatminin ölçmenin yararı şu nedenlerden ötürü yararlıdır (Yanık, 2000: 78-79):

-Hastalar için kalitenin anlamı her ne ise, onların kaliteyi algılamaları sağlık bakım hizmetlerinin alternatifleri arasından tercihlerini etkiler.

-Hastalar, kişilerarası ilişkiyi değerlendirme üzerine en iyi veri kaynağıdır. Üstelik hastalar, iddialar ve kayıtlar gibi geleneksel veri kaynaklarında mevcut olmayan ayaktan bakımın teknik kalitesi üzerine veri sağlayabilir.

-Hastalardan elde edilen veri maliyetleri, geleneksel kaynaklardan (örneğin, kayıt hesaplamaları) elde edilen veri maliyetlerinden daha düşüktür.

-Hastaların analiz edilen değerlendirmeleri, kalite değerlendirme ve güvence faaliyetleri için veri kaynağı olarak düşünülebilir.

-Hastaların teknik kaliteyi değerlendirmeleri, küçük bir bölümde aldıkları pek çok hizmete göre yansıtılmaları olarak ifade edilebilir.

-Genel sorunlar için hastalar iyi ya da biraz iyi şeklinde yargıladıkları doktorlar tarafından verilen teknik bakımı değerlendirebilirler.

-Kişisel özelliklerden kaynaklanan önyargılar örneğin; yaş, cinsiyet vb. hastaların bakımın kişilerarası ve teknik kalitesini değerlendirmelerini geçersiz kılmaz.

Ölçme ve değerlendirme çalışmalarında kullanılan direkt ve indirekt yöntemler, kantitatif (nicel) ve kalitatif (nitel) yöntemler olarak iki farklı veri sağlamaktadır. Kullanılan yöntemlerin kendilerine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Sağlık kuruluşlarının belirlediği stratejik amaçlar doğrultusunda en iyi yöntem veya yöntemlerin neler olduğu saptanmaktadır. Hasta memnuniyetiyle ilgili yapılan araştırmalarda; yüz yüze anket, posta yoluyla anket, telefon görüşmeleri, yüz yüze görüşme ve odak grup görüşmeleri çoğunlukla kullanılan yöntemlerdir (Karaalp, 2014: 77).

### 3.2.3.1. Kalitatif Veri Sağlayan Yöntemler

Kalitatif yöntemler kurumda verilen sağlık hizmeti ve hastaların tecrübelerini göstermektedir. Araştırmacılar bilgi edinmek için hastanın yaşadığı dünyaya girebilmeli ve hastanın tecrübeleriyle ilgili verileri hastanın gözünden bakıp alabilmelidir. Hastaların gözünden bakıp bu bilgiyi sağlayabilmek için araştırmacıların sürekli hastalarla olmaları ve gözlem yapmaları gerekmektedir. Kalitatif yöntemlerin şu durumlarda kullanımı önerilmektedir (Yanık, 2000: 80):

-Yönetimin, hastalara sunulan hizmetler hakkında neyi, niçin istediği bilinmediğinde

-Yönetimin ilgilendiği öncelikli alanın, hizmetin nasıl geliştirileceği olduğunda ve bunun için kendisine yardımcı olabilecek bilgileri elde etmek istediğinde

- Araştırmacı, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, dillerini, sorunlarını, beklenti ve ihtiyaçlarını tamamıyla bilmediğinde

-Kantitatif hasta tatmin verilerinin nasıl kullanılıp, yorumlanacağı bilinmediğinde.

Kalitatif veri sağlayan birtakım yöntemler mevcuttur. Bu yöntemlere aşağıda yer verilmiştir.

- **Odak Grup Görüşmeleri**

Odak grup görüşmeleri, küçük bir hasta grubu (8-12 kişi) ile yapılır ve çalışmayı yürütenin hastaların belirli konulardaki düşüncelerini almak amacıyla gerçekleştirilir (Ş.Erdem, 2007: 157). Odak grup görüşmelerinde 8-12 hasta belli bir süre belirli bir konuda tartışılır ve bu tartışma sayesinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerle ilgili ayrıntılı bilgi elde edilebilir (Ergüden, 2015: 50). Odak grup görüşmeleri hem ekonomik hem de rahatlıkla uygulanabilen bir yöntemdir. Bu yöntemin en büyük dezavantajı hastaların birbirlerinden etkilenme durumlarının olmasıdır. Odak grup görüşmesinin başarılı olmasını etkileyen temel faktörler ise görüşme yerinin yapıldığı fiziki şartlar, yerin rahatlığı, bu yöntemle hasta memnuniyetinin ölçümünün belirlenmesini sağlayacak olan hastaların özellikleri, grup moderatörünün davranışlarıdır (Tatarlı, 2007: 62).

- **Yönetimsel Gözlemler**

Sağlık hizmetini sunanlar ve hizmetten faydalanan hastalar arasındaki ilişkileri gözlemlenmek, hizmet kalitesini değerlendirmek, yöneticilerin teşvik edilmesi ve ödüllendirilmesinde kullanılan en basit ve en ucuz tekniktir. Bu yöntemi uygulayan kişi, hastayı yakından izleyerek hastanın ihtiyaçlarını ve tatminlerini gözlemler. Bu yöntemin en önemli avantajı yöneticiler; beklenen hizmet kalitesi düzeyini, sahip olunan iş, amaç ve potansiyelinin bilinmesini sağlar. Yapılan gözlemler hastayı rahatsız etmeden hasta tatminiyle ilgili sorunların doğrudan düzeltilmesini ve hastadan geri besleme alınmasına ilişkin fırsat sağlar ve minimum maliyet gerektirir. Fakat yöneticilerin gerekli eğitim ve tecrübeye sahip olmamaları veya belli önyargılara sahip olmaları bu yöntemin dezavantajıdır (Yanık, 2000: 83).

- **Kritik Olay Yöntemi**

Kritik olay yöntemi, hastaya kritik olduğunu düşündüğü konularda belirli sorular sorularak hastadan açıklama istenmesidir. Kurum içinde veya kurum dışında bulunan farklı hastalara farklı müşteri tatmini soruları hazırlanarak sorulur. Hastaların bu sayede kurumdan hizmet alan kişiler olarak ihtiyaçları saptanır. Kurumdan alınan hizmeti kritik olay, olumlu veya olumsuz yönleriyle açıklayabilmelidir. Olumlu örnek, hastaların hizmeti alan kişi olarak sürekli görmek istediği davranışlardır. Bu davranışa örnek olarak çalışanların güler yüzlü olması vb. verilebilir. Olumsuz örnek ise hastanın aklına takılan soruların oluşmasına neden olan özelliklerdir. Bu davranışa da tıbbi cihazların yeterli olup olmadığı vb. verilebilir. Kritik olayın iyi olmasının iki özelliği vardır. Özel olması ve hizmeti sunan kişilerin davranışlarını tanımlaması ya da hizmeti özel birtakım sıfatlar kullanarak açıklamasıdır (Karaalp, 2014: 78).

### 3.2.3.2. Kantitatif Veri Sağlayan Yöntemler

Kantitatif yöntemler sayısal birtakım yöntemler kullanarak hastaların hizmetten edindikleri tecrübeler ile gerçek tepkilerini ölçerek veri toplamayı sağlar (Yanık, 2000: 86). Bu yöntemlere aşağıda yer verilmiştir.

- **Anket**

Bu yöntem hasta memnuniyetini ölçmede kullanılan en sık ve en çok tercih edilen yöntemdir. Hastalara hastaneden ayrılmadan önce veya ayrıldıktan sonra uygulanabilmektedir. Anket yönteminde önemli olan husus anketin doğru hazırlanması ve uygun araştırma yönteminin kullanılmasıdır. Araştırmanın başarısının belirlenmesinde hastalardan istenilen bilgilerin hangi sorularla ve nasıl alınacağı önemlidir (Öz, 2004: 81). Anket yönteminin en önemli yararı kolay uygulanabilmesi, maliyetinin düşük olması, geçerlik ve güvenilirliğinin ölçümünün kolay olması, diğer araştırmalar ile karşılaştırma imkânının bulunması ve kantitatif araştırmalardaki gibi çok fazla eğitimli personel gerektirmemesidir (Öztürk, 2016: 43).

- **Telefon Görüşmeleri**

Telefon görüşmeleri sağlık kurumlarından hizmet alan kişilere telefonla ulaşarak bilgi almayı içerir. Telefonla görüşme yönteminin hızlı, kolay olmasının yanında bazı riskleri de bulunmaktadır. Görüşmeyi yapan kişilerin zamanlaması ve görüşmeyi yapan kişilerle ilgili bazı hataları vardır. Telefon görüşmesinin 15 dakikayı geçmemesi bu sürenin aşılması halinde karşı taraftaki bireyin görüşmeyi sonlandırmak istemesi veya zıt cevaplar vermesi ya da bir an önce görüşmeyi hızlandırması gibi sorunları bulunmaktadır. Telefon görüşmesinin hastanın yaşanan birtakım olayları unutabileceği düşünülerek 15 gün içerisinde yapılmalıdır. Telefonla görüşme yönteminin başarıya

ulaşmasında görüşmecinin eğitilmesi, görüşme kurallarının belirlenmesi, iyi bir konuşma metni ve anket formu hazırlanmalıdır (Kanoğlu, 2016: 33).

- **Posta Araştırmaları**

Bu yöntemde anket formları posta ile gönderilir ve doldurularak geri gönderilmesi istenir. Yüz yüze ve telefonla yapılan ankete göre bu yöntem daha objektif olabilir. Bunun nedeni yüz yüze ve telefonla yapılan ankete göre anketi cevaplayan kişinin hoş görünme isteği ve gerçekte düşünmediği bir şekilde cevap verme ihtimali ve maliyeti daha düşüktür. Posta araştırmalarıyla bilgi edinmek isteyen işletme sadece ankette sorulan sorulardan elde ettiği bilgilerle yetinmelidir. Anketi cevaplayan kişi soruları yanlış anlayabilir, yorumlayabilir, yanlış cevaplar verebilir ya da hiç cevap vermeyebilir (Tatarlı, 2007: 64).

### 3.2.4. Hasta Beklentisi ve Algıları

Hasta memnuniyeti hastaların beklentileri ve algıladıkları bakımın uyumu olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda hastalar sağlık kurumuna gittiklerinde hizmeti almadan önce birtakım beklentileri olmaktadır ve hizmet sunulduktan sonra bu beklentilerin ne kadarının karşılandığıyla ilgili bazı algılar edinmektedirler. Hastaların sunulan bu hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu mevcuttur (Nesanır ve Dinç, 2008: 419-420). Bunlar;

- Hastaların tıbbi gereksinimleri
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler
- Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları
- Zihinlerindeki kalite tanımıdır.

Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki ilişki şu şekilde olabilmektedir (Sevimli, 2006: 23-24):

- ✓ Beklenen hizmet > Algılanan hizmet algılanan kalitenin tatmin edici olmaması ve hizmet kalitesinin kabul edilemez olduğunu gösterir.
- ✓ Beklenen hizmet = Algılanan hizmet kalitenin tatmin edici olması ve kabul edilebilir düzeyde olduğunu gösterir.
- ✓ Beklenen hizmet < Algılanan hizmet olması durumunda ise algılanan kalitenin tatmin edici kaliteden daha yüksek olduğu ve ideal kalite düzeyini oluşturduğu anlamına gelmektedir.

İşletmeler, ürünlerinin veya hizmetlerinin değerini arttırmak için tüketicilere sundukları faydaları geliştirip, verimliliğin artışı yoluyla maliyetleri düşürüp veya her iki faktörü de birden gerçekleştirmeye çalışmaktadırlar. Bir ürünün sahip olduğu değer yüksek olması, kâr elde etme ve tüketici tatmini yaratmada rekabet noktasında üstün bir konuma gelmeyi sağlamaktadır. Bir ürün veya hizmetin tüketicinin zihninde mevcut olan ürün veya hizmet ile ilgili algıladığı değer, tüketicinin algılamış olduğu yarar ve maliyet değerlendirmelerinin sonucunda oluşmaktadır. Algılanan yararların, maliyetlerden daha fazla olması algılanan değer yüksek olması anlamına gelmektedir. Bir hasta açısından sağlığını hangi ölçüde tekrar kazandığı algılanan yarar ile ilgilidir. Hastanın katlanmış olduğu maliyetler ise sağlık hizmetini alabilmek için ödediği ücret, harcadığı zaman ve yaşanan zihinsel ve bedensel streştir (Dursun ve Çerçi, 2004: 4-5).

Hasta memnuniyetinin “hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi” tanımından hareketle hasta memnuniyetini iki faktörün oluşturduğu söylenebilir. Bunların ilki hasta beklentileridir. Hasta beklentileri, hastaların hastaneye gittiklerinde aradıkları veya görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özelliklerdir. Bu özellikler hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyokültürel nitelikleri, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları ile ilgili geçmiş deneyimlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Diğer faktör ise hastaların

sağlık kurumundan aldıkları hizmete ilişkin algılamalarıdır. Algıların ölçümü, hastaların sağlık kurumundan almış oldukları hizmet ve hizmetin üretim sürecine ilişkin değerlendirmeleri ve görüşleri dikkate alınarak belirlenmektedir. Algılamaya ilişkin faktör de hastaların kişisel özellikleri ve sağlık kurumuyla ilgili geçmiş deneyimlerine göre farklılık göstermektedir (Sarı, 2010: 25-26).

Sağlık hizmetleri sunan kurumlar da diğer işletmelerde olduğu gibi müşteri odaklı bir anlayışla hareket ederek sunulan hizmetin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artması amacıyla sürekli hastanın beklentileri ve algılamalarına ilişkin durumları değerlendirip olumsuz anlamda olabilecek farklılıkları azaltmak için çaba harcamalıdır (Özdoğan, 2012: 50).

### 3.2.5. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastanenin hizmet kalitesinin belirlenmesi için hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hasta ve yakınlarının beklentilerinin, isteklerinin karşılanması hastane yöneticileri bakımından oldukça önemlidir (Karaalp, 2014: 50). Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin anlaşılabilmesi için hastaların sağlık kurumlarından hizmet alırken değerlendirdikleri doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerini dikkate alıp onların ilgisi ve fiziki şart vb. faktörleri göz önüne alarak sağlık hizmetinde kalite standartlarını belirlemektedirler (Bankaoğlu, 2013: 24-25). Kurumsal yapılar, kişilerarası ilişkilere, sağlık çalışanlarının yeterliliğine ve hasta beklenti ve tercihlerine bağlı hizmetlerin erişilebilirliği ve rahatlığı dâhil olmak üzere birçok faktör de hasta memnuniyetine katkıda bulunur (Gebremedhn, 2015: 1).

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler 3 grupta toplanabilir. Birinci grup hastaya ilişkin faktörlerdir. Hastaların sağlık hizmetlerini algılamaları çeşitli faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Sosyal durum, eğitim düzeyi, kültürel geçmişler, yaş, cinsiyet, hastanede geçirilen süre, psikolojik durum gibi faktörler hastaların sağlık hizmetlerinden beklenti düzeylerine göre değişmektedir (Ataman ve Yarimoğlu, 2018: 276). Sunulan hizmetlerden memnuniyet düzeyinin kadın ve erkek hastalara göre değiştiği kadın hastaların erkek hastalara göre daha fazla memnun oldukları, genç hastaların beklentilerinin farklı olmasından ötürü yaşlı hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha düşük olması hastaya ilişkin faktörler arasındadır. Üniversite öğrencisinin hastaneden beklentisinde kablosuz internet bağlantısının olması ve internet bağlantısının olup olmaması durumunda da bunun hasta memnuniyetini doğrudan etkileyebileceği örnek olarak verilebilir. Hastanın sağlık kurumundan aldıkları hizmetler neticesinde daha önce elde ettiği deneyimler de hastaya ait faktörler içerisinde yer alabilir (Özdoğan, 2012: 48). İkinci grup hizmet sağlayıcıları veya doktora ilişkin faktörlerdir. Bu faktörlerin içinde hastaya karşı olan tutum, doktorlar ve hastalar arasındaki ilişki, mesleki bilgi ve beceriler vb. gibi etmenler örnek verilebilir. Üçüncü grup ise sağlık kurumu ve çevre ile ilgili faktörlerdir. Bu faktörlere de tesisin güvenilirliği, çalışma saatleri, temizlik, aydınlatma, bekleme odalarının varlığı vb. gibi etmenler sayılabilir (Şahin vd., 2017: 160).

### 3.2.6. Hasta Memnuniyeti Boyutları

Bu bölümde hasta memnuniyetinin boyutları ve hangi faktörlerin hasta memnuniyeti açısından önem teşkil ettiği üzerinde durulacaktır.

#### 3.2.6.1. Doktor-Hasta İlişkisi

Doktorların hastalarla ilişkisi hasta tatminini önemli ölçüde etkilemektedir. Hastalar doktorların vermiş oldukları hizmetin kaliteli olup olmadığını değerlendirirken doktorların dinleyici ve duyarlı olmaları, yeterli vakti ayırmaları, nezaket ve saygı göstermeleri gibi çeşitli davranışlara dikkat etmektedirler. Doktorun davranış biçimi hasta memnuniyetiyle beraber hizmetin etkililiğini de yükseltmektedir. Doktor ve hasta

arasında olumlu ilişkiler sağlanması halinde hastaların doktorların önerilerine uymakta ve tedavilerini ara vermekten sürdürmektedirler (Taşlıyan ve Gök, 2012: 77).

Hekimin hastaya karşı tutumunda davranışının, sözlerinin, beden dilinin önemli bir yeri vardır. Hekimin karamsar oluşu davranışlarına yansırsa hastaya beklediği ilgiyi ve önemi gösteremez. Eğer hekim, hastasını tam olarak dinlemiyor, onunla iletişimden kaçınıyor ve yaptığı işi bir zorunluluk veya görevinin gerektirdiği bir ilişki kurduğunu karşı tarafa hissettirirse sağlıklı bir doktor-hasta ilişkisi kurulamaz. Hekimin hastasını insandan ziyade hastalık olarak görmesi, hastayla arasında duygusal bir ilişki kuramaması, hastaya gerekli açıklamaları yapmaması, maddi kazanç yönüyle mesleğiyle ilgilenmesi ve hastaya güven vermemesi de doktor-hasta ilişkisini olumsuz yönde etkileyecektir (Atıcı, 2007: 93).

### 3.2.6.2. Hemşire-Hasta İlişkisi

Hemşirelik mesleği yardım etmeyi içermektedir. Hemşireler yardım ederken bu yardımlarındaki temel amaç, hizmet verdiği bireyi tanımak, onunla karşılıklı güvene dayanan bir iletişim kurmak ve bakım ihtiyaçlarını tanımlayarak sorunlarla daha etkili bir şekilde baş edip ihtiyaçlarını karşılayabilecek seviyeye gelmesini sağlamaktır. Hemşirelerin kişiler arası iletişim ve ilişkiler konusunda becerilerini geliştirmelerinin hastalar üzerinde olumlu etkiler (hizmetten memnuniyet artması, hastalık ve tedaviye uyum, iyileşme motivasyonunun artması) sağladığı yapılan araştırmalarla görülmüştür.

Hemşirelerin yardım etmesinde empati kavramı yardım edici ilişkinin en önemli göstergesidir. Hemşirenin empati yeteneğinin kullanarak kendisini karşısındakinin yerine koyması ve bazı olaylara onun gözünden bakması ve kişinin duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde anlayarak durumu iletmesidir (Tutuk vd, 2002: 36). Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin artması için hemşirelik hizmetleri geliştirilmelidir. Çünkü hastalar hastanede kaldıkları süre boyunca hemşirelerden memnun kaldıklarında bu durum bütün hastane hizmetleriyle ilgili memnuniyetlerini etkilemektedir. Bu da hasta-hemşire ilişkisinin hasta memnuniyetinin sağlanmasında bu birlikteliğin önemini göstermektedir (Demir vd., 2011: 69).

### 3.2.6.3. Diğer Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi

Doktor ve hemşire dışında hastanenin farklı birimlerinde çalışan ve hizmet sunan diğer sağlık personelleri de hasta memnuniyetini etkilemektedir. Hastaların bu sağlık çalışanlarıyla doktor ve hemşireye göre daha az etkileşim halinde oldukları fakat bunların da sunduğu hizmetlerin hastaların sağlık durumları ve hizmetin etkili olması aşamasında oldukça önemlidir. Hizmeti sunarken yaşanan sıkıntılar ve meydana gelen aksamalar, düzensizlikler hastaların bunları algılamalarına ve diğer verecekleri kararlara da etki edip hastanenin prestijini etkilemektedir (Tatarlı, 2007: 56).

### 3.2.6.4. Bilgilendirme

Sağlık hizmeti sunan çalışanların hasta ve yakınlarına aldıkları sağlık hizmetiyle ilgili onların anlayabileceği bir şekilde bilgi vermeleridir. Bilgilendirme yaparken hasta ve yakınlarının anlayacakları dilden konuşmaları ve hastaları o şekilde bilgilendirmeleri, dinlemeleri, sağlık kurumuna gelen farklı müşterilere göre dilin kullanılması ve ayarlanması gerekmektedir. Bilgilendirme, alınan hizmetin içeriği, maliyeti, kurumda karşılaşılabilecek problemleri ve bu problemler karşısında hastanın ne yapabileceğinin açıklanması ve olası bir problem durumunda hasta ve yakınlarının sorunlarını cevaplamak gibi konuları içermektedir (Karaalp, 2014: 61). Hasta ve yakınlarının alacakları tedaviyle ilgili duydukları merak neticesinde hekimlerin onları sade, teknik olmayan ve anlaşılır bir dille bilgilendirmeleri, alınan tedavi konusunda hekimle birlikte karar almalarını ve hastaların hastalık durumlarını daha anlaşılır bir şekilde karşılayabilmelerini sağlamaktadır (Yaşa, 2012: 91).

### 3.2.6.5. Güven

İnsanların hastalandıklarında hastaneye yattıkları andan itibaren hem fiziksel hem de sosyal çevresi değiştiğinden bu durum sosyal sorumlulukların kesintiye uğramasına sebep olmakta ve kendilerinde korku, yalnızlık, reddetme, önemsenmeme, çaresizlik ve güven eksikliği hissetme durumu yaratmaktadır. Hastanın yabancı olunan bir ortama uyum sağlaması ya da bu sürenin kısa olması kendisini güvende hissetmesiyle ilgilidir. Hastalar hastalıklarıyla ilgili tanı ve tedaviden emin olmak isterler. Hastalar tıbbi bakımın özellikleri sebebiyle çoğu zaman karar verici durumda olduklarından hizmet aldıkları hastaneye, sağlık personeline ve aldıkları tıbbi bakıma güvenmek isterler. Hastaların kendilerini güvende hissetmeleri için tıbbi personellerin hastaları bilgilendirmesi, tedavi süreçleriyle ve alacakları bakımlarla ilgili planların paylaşılması önemli bir kriterdir (Kırmızı, 2010: 81).

### 3.2.6.6. Fiziksel ve Çevresel Faktörler

Fiziksel ve çevresel faktörler hastanenin ulaşılabilir olması, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kaliteli olması gibi faktörleri kapsamaktadır. Hastaneler, hastaları fiziksel ve sosyal olarak rahatlatırlarsa hastalar da kendilerini evlerindeymiş gibi hisseder ve bu da memnuniyeti artırır. İsteddiği bilgiyi yeterince alan, değer gören ve kendini evindeymiş gibi rahat hisseden hastalar almış oldukları tedavi ve bakımın yanı sıra sağlık ekibine de daha fazla güven duymaktadırlar (Yılmaz, 2001: 73).

### 3.2.6.7. Bürokrasi

Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden biri olan bürokrasi, hastanedeki bürokratik engeller dolayısıyla yaşanan zaman kayıpları ve yapılacak herhangi bir işlem sırasında hastaların uzun süre beklemelerini içermektedir. Bekleme süresi, doktorun çalışma şekli, gördüğü hasta türü, uygulandığı yer ve destek personelinin etkinliği gibi faktörlere bağlıdır (Prakash, 2010: 153). Hastanın bekleme koridorlarında geçirdikleri süre, hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir. Birçok hastanede, hastanın yatış ve taburcu işlemleri, hasta ve yakınlarının uzun süre bekletilmeleri gibi faktörler problem haline gelmektedir. Bu zaman kayıplarından ötürü hastalar mutsuz ve tatminsiz olmakta ve bu durum basitçe anlaşılmaktadır (Büber ve Başer, 2012: 269).

### 3.2.6.8. Ücret

Hastanelerde hasta ve hasta bakımı ücreti, sağlık sigortası sistemi olmayan veya eksik olan ülkelerde olumsuz bir etmendir. Bu durumda sigortaya sahip olmayan veya aldığı bakımın maliyetini ödeyemeyecek durumda olan hastalar hastanedeki hizmete ulaşamayacağından hizmetten de memnun kalmazlar. Hastane, farklı bir durumda ödeme gücü içerisinde olan hastayı, destekle hastaneye yatırdığında, hastane hizmetlerini değerlendirme konusu önemsiz duruma düşmektedir. Hastalar ödedikleri ücret neticesinde faydalandıkları hizmetten verim almak istemektedirler. Hastanın hastaneden yalnızca bakım değil bunun yanında iyi hizmet, yararlı bir bakım beklentisi ve umudu satın aldıkları ifade edilmektedir. Hastalar bakımları için verdikleri ücret karşılığında, iyi eğitilmiş personel, bilgilendirme, kaliteli otelcilik hizmeti, ilgi, nezaket ve sevgi istemektedirler. Hastaların farklı sigorta niteliklerine bağlı olmaları ve mali sorun yaşamamaları hizmetin değerlendirilmesi aşamasını etkilemekte, fiyat ve maliyetlere karşı kayıtsız kaldıkları belirtilmiştir (Aydoğan, 2005: 14).

### 3.2.6.9. Beslenme Hizmetleri

Hasta memnuniyetinin artması veya azalmasında önemli olan diğer bir faktör beslenme hizmetleridir. Sağlık kurumlarındaki hizmetlerden faydalanan hasta ve yakını yemeklerin lezzeti, sunumu ve hijyenine de dikkat etmektedirler. Hasta ve yakınları hastanelerin ortamından dolayı beslenme alışkanlıkları değişebilmekte ve yaşanan bazı zorluklar neticesinde memnuniyetsiz olmaktadır (Akbaş, 2014: 53).

### 3.3. Hasta Hakları Uygulamaları ve Hasta Memnuniyeti Boyutu

Hasta memnuniyeti, hastaların tedavilerine uyma isteklerini belirleyen ve kaliteli bakımın etkin olması noktasında önemli bir rol üstlenen sağlıkta bakım kalitesinin hasta tarafından algılanmasıdır. Hasta memnuniyeti, hastaların aldıkları hizmetten fayda alma yönündeki beklentileri, katlanmak zorunda oldukları külfetler, hizmetten bekledikleri performans, hizmetin kendilerine nasıl sunulduğu ve bunun sosyo-kültürel değerlerine ne kadar uygun olduğuyula ilişkili olan bir kavramdır. Hasta memnuniyetinin sağlanması sağlık hizmeti sunan personellerin hasta haklarına uymalarının hastalar tarafından algılanma düzeyine bağlıdır. Hastalar haklarına uyulduğuna inandıklarında bu durum hasta tatminini arttırmakta ve hastanın tedaviye uyum sağlama sürecini de arttırmaktadır (Aşkar, 2006: 89).

Sağlık kurumlarında çalışan personellerin hastalara yeterince vakit ayırmaları, ilgi göstermeleri, arkadaşça bir tavır sergilemeleri, samimi ve güler yüzlü olmaları, yeterince bilgilendirmeleri, gizlilik, özen gibi davranışlara dikkat etmeleri halinde hastaların hasta hakları farkındalıkları olumlu yönde etkilenmektedir (Tanrıverdi ve Özmen, 2011: 87).

Hasta haklarının gözetilmesine ve hasta ile hastanenin memnuniyetine olan ilişkisine göre, hasta memnuniyetini arttırmak ve onlara hizmet sunumunu ivilestirmek için, hastanın haklarına uygunluk gereklidir. Hastaların haklarına uyumu arttırmanın ana stratejilerinden biri de hasta hakları sözleşmesiyle ilgili farkındalıklarını arttırmaktır (Farzenpaur vd., 2016: 7).

Bu çalışmada hasta haklarının hasta memnuniyetine etkisi incelenmiştir. Literatürde bu konu ile ilgili çok az çalışma mevcuttur. Bu çalışma konusuna en yakın olan çalışmalara aşağıda yer verilmiştir.

Tanrıverdi ve Özmen (2011)'nin yapmış olduğu "Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyeti'ne Etkisi" adlı çalışmada Erzurum ilinde bulunan 87 sağlık çalışanı ve 250 yatan 250 ayaktan olmak üzere toplam 500 hastaya anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; sağlık çalışanlarının 38'i hasta haklarıyla ilgili bir sorunla karşılaşırken, 49'u bu sorunla karşılaşmamıştır. Sağlık personellerinin % 43'ü hasta haklarıyla ilgili bir sorunla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Ayaktan tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyinin % 96 olduğu, yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeyinin ise % 92 olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık personelinin hasta hakları farkındalığıyla ilgili bilgi düzeyinin %89 olduğu ve buna ilişkin bilgi düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür.

Ataç vd. (2003)'nin yapmış oldukları "TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin İtranet Üzerinden Araştırılması" adlı çalışmada Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) sağlık kurumlarından yararlanan 1206 kişiye anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda; ankete katılan kişilerin % 72,6'sının aldıkları hizmetten genel olarak memnun oldukları, hasta hakları kapsamında değerlendirildiğinde ankete katılanların %10,8'inin kendilerine saygılı davranılmadığı, sağlık personelinin kurdukları iletişimden %36,2'sinin hiç memnun olmadıkları, %22'sinin tedavileriyle ilgili kararlara katılmadıkları, %26,4'ünün tanı ve tedaviye başlamadan önce izinlerinin alınmadığı, % 6,2'sinin sırlarının hiç saklanmadığı, genel olarak mahremiyetlerine saygı gösterilmediğini düşünenlerin oranının ise % 13,4 olduğu saptanmıştır.



Farzianpour vd. (2016) Tahran Tıp Bilimleri Üniversitesi Jinekolojik Hastanelerinde bulunan 304 hastaya hasta hakları sözleşmesi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla anket uygulamışlardır. Çalışma sonucunda: “bakım kalitesi” (Ortalama  $\pm$  SD:  $9.65 \pm 2.62$ ), “suçlamaları ve sikâvet etme hakkını bilmek” (Ortalama  $\pm$  SD:  $6.00 \pm 2.5$ ), “hastanede hastaların sikâvetlerini ele almak için aktif bir sistemin varlığı ve hastaya hizmet veren kişi tarafından yanlış durumda olanlara hizmet verilmesi sırasında meydana gelen hatanın açıklanması” ( $7.5 \pm 2.62$ ) en düşük puan olarak bulunmuştur. Hekimlerin hizmetleri ve beslenme hizmetleri konusunda sırasıyla en yüksek ve en düşük memnuniyete sahip olduğu saptanmıştır ( $19.4 \pm 4.25$ ;  $20.77 \pm 4.39$ ). Hemşirelik bakımı ile kabul edilen hastaların ortalama memnuniyet puanının ( $24,5 \pm 6,2$ ) olduğu görülmüştür.

#### 4. HASTA HAKLARI UYGULAMALARININ HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ: KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE BİR ARAŞTIRMA

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın modeli, evren ve örnekleme, veri toplama aracı, verilerin toplanması ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

##### 4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın amacı, hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının görüşlerine göre hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesidir. Ayrıca hasta hakları uygulamaları ve hasta memnuniyetinin hastane türüne (kamu ve özel) göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak da amaçlardan biridir. Çalışmada ayrıca hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişki incelenecek olup, hasta hakları uygulamalarının ne kadarının hasta memnuniyeti ile açıklandığı tespit edilmeye çalışılacaktır.

Sağlık sektöründe hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisi ile ilgili yapılan çalışmaların literatürde çok az olması ve bu konunun çoğunlukla sağlık personelleri açısından incelenmesi, hasta ve yakınları açısından bu konunun çok fazla ele alınmaması detaylı bir şekilde incelenen bu çalışmanın önemini arttırmaktadır. Bu bağlamda bu çalışma hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının hasta hakları uygulamasının boyutlarını, en fazla hangi haklarının göz ardı edildiğini ifade etmeleri ve bunun hasta memnuniyetine etkisinin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmanın hastane işletmelerindeki hasta hakları uygulamalarına ilişkin sonuçların ve hangi konuda eksiklik yaşandığının öğrenilmesi ve diğer kurumlara yol göstermesi açısından da önem taşıdığı söylenebilir.

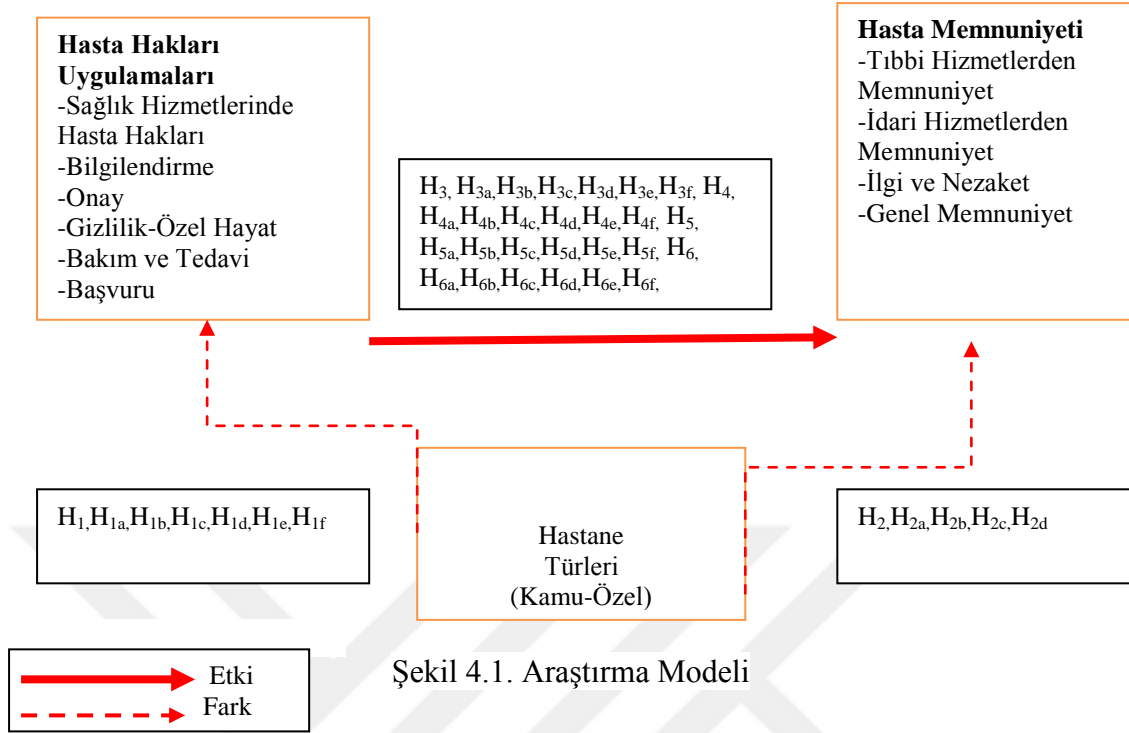
##### 4.2. Araştırma Modeli ve Hipotezleri

Bu çalışma, kamu ve özel hastanelerde tedavi gören hasta ve yakınlarının, görüşlerine göre kurumdaki hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisini belirlemeye yönelik genel tarama türünden betimsel nitelikte bir çalışmadır.

Betimsel çalışmalar olayların betimlenmesi ile başlamaktadır (Kaptan, 1998: 59). Betimsel çalışmalar belirli bir ilişki durumunu tanımlar. Betimsel yöntem bir konudaki mevcut olan durumu araştırmak ve belirlemektir (Gurbetoğlu, 2015: 19).

Tarama modelleri, geçmişte veya halen var olan bir durumu var olduğu şekilde betimleme amaçlı bir araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan birey, olay veya nesne, kendi koşulları içerisinde olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme davranışı gösterilmez (Karasar, 2002: 77).

Araştırmada kullanılan genel tarama modeli: “çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir varsayım yapmak amacıyla evrenin tümü ve da ondan alınacak bir grup örnek ve da örneklem üzerinden yapılan tarama düzenlemeleridir”. Bu tarama, izleme ve da kesit alma yaklaşımıyla yapılır. İzleme yaklaşımı zamansal bir gelişim ve da değişimi belirlemek istenen değişkeni aynı eleman ve da birimler üzerinde belli bir başlangıç noktasından alınarak sürekli ve da belli aralıklarla gözlemlemeyi içerir. Derin ve geniş anlamda kapsamlı bir şekilde gözlem yapılmak istendiği zaman bu yöntem özellikle kullanılabilir bir yaklaşımdır (Karasar, 2002: 83). Hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisini belirlemeye yönelik geliştirilen betimsel tipteki araştırma modeli aşağıda sunulmuştur (Şekil 4.1). Araştırmanın amacı doğrultusunda geliştirilen hipotezler de aşağıda verilmiştir.



H<sub>1</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>1a</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>1b</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>1c</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>1d</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>1e</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>1f</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2</sub>. Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği boyutları hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2a</sub>. Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği tıbbi hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2b</sub>. Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği idari hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2c</sub>. Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği ilgi ve nezaket boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>2d</sub>. Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği genel memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.

H<sub>3</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.

H<sub>3a</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.

H<sub>3b</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.

- H<sub>3a</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>3d</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>3e</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>3f</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4a</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4b</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4c</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4d</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4e</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>4f</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5a</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5b</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5c</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5d</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5e</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>5f</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6a</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6b</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6c</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6d</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6e</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.
- H<sub>6f</sub>. Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.

### 4.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın hedef kitlesini kamu ve özel hastanelerde tedavi gören hasta ve yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın evreni bir kamu ve bir özel hastanede tedavi gören hasta ve yakınları olarak belirlenmiştir. Kamu hastanesi olarak Hatay ilindeki

Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, özel hastane olarak Özel Antakya Akademi Hastanesi secilmiştir. Bu kapsamda anket soruları tesadüfi olarak secilen hastalara araştırmacı tarafından dağıtılmış ve vine araştırmacı tarafından toplanmıştır. Secilen kamu ve özel hastaneden toplanan anketlerden 120'ser tane kullanılabilir anket toplanmıştır. Toplamda 240 kullanılabilir anket formu elde edilmiştir.

#### 4.4. Veri Toplama Aracı

Araştırmada anket yöntemi kullanılmıştır. Anket üç formdan oluşmaktadır. Birinci formda katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini içeren kişisel bilgi formu, ikinci formda hastanedeki hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşlerin belirlenmesine yönelik hasta ve yakınlarına uygulanan ölçek, üçüncü formda ise hastaların hizmetlerden memnuniyetlerini belirlemeye yönelik hasta memnuniyeti ölçeği bulunmaktadır.

Anketin ikinci formunda kullanılan hasta ve yakınlarına uygulanan ölçek, katılımcıların hastanedeki hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşlerinin belirlenmesi için Aşkar (2006)'ın çalışmasından alınmıştır. Toygar vd., (2015) tarafından da ölçeğin güvenirlik analizi yapılmış ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Hasta ve hasta yakınlarına uygulanan 40 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ölçek besli Likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçek alt boyutları; sağlık hizmetlerinde hasta hakları (6 madde), bilgilendirme (9 madde), onay (3 madde), gizlilik-özel hayat (6 madde), bakım ve tedavi (12 madde) ve başvuru (4 madde) şeklindedir. Ölçekte her bir madde için yer alan Likert tipi beş ölçekli cevap skalası bulunmaktadır. Bu skala; "(1) Kesinlikle Katılmıyorum", "(2) Kısmen Katılmıyorum", "(3) Fikrim Yok", "(4) Kısmen Katılıyorum", "(5) Kesinlikle Katılıyorum" şeklindedir.

Anketin üçüncü formunda kullanılan katılımcıların hastanedeki hizmetlerden memnuniyet durumlarını ölçmeye yönelik uygulanan ölçek, Erdem vd.(2008) çalışmasının yazarlarından Erdem tarafından geliştirilmiştir. Hasta memnuniyeti ölçeği 15 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır ve besli Likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçek alt boyutları; tıbbi hizmetlerden memnuniyet (3 madde), idari hizmetlerden memnuniyet (6 madde), ilgi ve nezaket (5 madde) ve genel memnuniyet (15 madde) şeklindedir. Ölçekte her bir madde için yer alan Likert tipi beş ölçekli cevap skalası bulunmaktadır. Bu skala; "(1) Hiç Memnun Değilim", "(2) Memnun Değilim", "(3) Kararsızım", "(4) Memnunum", "(5) Çok Memnunum" şeklindedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Erdem vd. (2008) çalışmasının sonucunda ölçeğin tıbbi hizmetlerden memnuniyet alt boyutu için 0,72, idari hizmetlerden memnuniyet alt boyutunda 0,82, ilgi ve nezaket alt boyutunda 0,65 ve genel memnuniyet alt boyutunda ise 0,90 olarak hesaplandığı görülmüştür.

Çalışmada güvenirliği test etmek için güvenirlik analizi yapılmıştır. Güvenirlik, cevaplayıcıların testteki maddelere verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılıktır. Test ile ölçülmek istenen özelliğin ne derece doğru ölçüldüğünün göstergesidir. Alfa katsayısına göre bulunabilecek olan aralıklar ve buna bağlı olarak ölçeğin güvenirlik durumu şu şekildedir (Karaman, 2018: 40).

$0,00 \leq \alpha \leq 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha \leq 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir,

$0,60 \leq \alpha \leq 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilir,dir,

$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir,dir.

**Tablo 4.1. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğin Alt Boyutları ve Cronbach-Alfa Değerleri**

Boyutlar	Boyutlarla İlgili Maddeler	Cronbach-Alpha Katsayıları
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	5-12-19-22-23-31	0,74
Bilgilendirme	1-9-15-16-17-24-25-26-27	0,78
Onay	2-3-28	0,64
Gizlilik- Özel Hayat	4-10-11-18-29-30	0,68
Bakım ve Tedavi	6-7-8-13-14-20-21-32-33-34-35-36	0,77
Başvuru	37-38-39-40	0,80
Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek	1-40	0,91

Hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşlerinin belirlenmesi için hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach-Alpha katsayıları hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 4.1’de verilmiştir. Elde edilen verilere göre; “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları” boyutunda 0,74, “Bilgilendirme” boyutunda 0,78, “Onay” boyutunda 0,64, “Gizlilik-Özel Hayat” boyutunda 0,68, “Bakım ve Tedavi” boyutunda 0,77, “Başvuru” boyutunda 0,80 ve genel hasta hakları uygulamaları için toplam ortalama değer 0,91 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Alt Boyutları ve Cronbach-Alfa Değerleri**

Boyutlar	Boyutlarla İlgili Maddeler	Cronbach-Alpha Katsayıları
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	6-8-14	0,69
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	1-7-9-10-11-13	0,77
İlgi ve Nezaket	2-3-4-5-12	0,82
Genel Memnuniyet	1-15	0,90

Hastaların hizmetten memnuniyetlerini belirlemeye yönelik uygulanan ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için Cronbach-Alpha katsayıları hesaplanmış ve sonuçlar Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Elde edilen verilere göre; “Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet” boyutunda 0.69, “İdari Hizmetlerden Memnuniyet” boyutunda 0.77, “İlgi ve Nezaket” boyutunda 0.82 ve “Genel Memnuniyet” ise 0.90 olarak bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları oldukça güvenilir ve yüksek derecede güvenilir olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.3. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğin Faktör Yükleri**

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,876
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4285,808
	Df	780
	Sig.	,000

Hasta hakları uygulamalarına yönelik görüşlerinin belirlenmesi için hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin katılımcı gruba olan uygunluğunu ölçmek için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda elde edilen sonuçlar yukarıda ver alan Tablo 4.3’te sunulmuştur. Faktör analizi sonucunda elde edilen KMO değeri ,876 olarak bulunmuştur. Elde edilen değer 0.60’ın üstünde olması kabul edilebilir bir seviyede olduğunu ve faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir. KMO ve Bartlett’s

testi sonucunda elde edilen değerler, araştırma grubu ile önermelerin uyumlu olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.4. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğe İlişkin Açıklanan Toplam Varyans**

Açıklanan Toplam Varyans						
Bileşen	Açıklanan Toplam Varyans			Açıklanan Toplam Varyans		
	Toplam	Varyansın yüzdesi	Toplam %	Toplam	Varyansın yüzdesi	Toplam %
1	10,370	25,925	25,925	10,370	25,925	25,925
2	4,086	10,216	36,141	4,086	10,216	36,141
3	2,144	5,360	41,501	2,144	5,360	41,501
4	1,578	3,946	45,447	1,578	3,946	45,447
5	1,520	3,799	49,246	1,520	3,799	49,246
6	1,352	3,380	52,626	1,352	3,380	52,626
7	1,177	2,942	55,568			
8	1,090	2,726	58,294			
9	1,061	2,652	60,946			
10	1,029	2,572	63,518			
11	1,013	2,532	66,050			
12	,898	2,246	68,296			
13	,880	2,200	70,496			
14	,802	2,004	72,500			
15	,776	1,939	74,440			
16	,757	1,892	76,331			
17	,708	1,769	78,100			
18	,647	1,618	79,718			
19	,599	1,497	81,215			
20	,568	1,421	82,636			
21	,530	1,324	83,960			
22	,525	1,312	85,271			
23	,506	1,265	86,537			
24	,495	1,239	87,775			
25	,473	1,183	88,958			
26	,424	1,059	90,018			
27	,399	,996	91,014			
28	,378	,946	91,960			
29	,352	,880	92,840			
30	,347	,868	93,708			
31	,320	,801	94,509			
32	,316	,790	95,300			
33	,289	,723	96,023			
34	,270	,675	96,697			
35	,261	,652	97,349			
36	,252	,631	97,980			
37	,229	,573	98,553			
38	,219	,548	99,102			
39	,185	,463	99,565			
40	,174	,435	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Yukarıda Tablo 4.4'te araştırmada kullanılan hasta hakları uygulamalarına yönelik hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin araştırmayı kapsama oranının incelenmesi için yapılan varyans analizi sonuçları gösterilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucuna göre; hasta hakları uygulamalarına yönelik hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin ilgili kısmın % 52,62'sini temsil ettiği görülmüştür.

**Tablo 4.5. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Faktör Yükleri**

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,902
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1804,991
	Df	105
	Sig.	,000

Hasta memnuniyeti ölçeğinin katılımcı gruba olan uygunluğunu ölçmek için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda elde edilen sonuçlar yukarıda yer alan Tablo 4.5'te sunulmuştur. Faktör analizi sonucunda elde edilen KMO değeri ,902 olarak bulunmuştur. Elde edilen değer 0.60'ın üstünde olması kabul edilebilir bir seviyede olduğunu ve faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir. KMO ve Bartlett's testi sonucunda elde edilen değerler, araştırma grubu ile önermelerin uyumlu olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.6. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine İlişkin Açıklanan Toplam Varyans**

Açıklanan Toplam Varyans						
Bileşen	Açıklanan Toplam Varyans			Açıklanan Toplam Varyans		
	Toplam	Varyansın yüzdesi	Toplam %	Toplam	Varyansın yüzdesi	Toplam %
1	6,872	45,814	45,814	6,872	45,814	45,814
2	1,348	8,989	54,803	1,348	8,989	54,803
3	,978	6,517	61,321	,978	6,517	61,321
4	,910	6,067	67,388	,910	6,067	67,388
5	,789	5,259	72,647			
6	,637	4,246	76,893			
7	,595	3,968	80,861			
8	,539	3,595	84,456			
9	,464	3,092	87,547			
10	,426	2,840	90,387			
11	,410	2,733	93,121			
12	,338	2,254	95,375			
13	,273	1,822	97,197			
14	,233	1,555	98,751			
15	,187	1,249	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Yukarıda Tablo 4.6'da araştırmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinin araştırmayı kapsama oranının incelenmesi için yapılan varyans analizi sonuçları gösterilmiştir. Yapılan varyans analizi sonucuna göre; hasta memnuniyeti ölçeğinin ilgili kısmın % 67,38'ini temsil ettiği görülmüştür.

#### 4.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanışı

Veriler birebir görüşme yöntemi yoluyla elde edilmiştir. Verilerin toplanmasında hastanelerden gerekli uygulama izinleri alındıktan sonra hasta ve yakınlarına araştırmanın detayları ile ilgili bilgi verilip 26.03.2018- 25.05.2018



arasında toplanmıştır. Araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmıştır.

#### 4.6. Verilerin Analiz Edilmesi ve Çözülmesi

Araştırma sonucunda verilerin SPSS 24.0 paket programına girişi yapıldıktan sonra parametrik ve non parametrik testlerin hangisinin uygulanacağına karar vermek amacıyla normal dağılım analizi yapılmıştır. Normallik testi sonucunda verilerin değerlerinin skewness ve kurtosis (çarpıklık ve basıklık) değişkenlerinin (-2) ile (+2) arasında değer aldıkları görülmüştür. Değişkenler (-2) ile (+2) arasında değer aldıklarından ötürü verilerin normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (George & Mallery, 2010). Araştırmada elde edilen veriler normal dağıldığı için parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. İki farklı bağımsız değişken için bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, üç veya daha fazla değişkenlere yönelik yapılan anova testi sonucunda gruplar arası farklılığı belirlemek için pos hoc tukey testi, hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti ölçeğinin arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearson korelasyon analizi ve hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla basit ve çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

#### 4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Araştırmanın varsayımları;

1. Araştırmanın amacına ulaşması için verilerin toplanmasında kullanılan ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir.
2. Ölçekler gönüllü kişilere uygulanmıştır ve katılımcıların objektif ve samimi bir şekilde soruları yanıtladıkları varsayılmıştır.
3. Araştırma, hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetini olumlu etkilediği varsayımı üzerinden hareket edilerek yapılmıştır.
4. Araştırma kapsamında değişkenler arası ilişkilerin, araştırılmak istenilen ilişkileri açıkladığı varsayılmaktadır.

Araştırmanın sınırlılıkları ise;

1. Araştırma Hatay ilinde bulunan bir kamu hastanesi ve bir özel hastanede tedavi gören hasta ve yakınlarının verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Hem Hatay ilindeki bütün hastaneleri kapsamaması hem de Türkiye genelindeki tüm hastaları içermemesi açısından sonuçlar tüm hastaneler ve hastaların tamamına genellenemez.
2. Araştırmada elde edilen veriler kullanılan ölçekteki sorularla sınırlıdır.
3. Verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemler ile sınırlıdır.

#### 4.8. Verilerin Normallik Testinin İncelenmesi

Hasta hakları uygulamalarına yönelik hasta ve yakınlarına uygulanan ölçek ve hasta memnuniyeti ölçeğinin normallik testi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki Tablo 4.7'de verilmiştir. Normallik testi sonucunda çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri Tablo 4.7'de incelendiğinde; hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin (Skewness= -0,452; Kurtosis= 0,129), sağlık hizmetlerinde hasta hakları (Skewness= -1,079; Kurtosis= 0,816), bilgilendirme (Skewness= -0,827; Kurtosis= 0,724), onay (Skewness= -1,490; Kurtosis= 1,942), gizlilik-özel hayat (Skewness= -0,525; Kurtosis= -0,189), bakım ve tedavi (Skewness= -0,794; Kurtosis= 0,513) ve başvuru alt boyutlarında (Skewness= 0,405; Kurtosis= -0,927) değer aldıkları görülmektedir. Hastaların hizmetten memnuniyetlerini ölçmek için kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinin normallik testi incelendiğinde; çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin tıbbi hizmetlerden memnuniyet (Skewness= -0,293; Kurtosis= 0,163), idari hizmetlerden memnuniyet (-0,266; Kurtosis= -0,436) ve ilgi nezaket

(Skewness= -0,959; Kurtosis= 1,519) ve genel memnuniyet (Skewness= -0,418; Kurtosis= 0,299) boyutlarında değer aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Skewness ve Kurtosis değerleri -2 ile +2 arasında değer aldığı için değişkenlerin normal dağılım gösterdiği varsayılmıştır (George ve Mallery, 2010). Bu sebepten ötürü parametrik test yöntemleri kullanılmıştır.

**Tablo 4.7. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Hasta Memnuniyeti Ölçeği Boyutları Normallik Testi Analizi**

	Skewness	Kurtosis	Min-mak	Median	Variance	Std.Deviation
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	-1,079	0,816	1,83-5,00	4,33	0,46	0,68
Bilgilendirme	-0,827	0,724	1,44-5,00	4,11	0,48	0,69
Onay	-1,490	1,942	2,67-5,00	5,00	0,29	0,53
Gizlilik-Özel Hayat	-0,525	-0,189	2,33-5,00	4,33	0,30	0,55
Bakım ve Tedavi	-0,794	0,513	2,58-5,00	4,25	0,27	0,51
Başvuru	0,405	-0,927	1,25-5,00	3,00	0,88	0,93
Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek	-0,452	0,129	2,48-5,00	4,15	0,24	0,49
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	-0,293	0,163	1,67-5,00	4,00	0,44	0,66
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	-0,266	-0,436	1,83-5,00	3,83	0,55	0,74
İlgi ve Nezaket	-0,959	1,519	1,80-5,00	4,20	0,39	0,63
Genel Memnuniyet	-0,418	0,299	2,13-5,00	3,93	0,38	0,61

## 5. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde verilerin analiz edilmesi ve çözümlenmesi sonucunda elde edilen bulgular ve bu bulguların yorumları yer almaktadır.

### 5.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular aşağıdaki Tablo 5.1'de verilmektedir. Araştırmaya dâhil olan katılımcıların % 62,5'i kadın (n=150) %37,5'i erkektir (n=90). Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında; % 32,1'i 20-30 yaş aralığında (n=77), % 29,6'sı 31-40 yaş aralığında (n=71), %20,4'ü 41-50 yaş aralığında (n=49), % 17,9'u ise 51 yaş ve üzerindedir (n=43). Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde; % 79,6'sı evli (n=191) ve % 20,4'ü ise bekârdır (n=49). Araştırma kapsamında katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; % 6,3'ü okur-yazar (n=15), % 42,5'i ilköğretim mezunu (n=102), %22,5'i lise mezunu (n=54), %26,3'ü üniversite mezunu (n=63), % 2,5'i ise lisansüstü (n=6) mezunudur. Katılımcıların % 9,2'sinin sosyal güvenceye sahip olmadıkları (n=22), % 85,4'ünün Devlet (SGK) kapsamında oldukları (n=205), % 5,4'ünün ise özel sigortaya (n=13) sahip oldukları saptanmıştır.

**Tablo 5.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri**

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	150	62,5
	Erkek	90	37,5
	Toplam	240	100,0
<b>Yaş</b>	20-30	77	32,1
	31-40	71	29,6
	41-50	49	20,4
	51 ve üstü	43	17,9
	Toplam	240	100,0
<b>Medeni Durum</b>	Evli	191	79,6
	Bekâr	49	20,4
	Toplam	240	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>	Okur-Yazar	15	6,3
	İlköğretim	102	42,5
	Lise	54	22,5
	Üniversite	63	26,3
	Lisansüstü	6	2,5
	Toplam	240	100,0
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>	Yok	22	9,2
	Devlet (SGK)	205	85,4
	Özel	13	5,4
	Toplam	240	100,0

### 5.2. Demografik Özelliklere Göre Hastane Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların hastane türlerine ilişkin sosyo-demografik özellikleri Tablo 5.2'de sunulmuştur. Tablo 5.2'ye göre; kamu hastanesinden araştırmaya dâhil olan katılımcıların % 61,7'si kadın (n=74), % 38,3'ü (n=46) erkektir. Özel hastaneden araştırmaya dâhil olan katılımcıların ise % 63,3'ü kadın (n=76), % 36,7'si (n=44) erkektir. Katılımcıların yaş dağılımına bakıldığında; kamu hastanesi için % 24,2'si 20-30 yaş aralığında (n=29), % 23,3'ü 31-40 yaş aralığında (n=28), % 23,3'ü 41-50 yaş aralığında (n=28), % 29,2'si 51 yaş ve üzerindedir (n=35). Özel hastane ele alındığında; % 40'ı 20-30 yaş aralığında (n=48), % 35,8'i 31-40 yaş aralığında (n=43), % 17,5'i 41-50 yaş aralığında (n=21), % 6,7'si ise 51 yaş ve üzerindedir (n=8). Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında; kamu hastanesinde katılımcıların

%81,7'si evli (n=98), % 18,3'ü bekârdır (n=22). Özel hastanede ise % 77,5'i evli (n=93), % 22,5'i bekârdır (n=27). Kamu hastanesindeki katılımcıların % 8,3'ü okur-yazar (n=10), % 51,7'si ilköğretim (n=62), % 21,7'si lise (n=26), % 15,8'ü üniversite (n=19), % 2,5'i lisansüstü (n=3) mezundur. Özel hastanede katılımcılara bakıldığında: % 4,2'si okur-yazar (n=5), % 33,3'ü ilköğretim (n=40), % 23,3'ü lise (n=28), % 36,7'si üniversite (n=44), % 2,5'i lisansüstü (n=3) mezundur. Kamu hastanesindeki katılımcıların % 7,5'i sosyal güvenceye sahip olmadıklarını (n=9), % 90,8'i Devlet (SGK) kapsamında olduklarını (n=109), % 1,7'si özel sigorta kapsamında olduklarını (n=2) belirtmişlerdir. Özel hastanede katılımcıların ise % 10,8'i sosyal güvenceye sahip olmadıklarını (n=13), % 80'i Devlet (SGK) kapsamında olduklarını (n=98), % 9,2'si ise özel sigortaya sahip olduklarını (n=11) ifade etmişlerdir.

**Tablo 5.2. Hastane Türlerine Göre Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri**

	Kamu Hastanesi		Özel Hastane	
	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	74	61,7	76	63,3
Erkek	46	38,3	44	36,7
Toplam	120	100,0	120	100,0
<b>Yaş</b>				
20-30	29	24,2	48	40,0
31-40	28	23,3	43	35,8
41-50	28	23,3	21	17,5
51 ve üstü	35	29,2	8	6,7
Toplam	120	100,0	120	100,0
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	98	81,7	93	77,5
Bekâr	22	18,3	27	22,5
Toplam	120	100,0	120	100,0
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okur-Yazar	10	8,3	5	4,2
İlköğretim	62	51,7	40	33,3
Lise	26	21,7	28	23,3
Üniversite	19	15,8	44	36,7
Lisansüstü	3	2,5	3	2,5
Toplam	120	100,0	120	100,0
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>				
Yok	9	7,5	13	10,8
Devlet (SGK)	109	90,8	96	80,0
Özel	2	1,7	11	9,2
Toplam	120	100,0	120	100,0

### 5.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Verilen Yanıtların Dağılım İstatistikleri

Araştırmanın bu bölümünde hasta hakları uygulamaları ve hasta memnuniyeti ölçeklerinde maddelere verilen puanların dağılımlarına yer verilmektedir.

### 5.3.1. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğe Verilen Yanıtların Dağılımı

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına yönelik verilen yanıtların dağılımına bu bölümde yer verilmiştir. Katılımcıların ölçekte yer alan ifadelere verdikleri cevapların puan ortalamaları, kişilerin sayısı ve yüzdelik olarak gösterimleri Tablo 5.3'te sunulmuştur. Hasta ve yakınlarına uygulanan ölçek incelendiğinde en yüksek ( $\bar{X}=4,69$ ) puan ortalaması ile "Hastanede istediğim doktora muayene ve tedavi olabilmekteyim" ifadesinin olduğu tespit edilmiştir. Bu ifadeye katılımcıların % 79,6'sı "kesinlikle katılıyorum" yanıtını vermişlerdir. En düşük puan ortalaması ise ( $\bar{X}=2,70$ ) ile "Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur" ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların % 19,2'si "kesinlikle katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 5.3. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçeğe Verilen Yanıtların Dağılımı**

İfadeler		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Fikrim yok	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ort
1. Doktorlar, her istediğimde hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında bilgi vermektedirler.	N %	10 4,2	12 5,0	4 1,7	61 25,4	153 63,8	4,39
2. Doktorlar, hastanın izni ile ancak tıbbi teşhis tedavi ve bakım ve hasta üzerinde araştırma yapmaktadırlar.	N %	2 ,8	4 1,7	24 10,0	48 20,0	162 67,5	4,51
3. Doktorlar hasta ve hasta yakınının rızası alınmadan müdahalede bulunmamaktadır.	N %	2 ,8	0 ,0	8 3,3	53 22,1	177 73,8	4,67
4. Doktorlar benim istemediğim bilgilerin başkasına söylenmemesi hususunda azami dikkat göstermektedirler.	N %	2 ,8	6 2,5	60 25,0	52 21,7	120 50,0	4,17
5. Doktorlar, bakım ve tedavi hususunda hasta ayırımı yapmadan gerekeni yapmaktadırlar.	N %	14 5,8	11 4,6	23 9,6	54 22,5	138 57,5	4,21
6. Hastanede istediğim doktora muayene ve tedavi olabilmekteyim.	N %	5 2,1	3 1,3	3 1,3	38 15,8	191 79,6	4,69
7. Doktorlar, tedavi ve bakım konusunda gereken dikkati ve özeni göstermektedirler.	N %	4 1,7	13 5,4	6 2,5	60 25,0	157 65,4	4,47
8. Hastanede kaldığım süre içerisinde doktorlar tarafından gereken saygıyı gördüğüme ve kültür ve değerlerime uygun davranıldığına inanıyorum.	N %	7 2,9	8 3,3	9 3,8	54 22,5	162 67,5	4,48
9. Hemşireler, her istediğimde hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında bilgi vermektedirler.	N %	13 5,4	5 2,1	14 5,8	80 33,3	128 53,3	4,27
10. Hemşireler, benim istemediğim bilgilerin başkasına söylenmemesi hususunda azami dikkat göstermektedirler.	N %	2 ,8	3 1,3	78 32,5	57 23,8	100 41,7	4,04
11. Hemşireler yapacağı tıbbi girişimlerde özel hayatıma gereken saygıyı göstermektedirler.	N %	0 ,0	9 3,8	20 8,3	69 28,8	142 59,2	4,43
12. Hemşireler, bakım ve tedavi hususunda hasta ayırımı yapmadan gerekeni yapmaktadırlar.	N %	8 3,3	4 1,7	19 7,9	69 27,9	142 59,2	4,37

13. Hemşireler, hemşirelik hizmetleri sunumu esnasında gayet saygılı, nezaketli ve yardımsever davranmaktadırlar.	N %	5 2,1	13 5,4	12 5,0	69 28,8	141 58,8	4,36
14. Hemşirelik hizmetlerinden memnun kalmadığım hemşirenin değiştirilmesini talep ettiğimde tercihime saygı duyulmaktadır.	N %	7 2,9	5 2,1	138 57,5	33 13,8	57 23,8	3,53
15. Servis hemşirelerinin karşılamaları, oda, yapılacak işlemler, çağrı sistemi ve merak ettiklerim konusunda gösterdikleri ilgi ve bilgilendirme memnuniyet vericidir.	N %	50 20,8	5 2,1	31 12,9	55 22,9	99 41,3	3,61
16. Hemşirelerin, uygulanan tetkikler, ilaçlar, hastalığım ve tedavisi hakkında sürekli beni ve yakınlarımı bilgilendirmeleri memnuniyet vericidir.	N %	15 6,3	10 4,2	19 7,9	63 26,3	133 55,4	4,20
17. Personel, kendisine sorulan sorulara ve istenilen yardımlara saygı ve nezaket kuralları içerisinde karşılık vermektedir.	N %	7 2,9	8 3,3	11 4,6	80 33,3	134 55,8	4,35
18. Hastane personeli yapacağı tıbbi girişimlerde özel hayatıma gereken saygıyı göstermektedir.	N %	7 2,9	4 1,7	19 7,9	69 28,8	141 58,8	4,38
19. Hastane personeli, bakım, tedavi ve diğer işlemlerde hasta ayırımı yapmadan gerekeni yapmaktadır.	N %	10 4,2	10 4,2	32 13,3	56 23,3	132 55,0	4,20
20. Hastane personeli, sağlık hizmetleri sunumu esnasında gayet saygılı, nezaketli ve yardımsever davranmaktadırlar.	N %	7 2,9	8 3,3	5 2,1	74 30,8	146 60,8	4,43
21. Hastane personeli, bakım, tedavi ve diğer işlemlerin sunumu esnasında dikkatli ve özenlidirler.	N %	1 ,4	12 5,0	10 4,2	89 37,1	128 53,3	4,37
22. Hastanede kaldığım süre içerisinde özel yaşamıma gereken saygı ve özen gösterilmiştir.	N %	1 ,4	7 2,9	19 7,9	65 27,1	148 61,7	4,46
23. Hastanede hasta ve yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilecekleri ortam ve imkânlar vardır.	N %	2 ,8	4 1,7	125 52,1	25 10,4	84 35,0	3,77
24. Hastanede kaldığım süre içerisinde hastane personeli benim istemediğim bilgileri başkasına söylenmemesi hususunda azami dikkat göstermektedirler.	N %	3 1,3	2 ,8	89 37,1	48 20,0	98 40,8	3,98
25. Hastanede kaldığım sürece hastalığım hakkında bana verilen bilgiler, benim anlayabileceğim bir şekilde tıbbi terimler en aza indirgenerek verilmektedir.	N %	6 2,5	9 3,8	18 7,5	64 26,7	143 59,6	4,37
26. Hastanede kaldığım süre içerisinde sağlık hizmeti aldığım personelin kimliğini ve mesleki kimliğini öğrenme hakkıma saygı duyulmuş ve gerekli açıklama yapılmıştır.	N %	6 2,5	7 2,9	78 32,5	58 24,2	91 37,9	3,92
27. Hastanede kaldığım süre içinde hastanede uymam gereken kurallar yapılması gereken rutin işlemler hakkında gereken bilgiler verilmiştir.	N %	60 25,0	5 2,1	24 10,0	56 23,3	95 39,6	3,50
28. Hastanede hastanın izni alınmadan tıbbi teşhis, tedavi ve bakım yapılmamaktadır.	N %	1 ,4	3 1,3	12 5,0	55 22,9	169 70,4	4,61
29. Hastanede hastalığım ve yapılan tedavi hakkında benim iznim olmadan kimseye açıklama yapılmamaktadır.	N %	4 1,7	2 ,8	30 12,5	59 24,6	145 60,4	4,41

30. Hastanede hastaya yapılan işlemler, hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında kayıtları istediğimde öğrenebiliyorum ve eğer istersem bir kopyasını da alabiliyorum.	N %	2 ,8	1 ,4	66 27,5	53 22,1	118 49,2	4,18
31. Hastanede hasta ayırımı yapılmadan herkese eşit sağlık hizmeti verilmektedir.	N %	10 4,2	17 7,1	26 10,8	54 22,5	133 55,4	4,17
32. Hastanede doktorumu veya hizmet aldığım diğer sağlık personelini değiştirmek istediğim zaman kararima saygi duyulmakta ve gereken yapılmaktadır.	N %	4 1,7	4 1,7	117 48,8	30 12,5	85 35,4	3,78
33. Hastanede kaldığım süre içerisinde gerekli saygıyı gördüğüme ve kültür ve değerlerime uygun davranıldığına inanıyorum.	N %	5 2,1	6 2,5	11 4,6	65 27,1	153 63,8	4,47
34. Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur.	N %	99 41,3	14 5,8	32 13,3	49 20,4	46 19,2	2,70
35. Hastanede ziyaretime gelen yakınlarım ve dostlarım rahatlıkla ziyaret edebilmektedirler.	N %	6 2,5	8 3,3	17 7,1	51 21,3	158 65,8	4,44
36. Hastanenin kendi kuralları çerçevesinde ve doktorumun izin vermesi halinde refakatçi bulundurabiliyorum.	N %	1 ,4	1 ,4	19 7,9	43 17,9	176 73,3	4,63
37. Hastanede bulunan hasta hakları birimine ne şekilde ve nasıl başvuracağım hakkında gerekli bilgiye sahibim.	N %	95 39,6	1 ,4	48 20,0	32 13,3	64 26,7	2,87
38. Hastanede hasta hakları birimi kolay ulaşılabilir bir yerde bulunmaktadır.	N %	7 2,9	2 ,8	128 53,3	42 17,5	61 25,4	3,61
39. Hastanede dilek, şikâyet ve herhangi bir müracaatı yapabileceğim kolaylıklar ve sistem mevcuttur.	N %	4 1,7	6 2,5	143 59,6	34 14,2	53 22,1	3,52
40. Yapmış olduğum şikâyet ve müracaatlar dikkate alınmaktadır.	N %	22 9,2	4 1,7	137 57,1	37 15,4	40 16,7	3,28

### 5.3.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı

Araştırma kapsamında yararlanılan hasta memnuniyeti ölçeğine verilen yanıtların dağılımı ve sorulara verilen cevapların puan ortalamalarına bu bölümde verilmektedir. Katılımcıların ölçekte ver alan ifadelere verdikleri cevapların puan ortalamaları, kişilerin sayısı ve yüzdelik olarak gösterimleri Tablo 5.4'te sunulmuştur. Hasta memnuniyeti ölçeği incelendiğinde en yüksek ( $\bar{X}=4,34$ ) puan ortalaması ile "Hekimlerin ilgisi ve nezaketinden" ifadesinin olduğu tespit edilmiştir. Bu ifadeye katılımcıların % 47,5'i "çok memnunum" yanıtını vermişlerdir. En düşük puan ortalaması ise ( $\bar{X}=3,42$ ) ile "Lavabo ve tuvalet hizmetlerinden" ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların % 20,8'i "kesinlikle katılıyorum" yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 5.4. Hasta Memnuniyeti Ölçeğine Verilen Yanıtların Dağılımı**

İfadeler		Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kararsızım	Memnunum	Çok Memnunum	Ort
1.Hastanedeki kabul, danışma ve bilgilendirme hizmetlerinden	N 8 % 3,3	8 3,3	30 12,5	136 56,7	58 24,2	3,95	
2.Hekimlerin ilgisi ve nezaketinden	N 2 % ,8	9 3,8	8 3,3	107 44,6	114 47,5	4,34	
3.Hekimlerin teşhis ve tedavi konusunda sizi bilgilendirmesinden	N 2 % ,8	9 3,8	15 6,3	111 46,3	103 42,9	4,26	
4.Hemşirelerin ilgisi ve nezaketinden	N 6 % 2,5	12 5,0	16 6,7	125 52,1	81 33,8	4,09	
5.Diğer personelin ilgi ve nezaketinden	N 4 % 1,7	15 6,3	23 9,6	135 56,3	63 26,3	3,99	
6.Verilen hizmetlerin hızından	N 11 % 4,6	28 11,7	37 15,4	114 47,5	50 20,8	3,68	
7.Hastanenin temizliğinden	N 21 % 8,8	27 11,3	31 12,9	98 40,8	63 26,3	3,64	
8.Laboratuvar hizmetlerinden	N 3 % 1,3	4 1,7	71 29,6	118 49,2	44 18,3	3,81	
9.Kantin ve kafeterya hizmetlerinden	N 14 % 5,8	19 7,9	43 17,9	124 51,7	40 16,7	3,65	
10.Beslenme hizmetlerinden	N 16 % 6,7	16 6,7	61 25,4	104 43,3	43 17,9	3,59	
11.Lavabo ve tuvalet hizmetlerinden	N 32 % 13,3	32 13,3	27 11,3	99 41,3	50 20,8	3,42	
12.Hasta mahremiyetine saygıdan	N 2 % ,8	6 2,5	18 7,5	150 62,5	64 26,7	4,11	
13.Evrak işlemlerinden	N 4 % 1,7	10 4,2	36 15,0	140 58,3	50 20,8	3,92	
14.Tahlil ve tetkiklerin güvenilirliğinden	N 0 % ,0	0 ,0	34 14,2	147 61,3	59 24,6	4,10	
15.Genel olarak hastaneden aldığım hizmetten	N 3 % 1,3	12 5,0	15 6,3	135 56,3	75 31,3	4,11	

**5.4. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Ortalaması İstatistikleri**

Araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin elde edilen puan ortalamaları Tablo 5.5'te incelendiğinde: hasta hakları uygulamalarına yönelik hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin puan ortalaması ( $\bar{X}=4,12\pm 0,49$ ) olarak tespit edilirken, ölçeğin alt boyutların puan ortalamaları ise, sağlık hizmetlerinde hasta hakları ( $\bar{X}=4,20\pm 0,68$ ), bilgilendirme ( $\bar{X}=4,06\pm 0,69$ ), onay ( $\bar{X}=4,60\pm 0,53$ ), gizlilik-özel hayat ( $\bar{X}=4,27\pm 0,55$ ), bakım ve tedavi ( $\bar{X}=4,20\pm 0,51$ ), başvuru alt boyutunda ( $\bar{X}=3,32\pm 0,93$ ) olarak belirlenmiştir.



**Tablo 5.5. Araştırma Ölçeklerine İlişkin Puan Ortalaması İstatistikleri**

	N	Mean	Std. Deviation
<b>Hasta Hakları Uygulamaları</b>	240	4,12	0,49
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	240	4,20	0,68
Bilgilendirme	240	4,06	0,69
Onay	240	4,60	0,53
Gizlilik-Özel Hayat	240	4,27	0,55
Bakım ve Tedavi	240	4,20	0,51
Başvuru	240	3,32	0,93
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	240	3,86	0,66
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	240	3,69	0,74
İlgi ve Nezaket	240	4,16	0,63
Genel Memnuniyet	240	3,91	0,61

Hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise, tıbbi hizmetlerden memnuniyet ( $\bar{X}=3,86\pm0,66$ ), idari hizmetlerden memnuniyet ( $\bar{X}=3,69\pm0,74$ ), ilgi ve nezaket ( $\bar{X}=4,16\pm0,63$ ) ve genel memnuniyet ( $\bar{X}=3,91\pm0,61$ ) boyutunda olarak tespit edilmiştir (Tablo 5.5).

### 5.5. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Demografik Değişkenler Açısından Elde Edilen Analiz Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına yönelik algılamalarına ilişkin farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına yer verilecektir.

#### 5.5.1. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik değişkenler ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin yapılan bağımsız örneklem t testi analiz sonuçlarına yer verilecektir. Bağımsız gruplar için kullanılan t testi analizi, iki gruba ait olan ortalamaların birbirinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan bir analiz yöntemidir (Akvıldız,2009). Katılımcıların cinsiyet ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarına yönelik yapılan t testi sonuçları Tablo 5.6'da gösterilmiştir.

**Tablo 5.6. Katılımcıların Cinsiyet İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait T Testi Analiz Sonuçları**

	Erkek (N=90)		Kadın (N=150)		T değeri	P değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
<b>Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları</b>	4,19	0,67	4,21	0,68	-0,211	0,833
<b>Bilgilendirme</b>	4,06	0,72	4,07	0,68	-0,048	0,962
<b>Onay</b>	4,61	0,52	4,59	0,54	0,319	0,750
<b>Gizlilik-Özel Hayat</b>	4,31	0,50	4,24	0,58	0,842	0,401
<b>Bakım ve Tedavi</b>	4,22	0,56	4,18	0,49	0,603	0,547
<b>Başvuru</b>	3,35	0,99	3,31	0,90	0,319	0,750

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.6'da incelendiğinde;

“Sağlık hizmetlerinde hasta hakları” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,19\pm0,67$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,21\pm0,68$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,211, p> 0,05$ ].

“Bilgilendirme” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,06\pm0,72$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,07\pm0,68$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,048, p> 0,05$ ].

“Onay” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,61\pm0,52$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,59\pm0,54$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,319, p> 0,05$ ].

“Gizlilik-özel hayat” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,31\pm0,50$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,24\pm0,58$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,842, p> 0,05$ ].

“Bakım ve tedavi” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,22\pm0,56$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,18\pm0,49$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,603, p> 0,05$ ].

“Başvuru” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,35\pm0,99$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,31\pm0,90$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,319, p> 0,05$ ] (Tablo 5.6).

Katılımcıların medeni durum ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarına yönelik yapılan t testi sonuçları Tablo 5.7’de gösterilmiştir.

**Tablo 5.7. Katılımcıların Medeni Durum İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait T Testi Analiz Sonuçları**

	Evli (N=191)		Bekâr (N=49)		T değeri	P değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	4,32	0,65	4,08	0,77	1,314	0,190
Bilgilendirme	4,05	0,68	4,11	0,73	-0,545	0,586
Onay	4,64	0,49	4,45	0,66	1,834	0,071
Gizlilik-Özel Hayat	4,29	0,52	4,20	0,64	1,014	0,312
Bakım ve Tedavi	4,21	0,51	4,14	0,54	0,873	0,383
Başvuru	3,30	0,94	3,40	0,91	-0,694	0,488

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.7’de incelendiğinde:

“Sağlık hizmetlerinde hasta hakları” boyutunda evli katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,32\pm0,65$ ) ile bekâr katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,08\pm0,77$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 1,314, p> 0,05$ ].

“Bilgilendirme” boyutunda evli katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,05\pm0,68$ ) ile bekâr katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,11\pm0,73$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,545, p> 0,05$ ].

“Onay” boyutunda evli katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,64\pm0,49$ ) ile bekâr katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,45\pm0,66$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 1,834, p> 0,05$ ].

“Gizlilik-özel hayat” boyutunda evli katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,29\pm0,52$ ) ile bekâr katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,20\pm0,64$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 1,014, p> 0,05$ ].

“Bakım ve tedavi” alt boyutunda evli katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,21\pm0,51$ ) ile bekâr katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,14\pm0,54$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,873, p> 0,05$ ].

“Başvuru” boyutunda evli katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,30\pm0,94$ ) ile bekâr katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,40\pm0,91$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,694, p> 0,05$ ] (Tablo 5.7).

Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye ilişkin yapılan t testi sonuçları Tablo 5.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 5.8. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarının Hastane Türüne Göre Farklılığına Ait T Testi Analiz Sonuçları**

	Kamu (N=120)		Özel (N=120)		T değeri	P değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	4,23	0,76	4,17	0,59	0,692	0,490
Bilgilendirme	3,91	0,79	4,22	0,54	-3,517	<b>0,001*</b>
Onay	4,77	0,36	4,43	0,62	5,169	<b>0,000*</b>
Gizlilik-Özel Hayat	4,29	0,58	4,25	0,52	0,582	0,561
Bakım ve Tedavi	4,13	0,54	4,26	0,48	-2,064	<b>0,040*</b>
Başvuru	3,11	0,94	3,53	0,89	-3,555	<b>0,000*</b>
Genel Hasta Hakları Uygulamaları	4,06	0,54	4,18	0,44	-1,746	0,082

\*P&lt;0,05

Hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının hastane türüne göre farklılığına ilişkin sonuçlar Tablo 5.8’de incelendiğinde:

“Genel hasta hakları uygulamaları” için kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,06\pm 0,54$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,18\pm 0,44$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır [t= -1,746, p>0,05]. H<sub>1</sub> “Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

“Sağlık hizmetlerinde hasta hakları” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,23\pm 0,76$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,17\pm 0,59$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [t= 0,692, p>0,05]. H<sub>1a</sub> “Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ölçeği sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

“Bilgilendirme” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,91\pm 0,79$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,22\pm 0,54$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [t= -3,517, p<0,05]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı saptanmıştır. H<sub>1b</sub> “Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ölçeği bilgilendirme alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

“Onay” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,77\pm 0,36$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,43\pm 0,62$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [t= 5,169, p< 0,05]. Kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalamasının özel hastanedeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı belirlenmiştir. H<sub>1c</sub> “Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ölçeği onay alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

“Gizlilik-özel hayat” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,29\pm 0,58$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,25\pm 0,52$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [t= 0,582, p> 0,05]. H<sub>1d</sub> “Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ölçeği gizlilik-özel hayat alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi reddedilmiştir.

“Bakım ve tedavi” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,13\pm 0,54$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,26\pm 0,48$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [t= -2,064, p< 0,05]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı saptanmıştır. H<sub>1e</sub> “Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ölçeği bakım ve tedavi alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

“Başvuru” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,11\pm0,94$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,53\pm0,89$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [ $t= -3,555, p< 0,05$ ]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı belirlenmiştir.  $H_{1f}$  “Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ölçeği başvuru alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5.9’da katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının hastane türüne göre farklılığına ait oluşturulan hipotezlerin kabul ve red durumları görsel olarak gösterilmiştir.

**Tablo 5.9. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarının Hastane Türüne Göre Farklılığına Ait Hipotez Sonuçları**

$H_{1f}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>RED</b>
$H_{1a}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>RED</b>
$H_{1b}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>
$H_{1c}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>
$H_{1d}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>RED</b>
$H_{1e}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>
$H_{1f}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>

### 5.5.2. Katılımcıların Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Tek Yönlü Varyans (Anova) Testi Analiz Sonuçları

Arastırmanın bu bölümünde sosyo-demografik değişkenlerden vas, eğitim ve sosyal güvence durumu ile araştırmada kullanılan hasta hakları uygulamaları ölçeği arasında yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi analiz sonuçlarına verilecektir. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) normal dağılımlı veride üç veya daha fazla bağımsız değişken arasındaki farkın belirlenmesinde kullanılmaktadır. ANOVA testi tek basına üç veya daha fazla grubun aritmetik ortalamalarını kümülatif olarak karşılaştırmaktadır ve bu karşılaştırmalardan en az biri anlamlı olduğunda ANOVA sonucu da anlamlı bulunmaktadır (Otrar,2013). Gruplar arası farklılığın belirlenmesinde Pos Hoc Tukey testinden yararlanılmıştır. Katılımcıların vas ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarına yönelik yapılan ANOVA testinin sonuçları Tablo 5.10’da sunulmuştur.

**Tablo 5.10. Katılımcıların Yaş İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları**

	Yaş	N	Mean+ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
<b>Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	4,07±0,77	1,771	0,153	
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	4,21±0,68			
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	4,24±0,59			
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	4,36±0,58			
<b>Bilgilendirme</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	4,14±0,66	2,566	0,055	
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	4,14±0,69			
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	4,06±0,71			
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	3,81±0,70			
<b>Onay</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	4,43±0,58	4,467	<b>0,005*</b>	<b>1-2 1-4</b>
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	4,66±0,54			
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	4,65±0,51			
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	4,76±0,39			
<b>Gizlilik-Özel Hayat</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	4,22±0,54	0,951	0,417	
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	4,29±0,59			
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	4,37±0,50			
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	4,20±0,54			
<b>Bakım ve Tedavi</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	4,15±0,54	0,658	0,578	
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	4,24±0,51			
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	4,24±0,50			
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	4,15±0,50			
<b>Başvuru</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	3,48±0,88	3,555	<b>0,015*</b>	<b>1-4 2-4</b>
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	3,40±0,94			
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	3,30±0,94			
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	2,93±0,93			

\*p&lt;0,05

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.10'da incelendiğinde:

“Sağlık hizmetlerinde hasta hakları” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [f=1.771, p>0,05].

“Bilgilendirme” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [f=2,566, p>0,05].

“Onay” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [f=2,566, p<0,05]. Yaşları 51 ve üstü olan katılımcıların onay boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda yaşın demografik değişkenlerinin alt gruplarında; 20-30 yaş arasındaki katılımcılar ile 31-40 yaş ve 51 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmuştur.

“Gizlilik-özel hayat” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [f=0,951, p>0,05].

“Bakım ve tedavi” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [f=0,658, p>0,05].

“Başvuru” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=3,555$ ,  $p<0,05$ ]. 20-30 yaş aralığındaki katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda yaşın demografik değişkenlerinin alt gruplarında; 51 ve üstündeki yaş grubundaki katılımcılar ile 20-30 yaş ve 31-40 yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ( Tablo 5.10).

Katılımcıların eğitim durumu ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarına yönelik yapılan ANOVA testi analiz sonuçları Tablo 5.11’de sunulmuştur.

**Tablo 5.11. Katılımcıların Eğitim Durumu İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları**

	Eğitim Durumu	N	Mean+ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
<b>Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	4,05±0,69	1,207	0,309	
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	4,27±0,62			
	Lise <sup>3</sup>	54	4,27±0,69			
	Üniversite <sup>4</sup>	63	4,07±0,74			
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,02±0,78			
<b>Bilgilendirme</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	3,93±0,61	2,615	<b>0,036*</b>	<b>2-3</b>
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	3,96±0,70			
	Lise <sup>3</sup>	54	4,29±0,62			
	Üniversite <sup>4</sup>	63	4,04±0,74			
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,40±0,41			
<b>Onay</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	4,44±0,65	2,388	0,052	
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	4,70±0,45			
	Lise <sup>3</sup>	54	4,62±0,60			
	Üniversite <sup>4</sup>	63	4,46±0,56			
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,61±0,44			
<b>Gizlilik-Özel Hayat</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	4,00±0,55	2,756	<b>0,029*</b>	<b>1-3</b>
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	4,22±0,57			
	Lise <sup>3</sup>	54	4,45±0,46			
	Üniversite <sup>4</sup>	63	4,24±0,56			
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,41±0,52			
<b>Bakım ve Tedavi</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	4,12±0,45	1,769	0,136	
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	4,21±0,50			
	Lise <sup>3</sup>	54	4,31±0,47			
	Üniversite <sup>4</sup>	63	4,08±0,59			
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,37±0,30			
<b>Başvuru</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	2,98±0,77	5,253	<b>0,000*</b>	<b>2-3</b>
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	3,07±0,90			
	Lise <sup>3</sup>	54	3,67±1,01			
	Üniversite <sup>4</sup>	63	3,47±0,83			
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	3,75±0,89			

\* $p<0,05$

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.11’de incelendiğinde;

“Sağlık hizmetlerinde hasta hakları” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=1,207$ ,  $p=0,309$ ].

“Bilgilendirme” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. [ $f=2,615$ ,  $p=0,036$ ]. Eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların bilgilendirme boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda eğitim durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; eğitim durumu lise olan

katılımcılar ile eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

“Onay” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=2,388$ ,  $p=0,052$ ].

“Gizlilik-özel hayat” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=2,756$ ,  $p=0,029$ ]. Eğitim durumu lise olan katılımcıların gizlilik-özel hayat boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda eğitim durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu okur-yazar olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

“Bakım ve tedavi” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [ $f=1,769$ ,  $p=0,136$ ].

“Başvuru” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=5,253$ ,  $p=0,000$ ]. Eğitim durumu lisansüstü olan katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda eğitim durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5.11).

Katılımcıların sosyal güvence durumu ile kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarına yönelik yapılan ANOVA testi analiz sonuçları Tablo 5.12’de sunulmuştur.

**Tablo 5.12. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumu İle Kurumdaki Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Algılamalarına Ait Anova Testi Analizi Sonuçları**

	Sosyal Güvence Durumu	N	Mean±ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	Yok <sup>1</sup>	22	4,35±0,70	0,740	0,478	
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	4,18±0,68			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,28±0,60			
Bilgilendirme	Yok <sup>1</sup>	22	4,32±0,85	2,699	0,069	
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	4,02±0,68			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,31±0,57			
Onay	Yok <sup>1</sup>	22	4,51±0,57	0,397	0,673	
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	4,60±0,54			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,66±0,33			
Gizlilik-Özel Hayat	Yok <sup>1</sup>	22	4,28±0,64	0,301	0,741	
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	4,26±0,54			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,38±0,57			
Bakım ve Tedavi	Yok <sup>1</sup>	22	4,34±0,59	3,419	<b>0,034*</b>	2-3
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	4,16±0,50			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,49±0,44			
Başvuru	Yok <sup>1</sup>	22	3,84±0,96	8,785	<b>0,000*</b>	1-2 2-3
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	3,22±0,91			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,03±0,78			

\* $p<0,05$

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının sosyal güvence durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.12’de incelendiğinde;

“Sağlık hizmetlerinde hasta hakları” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=0,740$ ,  $p=0,478$ ].

“Bilgilendirme” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=2,699$ ,  $p=0,069$ ].

“Onay” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=0,397$ ,  $p=0,673$ ].

“Gizlilik-özel hayat” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=0,301$ ,  $p=0,741$ ].

“Bakım ve tedavi” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=3,419$ ,  $p=0,034$ ]. Özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcıların bakım ve tedavi boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; özel sağlık sigortasına sahip katılımcılar ile devlet (SGK) güvencesine sahip katılımcılar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

“Başvuru” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=8,785$ ,  $p=0,000$ ]. Özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar, yine devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcılar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 5.12).

## 5.6. Katılımcıların Hasta Memnuniyetine Yönelik Demografik Değişkenler Açısından Elde Edilen Analiz Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile hasta memnuniyeti ölçeği arasında farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçlarına yer verilecektir.

### 5.6.1. Katılımcıların Hasta Memnuniyetine Yönelik Bağımsız Örneklem T Testi Sonuçları

Araştırmanın bu bölümünde sosyo-demografik değişkenler ile araştırmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeği arasında yapılan bağımsız örneklem t testi analiz sonuçlarına yer verilecektir. Bağımsız gruplar için kullanılan t testi analizi, iki gruba ait olan ortalamaların birbirinden farklı olup olmadığını test etmek amacıyla kullanılan bir analiz yöntemidir (Akıldız,2009). Katılımcıların cinsiyet ile hasta memnuniyeti ölçeği arasında yapılan t testi sonuçları Tablo 5.13’te gösterilmiştir.

**Tablo 5.13. Katılımcıların Cinsiyet İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan T Testi Analiz Sonuçları**

	Erkek (N=90)		Kadın (N=150)		T değeri	P değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	3,91	0,71	3,84	0,64	0,771	0,441
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	3,73	0,73	3,67	0,75	0,577	0,564
İlgi ve Nezaket	4,15	0,62	4,16	0,63	-0,090	0,929
Genel Memnuniyet	3,93	0,63	3,90	0,61	0,441	0,659

Katılımcıların hasta memnuniyeti alt boyutlarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.13’te incelendiğinde;



“Tıbbi hizmetlerden memnuniyet” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,91\pm 0,71$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,84\pm 0,64$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,771$ ,  $p=0,441$ ].

“İdari hizmetlerden memnuniyet” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,73\pm 0,73$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,67\pm 0,75$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,577$ ,  $p= 0,564$ ].

“İlgi ve nezaket” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,15\pm 0,62$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,16\pm 0,63$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,090$ ,  $p=0,929$ ].

“Genel memnuniyet” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,93\pm 0,63$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,90\pm 0,61$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,441$ ,  $p=0,659$ ] (Tablo 5.13).

Katılımcıların medeni durumu ile hasta memnuniyeti ölçeği arasında yapılan t testi analiz sonuçları Tablo 5.14’te sunulmuştur.

**Tablo 5.14. Katılımcıların Medeni Durum İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan T Testi Analiz Sonuçları**

	Evli (N=191)		Bekâr (N=49)		T değeri	P değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	3,85	0,66	3,91	0,70	-0,509	0,611
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	3,71	0,75	3,64	0,71	0,594	0,553
İlgi ve Nezaket	3,15	0,62	4,18	0,65	-0,263	0,793
Genel Memnuniyet	3,91	0,61	3,90	0,63	0,095	0,924

Katılımcıların hasta memnuniyeti alt boyutlarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.14’te incelendiğinde:

“Tıbbi hizmetlerden memnuniyet” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,85\pm 0,66$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,91\pm 0,70$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,509$ ,  $p=0,611$ ].

“İdari hizmetlerden memnuniyet” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,71\pm 0,75$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,64\pm 0,71$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,594$ ,  $p= 0,553$ ].

“İlgi ve nezaket” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,15\pm 0,62$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,18\pm 0,65$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= -0,263$ ,  $p=0,793$ ].

“Genel memnuniyet” boyutunda erkek katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,91\pm 0,61$ ) ile kadın katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,90\pm 0,63$ ) arasında anlamlı bir farklılık yoktur [ $t= 0,095$ ,  $p=0,924$ ] (Tablo 5.14).

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye ilişkin yapılan t testi sonuçları Tablo 5.15’te gösterilmiştir.

**Tablo 5.15. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Hastane Türüne Göre Farklılığına İlişkin T Testi Analiz Sonuçları**

	Kamu (N=120)		Özel (N=120)		T değeri	P değeri
	Mean	Ss	Mean	Ss		
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	3,70	0,68	4,03	0,61	-3,870	<b>0,000*</b>
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	3,41	0,76	3,98	0,60	-6,419	<b>0,000*</b>
İlgi ve Nezaket	4,00	0,66	4,32	0,54	-4,080	<b>0,000*</b>
Genel Memnuniyet	3,69	0,64	4,13	0,50	-5,804	<b>0,000*</b>

\* $p<0,05$

Hasta memnuniyeti ve alt boyutlarının hastane türüne göre farklılığına ilişkin sonuçlar Tablo 5.15’te incelendiğinde;

“Tıbbi hizmetlerden memnuniyet” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,70\pm 0,68$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,03\pm 0,61$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [ $t= -3,870$ ,  $p=0,000$ ]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı belirlenmiştir.  $H_{2a}$  “Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği tıbbi hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

“İdari hizmetlerden memnuniyet” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,41\pm 0,76$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,98\pm 0,60$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [ $t= -6,419$ ,  $p=0,000$ ]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı saptanmıştır.  $H_{2b}$  “Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği idari hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

“İlgi ve nezaket” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,00\pm 0,66$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,32\pm 0,54$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [ $t= -4,080$ ,  $p=0,000$ ]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı belirlenmiştir.  $H_{2c}$  “Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği ilgi ve nezaket boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

“Genel memnuniyet” boyutunda kamu hastanesindeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=3,69\pm 0,64$ ) ile özel hastanedeki katılımcıların puan ortalaması ( $\bar{X}=4,13\pm 0,50$ ) arasında anlamlı bir farklılık vardır [ $t= -5,804$ ,  $p=0,000$ ]. Özel hastanedeki katılımcıların puan ortalamasının kamu hastanesindeki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıktığı saptanmıştır.  $H_{2d}$  “Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği genel memnuniyet boyutu hastane türüne göre farklılık göstermektedir” hipotezi kabul edilmiştir.

Yukarıdaki hipotez sonuçları dikkate alındığında  $H_0$  Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği boyutları hastane türüne göre farklılık göstermektedir hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5.16’da hasta memnuniyeti ölçeği ve alt boyutlarının hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin oluşturulan hipotezlerin kabul ve red durumları görsel olarak verilmiştir.

**Tablo 5.16. Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Hastane Türüne Göre Farklılığına İlişkin Oluşturulan Hipotez Sonuçları**

$H_2$ : Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği boyutları hastane türüne göre farklılık göstermektedir	<b>KABUL</b>
$H_{2a}$ : Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği tıbbi hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>
$H_{2b}$ : Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği idari hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>
$H_{2c}$ : Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği ilgi ve nezaket boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>
$H_{2d}$ : Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeği genel memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri hastane türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>KABUL</b>

### 5.6.2. Katılımcıların Hasta Memnuniyetine Yönelik Tek Yönlü Varyans (Anova) Testi Analiz Sonuçları

Araştırmanın bu bölümünde sosyo-demografik değişkenlerden vas, eğitim ve sosyal güvence durumu ile araştırmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeği arasında yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi analiz sonuçlarına verilecektir. Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) normal dağılımlı veride üç veya daha fazla

bağımsız değişken arasındaki farkın belirlenmesinde kullanılmaktadır. ANOVA testi tek başına üç veya daha fazla grubun aritmetik ortalamalarını kümülatif olarak karşılaştırmaktadır ve bu karşılaştırmalardan en az biri anlamlı olduğunda ANOVA sonucu da anlamlı bulunmaktadır (Otrar,2013). Gruplar arası farklılığın belirlenmesinde Pos Hoc Tukey testinden yararlanılmıştır. Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşleri ile yaş arasında yapılan ANOVA testinin sonuçları Tablo 5.17’de gösterilmiştir.

**Tablo 5.17. Katılımcıların Yaş İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan Anova Testi Analizi Sonuçları**

	Yaş	N	Mean+ss	F değeri	P değeri
<b>Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	3,86±0,69	0,100	0,960
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	3,89±0,72		
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	3,82±0,67		
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	3,87±0,52		
<b>İdari Hizmetlerden Memnuniyet</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	3,70±0,73	0,751	0,523
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	3,79±0,80		
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	3,62±0,68		
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	3,61±0,71		
<b>İlgi ve Nezaket</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	4,17±0,63	0,082	0,970
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	4,16±0,72		
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	4,16±0,54		
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	4,12±0,56		
<b>Genel Memnuniyet</b>	20-30 yaş <sup>1</sup>	77	3,92±0,62	0,326	0,770
	31-40 yaş <sup>2</sup>	71	3,97±0,68		
	41-50 yaş <sup>3</sup>	49	3,87±0,56		
	51 ve üstü yaş <sup>4</sup>	43	3,86±0,55		

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.17’de incelendiğinde:

“Tıbbi hizmetlerden memnuniyet” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [f=0,100, p=0,960].

“İdari hizmetlerden memnuniyet” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [f=0,751, p=0,523].

“İlgi ve nezaket” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [f=0,082, p=0,970].

“Genel memnuniyet” boyutu ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [f=0,326, p=0,770] (Tablo 5.17).

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşleri ile eğitim durumu arasında yapılan ANOVA analizi sonuçları Tablo 5.18’de sunulmuştur.

**Tablo 5.18. Katılımcıların Eğitim Durumu İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan Anova Testi Analizi Sonuçları**

	Eğitim Durumu	N	Mean+ss	F değeri	P değeri
<b>Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	3,84±0,46	0,259	0,904
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	3,86±0,62		
	Lise <sup>3</sup>	54	3,89±0,62		
	Üniversite <sup>4</sup>	63	3,83±0,78		
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,11±0,88		
<b>İdari Hizmetlerden Memnuniyet</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	3,74±0,52	0,306	0,874
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	3,67±0,74		
	Lise <sup>3</sup>	54	3,79±0,71		
	Üniversite <sup>4</sup>	63	3,65±0,81		
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	3,69±0,83		

<b>İlgi ve Nezaket</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	4,09±0,55	1,228	0,299
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	4,13±0,61		
	Lise <sup>3</sup>	54	4,30±0,53		
	Üniversite <sup>4</sup>	63	4,08±0,74		
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,36±0,38		
<b>Genel Memnuniyet</b>	Okur-Yazar <sup>1</sup>	15	3,90±0,48	0,574	0,682
	İlköğretim <sup>2</sup>	102	3,88±0,60		
	Lise <sup>3</sup>	54	4,01±0,57		
	Üniversite <sup>4</sup>	63	3,86±0,69		
	Lisansüstü <sup>5</sup>	6	4,03±0,65		

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.18’de incelendiğinde:

“Tıbbi hizmetlerden memnuniyet” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=0,259$ ,  $p=0,904$ ].

“İdari hizmetlerden memnuniyet” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=0,306$ ,  $p=0,874$ ].

“İlgi ve nezaket” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=1,228$ ,  $p=0,299$ ].

“Genel memnuniyet” boyutu ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [ $f=0,574$ ,  $p=0,682$ ] (Tablo 5.18).

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşleri ile sosyal güvence durumu arasında yapılan ANOVA testinin sonuçları Tablo 5.19’da sunulmuştur.

**Tablo 5.19. Katılımcıların Sosyal Güvence Durumu İle Hasta Memnuniyeti Ölçeği Arasında Yapılan Anova Testi Analizi Sonuçları**

	Sosyal Güvence Durumu	N	Mean±ss	F değeri	P değeri	Gruplar arası fark
<b>Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet</b>	Yok <sup>1</sup>	22	4,04±0,61	1,481	0,299	
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	3,83±0,66			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,05±0,74			
<b>İdari Hizmetlerden Memnuniyet</b>	Yok <sup>1</sup>	22	4,06±0,80	4,766	<b>0,009*</b>	<b>1-2</b>
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	3,63±0,73			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,02±0,60			
<b>İlgi ve Nezaket</b>	Yok <sup>1</sup>	22	4,54±0,59	7,408	<b>0,001*</b>	<b>1-2</b>
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	4,09±0,61			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,50±0,56			
<b>Genel Memnuniyet</b>	Yok <sup>1</sup>	22	4,24±0,64	5,558	<b>0,004*</b>	<b>1-2</b>
	Devlet(SGK) <sup>2</sup>	205	3,86±0,60			
	Özel <sup>3</sup>	13	4,20±0,55			

\* $p<0,05$

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin sosyal güvence durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 5.19’da incelendiğinde;

“Tıbbi hizmetlerden memnuniyet” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır [ $f=1,481$ ,  $p=0,299$ ].

“İdari hizmetlerden memnuniyet” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=4,766$ ,  $p=0,009$ ]. Sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların idari hizmetlerden memnuniyet boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır.

“İlgi ve nezaket” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=7,408$   $p=0,001$ ]. Sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların ilgi ve nezaket boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır.

“Genel memnuniyet” boyutu ile katılımcıların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir [ $f=5,558$   $p=0,004$ ]. Sağlık sigortasına sahip olmayan katılımcıların genel memnuniyete ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık Tukey testi sonucunda sosyal güvence durumunun demografik değişkenlerinin alt gruplarında; devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 5.19).

### 5.7. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi, değişkenlerin ölçme yapısına, dağılımın özelliklerine, aralarındaki ilişkinin doğrusal olup olmamasına, değişken sayısına ve kontrol durumuna bağlı olarak farklı istatistiksel teknikler kullanılarak yapılmaktadır. İki değişken arasındaki ilişki, ikili ya da basit korelasyon ismi verilen korelasyon teknikleriyle bulunur (Büyüköztürk, 2014: 31; Uğurlu Kara, 2014: 63). Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkisi aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir. Korelasyon ilişkisi (Kalaycı, 2006: 116; Özkan Seray, 2018: 234);

$0,00 < r < 0,25$  çok zayıf

$0,26 < r < 0,49$  zayıf

$0,50 < r < 0,69$  orta

$0,70 < r < 0,89$  yüksek

$0,90 < r < 1,00$  çok yüksek şeklinde korelasyon analizleri değerlendirme işlemi yapılmıştır. Analiz verileri normal dağılım gösterdiği için pearson korelasyon yöntemi kullanılmıştır.

#### 5.7.1 Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Alt Boyutlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin alt boyutları ile arasındaki korelasyon sonuçları Tablo 5.20’de gösterilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutu ile bilgilendirme ( $r:0,627$ ;  $p:0,000$ ), onay ( $r:0,335$ ;  $p:0,000$ ), gizlilik-özel hayat ( $r:0,549$ ;  $p:0,000$ ), bakım ve tedavi ( $r:0,718$ ;  $p:0,000$ ) ve başvuru ( $r:0,334$ ;  $p:0,000$ ) alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 5.20).

**Tablo 5.20. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

		1	2	3	4	5	6	7
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	r	1	,627**	,335**	,549**	,718**	,334**	,809**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Bilgilendirme	r	,627**	1	,232**	,537**	,752**	,500**	,881**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000
Onay	r	,335**	,232**	1	,406**	,384**	,024	,415**
	p	,000	,000		,000	,000	,706	,000
Gizlilik-Özel Hayat	r	,549**	,537**	,406**	1	,603**	,339**	,734**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000
Bakım ve Tedavi	r	,718**	,752**	,384**	,603**	1	,444**	,912**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000
Başvuru	r	,334**	,500**	,024	,339**	,444**	1	,612**
	p	,000	,000	,706	,000	,000		,000
Genel Hasta Hakları Uygulamaları	r	,809**	,881**	,415**	,734**	,912**	,612**	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

\*\*p&lt;0,01

Tablo 5.20 incelendiğinde; genel hasta hakları uygulamaları ile alt boyutları arasında yüksek düzeyde ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları arasında en yüksek ilişki bilgilendirme ile bakım ve tedavi arasındadır (r:0,752; p:0,000). En zayıf ilişki ise bilgilendirme ile onay arasındadır (r:0,232; p:0,000). Onay alt boyutu ile başvuru alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r:0,24; p:0,706).

### 5.7.2. Hasta Memnuniyeti Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarının Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutları ile arasındaki korelasyon sonuçları Tablo 5.21’de gösterilmiştir. Tıbbi hizmetlerden memnuniyet alt boyutu ile idari hizmetlerden memnuniyet (r:0,686; p:0,000), ilgi ve nezaket (r:0,688; p:0,000) ve genel memnuniyet (r:0,841; p:0,000) arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 5.21).

**Tablo 5.21. Hasta Memnuniyeti Ölçeği Genel ve Alt Boyutlarına Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

		1	2	3	4
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	r	1	,686**	,688**	,841**
	p		,000	,000	,000
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	r	,686**	1	,702**	,926**
	p	,000		,000	,000
İlgi ve Nezaket	r	,688**	,702**	1	,889**
	p	,000	,000		,000
Genel Memnuniyet	r	,841**	,926**	,889**	1
	p	,000	,000	,000	

\*\*p&lt;0,01

Hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları arasında en yüksek ilişki idari hizmetlerden memnuniyet ile genel memnuniyet (r:0,926; p:0,000) arasında, en

zayıf ilişki ise tıbbi hizmetlerden memnuniyet ile idari hizmetlerden memnuniyet (r:0,686; p:0,000) arasında bulunmuştur.

### 5.7.3. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçek ve Genel Memnuniyet Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve genel memnuniyet arasındaki ilişkiyi gösteren analiz sonuçları Tablo 5.22’de gösterilmiştir.

**Tablo 5.22. Hasta Hakları Uygulamaları ve Genel Memnuniyet Arasındaki İlişki**

		1	2
1. Hasta Hakları Uygulamaları	r	1	,659**
	p		,000
2. Genel Memnuniyet	r	,659**	1
	p	,000	

\*\*p<0,01

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ile genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (r:0,659; p:0,000) pozitif bir ilişki vardır. Bu da katılımcıların hastane işletmelerinde hasta haklarının uygulandığını düşündükçe bunun genel memnuniyeti arttıracığı şeklinde yorumlanabilir ( Tablo 5.22).

### 5.7.4. Hasta Hakları Uygulamaları ve Hasta Memnuniyeti Boyutları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve boyutları ile hasta memnuniyeti ve boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren analiz sonuçları Tablo 5.23’te gösterilmiştir.

**Tablo 5.23. Hasta Hakları Uygulamaları ve Hasta Memnuniyeti Boyutları Arasındaki Pearson Korelasyon İlişkisi**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	r	1	,627**	,335**	,549**	,718**	,334**	,809**	,434**	,402**	,558**	,517**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Bilgilendirme	r	,627**	1	,232**	,537**	,752**	,500**	,881**	,502**	,500**	,623**	,607**
	p	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Onay	r	,335**	,232**	1	,406**	,384**	024	,415**	,168**	,100	,182**	,155**
	p	,000	,000		,000	,000	,706	,000	,009	,124	,005	,016
Gizlilik-Özel Hayat	r	,549**	,537**	,406**	1	603**	,339**	,734**	,361**	,277**	,363**	,361**
	p	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Bakım ve Tedavi	r	,718**	,752**	,384**	,603**	1	,444**	,912**	,568**	,570**	,687**	,682**
	p	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000
Başvuru	r	,334**	,500**	0,24	,339**	,444**	1	,612**	,359**	,353**	,367**	,400**
	p	,000	,000	,706	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
Genel Hasta Hakları Uygulamaları	r	,809**	,881**	,415**	,734**	,912**	,612**	1	,566**	,539**	,670**	,659**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet	r	,434**	,502**	,168**	,361**	,568**	,359**	,566**	1	,686**	,688**	,841**
	p	,000	,000	,009	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
İdari Hizmetlerden Memnuniyet	r	,402**	,500**	100	,277**	,570**	,353**	,539**	,686**	1	,702**	,926**
	p	,000	,000	,124	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000

İlgi ve Nezaket	r	,558**	,623**	,182**	,363**	,687**	,367**	,670**	,688**	,702**	1	,889**
	p	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Genel Memnuniyet	r	,517**	,607**	,155*	,361**	,682**	,400**	,659**	,841**	,926**	,889**	1
	p	,000	,000	,016	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

\*\*P<0,01 \*p<0,05

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti ölçeği alt boyutları arasındaki en yüksek ilişki: hasta hakları uygulamaları ölçeği bakım ve tedavi alt boyutu ile hasta memnuniyeti ölçeği ilgi ve nezaket alt boyutu arasındadır (r:0.687; p:0.000). En düşük ilişki ise hasta hakları uygulamaları ölçeği onay alt boyutu ile hasta memnuniyeti ölçeği tıbbi hizmetlerden memnuniyet alt boyutu arasındadır (r:0.168; p:0.009). Hasta hakları uygulamaları ölçeği onay alt boyutu ile hasta memnuniyeti ölçeği idari hizmetlerden memnuniyet alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir (r:0,100; p:0,124).

## 5.8. Regresyon Analizine İlişkin Bulgu ve Yorumlar

Çalışmanın bu bölümünde hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti ve alt boyutlarının birbirlerine olan etkileri basit ve çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir. Regresyon analizi belirlenmek istenen değişkenden daha kolay veya daha erken saptanabilen değişkenlerden yola çıkarak belirlenmek istenen değişkeni tahmin eden bir model oluşturmaktır. Bilinen normal dağılan sayısal bir değişkenden bilinmeyen, aralarında ilişki olan bir başka normal dağılan sayısal değişkeni tahmin için uygulanırsa basit doğrusal regresyon (simple linear regression), birden fazla değişkenden yararlanarak bir değişkeni tahmin etmek amacıyla modellenme yapıldığında ise “çoklu doğrusal regresyon” (multiple linear regression) olarak tanımlanır. Çoklu doğrusal regresyon analizi iki veya daha fazla belirleyici (bağımsız) değişkenin bağımlı değişkendeki değişimi açıklamasında kullanılır. Doğrusal regresyonda bağımlı değişken sayısal bir değişken olmak zorundadır (Kılıç, 2013: 90-91). Çoklu doğrusal regresyon modelinde amaç, bağımsız değişkenler (açıklayıcı değişkenler) ile bağımlı değişkendeki (cevap değişkeni) toplam değişimi açıklamaktır (Kayaalp vd., 2015: 1).

### 5.8.1. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerindeki etkisi Tablo 5.24 ve Tablo 5.25’ te gösterilmiştir. Hasta hakları uygulamalarının tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerindeki etkisinin belirlenmesi için basit regresyon, hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerindeki etkisinin belirlenmesi için ise çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 5.24. Hasta Hakları Uygulamalarının Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	P
	B	Standart Hata	β			
Sabit	,733	,298			2,460	,015
Hasta Hakları Uygulamaları	,760	,072	,566		10,596	,000**
F: 112,281 R <sup>2</sup> : 0,321 R: 0,566 *P <0,001 **p<0,05 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,318						

**Bağımsız Değişken:** Hasta Hakları Uygulamaları

**Bağımlı Değişken:** Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet



Basit regresyon analizi sonucunda oluşturulan model (F:112,281;  $p < 0,001$ ) ve regresyon katsayılarının anlamlılığına işaret eden t istatistik değerlerine bakıldığında (t:10,596;  $p < 0,05$ ) elde edilen sonuçların anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arası ise anlamlı (R:0,566;  $p < 0,000$ ) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 5.24).

Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı ise  $R^2$ : 0,321 olarak elde edilmiştir. Bu da hasta hakları uygulamalarının katılımcıların tıbbi hizmetlerden memnuniyeti üzerindeki değişimlerin % 32,1'ini açıkladığını göstermektedir. Hasta hakları uygulamalarındaki bir birimlik artış katılımcıların tıbbi hizmetlerden memnuniyet düzeyini 0,760 birim arttırmaktadır. Sonuç olarak; basit doğrusal regresyon analizinde katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır ve katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğunu belirten  $H_3$  hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen verilere göre basit regresyon modeli;  $Y=a+bX$  ise (Alpar,2018:454),  $a=0,733$   $b=0,760$  olmak üzere  $Y=a+bX$  ise  $Y=0,733+0,760X$  olarak kurulabilir (X= Hasta Hakları Uygulamaları, Y= Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet).

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının tıbbi hizmetlerden memnuniyete etkisinin incelediği çoklu doğrusal regresyon Tablo 5.25'te gösterilmiştir.

Çoklu regresyon analizine geçmeden önce analiz kriterleri olan Durbin-Watson katsayısı (oto-korelasyon) ve Varyans Şişme Faktör (Variance Inflation Factor-VIF) katsayılarına bakılmıştır. Çoklu bağlantı (Varyans Şişme Faktörü) bir model içerisinde bağımsız değişken olarak birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili değişkenler olmasıdır (Kılıç, 2013: 91). Çoklu regresyon analizi işlemi yapılmadan önce analiz kriterleri olan varyans şişme değerleri ve değişkenler arasında oto korelasyonun olup olmama durumuna bakılmıştır. Varyans şişme değerlerinin (Variance Inflation Factor-VIF)  $VIF < 10$ 'dan küçük olması beklenmektedir. Oto korelasyonun olup olmamasına karar verilmesi için Durbin-Watson katsayısı değerlerinin 1,5 ile 2,5 arasında yer alması veya 2 civarında değer alması değişkenler arası otokorelasyon olmadığı anlamını işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2013; Korkmazer vd., 2016).

**Tablo 5.25. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P	VIF
	B	Standart Hata	$\beta$			
Sabit	,935	,367		2,548	,011	
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	,032	,077	,033	,416	,678	2,229
Bilgilendirme	,117	,083	,122	1,419	,157	2,643
Onay	-,046	,075	-,037	-,609	,543	1,313
Gizlilik-Özel Hayat	,008	,086	,007	,094	,926	1,793
Bakım ve Tedavi	,538	,125	,418	4,300	,000**	3,356
Başvuru	,071	,045	,100	1,593	,112	1,403
F: 20,445 $R^2$ : 0,345 R: 0,587 *P < 0,001 model (p): 0,000* Adjusted $R^2$ : 0,328						
**P < 0,05 Durbin-Watson: 1,717						

**Bağımsız Değişken:** Bilgilendirme, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları, Onay, Gizlilik-Özel Hayat, Başvuru, Bakım ve Tedavi

**Bağımlı Değişken:** Tıbbi Hizmetlerden Memnuniyet

Analiz sonuçlarından elde edilen veriler incelendiğinde; Durbin-Watson katsayısı 1,717'dir. VIF değerleri ise 1,313 ile 3,356 arasında değişmektedir. Bu sonuç

göre değişkenler arası otokorelasyon ve çoklu bağlantı probleminin olmadığı söylenebilir.

Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarının tıbbi hizmetlerden memnuniyete etkisini belirlemek üzere oluşturulan regresyon analizi modeli (F:20,445; P<0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Regresyon katsayılarının anlamlılığını belirten t istatistik değerleri; sağlık hizmetlerinde hasta hakları (t:0,416; p:0,678) için anlamsız, bilgilendirme (t:1,419; p:0,157) için anlamsız, onay (t: -0,609; p:0,543) için anlamsız, gizlilik-özel hayat (t: 0,094; p:0,926) için anlamsız, bakım ve tedavi (t:4,300; p:0,000) için anlamlı, başvuru (t:1,593; p:0,112) için anlamsızdır. Değişkenler arası istatistiksel olarak anlamlı (R:0,587; P<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bağımsız değişkenlerden bakım ve tedavi alt boyutunun bağımlı değişken olan tıbbi hizmetlerden memnuniyeti açıklama oranı Adjusted (düzeltilmiş) R<sup>2</sup> değeri 0,328 olarak hesaplanmıştır. Bulunan sonuca göre katılımcıların tıbbi hizmetlerden memnuniyetlerindeki değişimlerin % 32,8'inin hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarından bakım ve tedavi ile açıklandığını göstermektedir.

Bağımsız değişkenler incelendiğinde; bakım ve tedavideki bir birimlik artış, bağımlı değişkende (tıbbi hizmetlerden memnuniyet) 538'birimlik bir artışı sağlamaktadır. Bununla birlikte bakım ve tedavi ( $\beta$ :0,538; p:0,000) ifadesinin katılımcıların tıbbi hizmetlerden memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir (Tablo 5.25). Bu sonuçlara göre; katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ileri süren H<sub>3e</sub> hipotezi kabul edilirken; sağlık hizmetlerinde hasta hakları, bilgilendirme, onay, gizlilik-özel hayat ve başvuru alt boyutlarının tıbbi hizmetlerden memnuniyeti pozitif yönde etkilediğini ileri süren H<sub>3a</sub>, H<sub>3b</sub>, H<sub>3c</sub>, H<sub>3d</sub>, H<sub>3f</sub> hipotezleri istatistiksel olarak anlamlı olmadığından reddedilmiştir. Elde edile veriler sonucunda çoklu regresyon analizi modeli;  $Y=a+bX_1+cX_2+dX_3+eX_4+fX_5+gX_6$  (Alpar,2018:479) ise; a= 0,935; b= ,032; c= ,117; d= -,046; e= ,008; f= ,538; g= ,071 olmak üzere,  $Y=0,935+0,032X_1+0,117X_2-0,046X_3+0,008X_4+0,538X_5+0,071X_6$  olarak kurulabilir (X<sub>1</sub>: sağlık hizmetlerinde hasta hakları; X<sub>2</sub>:bilgilendirme; X<sub>3</sub>: onay; X<sub>4</sub>:gizlilik-özel hayat; X<sub>5</sub>:bakım ve tedavi; X<sub>6</sub>: başvuru).

Tablo 5.26'da hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerine etkilerine dair oluşturulan hipotezlerin kabul ve red durumları görsel olarak gösterilmiştir.

**Tablo 5.26. Hasta Hakları Uygulamalarının Tıbbi Hizmetlere Etkisi Hipotez Sonuçları**

H <sub>3</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
H <sub>3a</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>3b</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>3c</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>3d</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>3e</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
H <sub>3f</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>

### 5.8.2. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının İdari Hizmetlerden Memnuniyete Etkisinin Analiz Sonuçları

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyet üzerindeki etkisi Tablo 5.27 ve Tablo 5.28’ de gösterilmiştir. Hasta hakları uygulamalarının idari hizmetlerden memnuniyet üzerindeki etkisinin belirlenmesi için basit regresyon, hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyet üzerindeki etkisinin belirlenmesi için ise çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 5.27. Hasta Hakları Uygulamalarının İdari Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P
	B	Standart Hata	$\beta$		
Sabit	,379	,339		1,120	,264
Hasta Hakları Uygulamaları	,805	,082	,539	9,870	,000**
F: 97,409 R <sup>2</sup> : 0,290 R: 0,539 *P <0,001 **p<0,05 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,287					

**Bağımsız Değişken:** Hasta Hakları Uygulamaları

**Bağımlı Değişken:** İdari Hizmetlerden Memnuniyet

Basit regresyon analizi sonucunda oluşturulan model (F:97,409; p<0,001) ve regresyon katsayılarının anlamlılığına işaret eden t istatistik değerlerine bakıldığında (t:9,870; p<0,05) elde edilen sonuçların anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arası ise anlamlı (R:0,539; p<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 5.27).

Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı ise R<sup>2</sup>: 0,290 olarak elde edilmiştir. Bu da hasta hakları uygulamalarının katılımcıların idari hizmetlerden memnuniyeti üzerindeki değişimlerin % 29’unu açıkladığını göstermektedir. Hasta hakları uygulamalarındaki bir birimlik artış katılımcıların idari hizmetlerden memnuniyet düzeyini 0,805 birim arttırmaktadır. Sonuç olarak; basit doğrusal regresyon analizinde katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır ve katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğunu belirten H<sub>4</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen verilere göre basit regresyon modeli; Y=a+bX ise (Alpar,2018:454), a=0,379 b=0,805 olmak üzere Y=a+bX ise Y=0,379+0,805X olarak kurulabilir (X= Hasta Hakları Uygulamaları, Y= İdari Hizmetlerden Memnuniyet)

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyete etkisinin incelediği çoklu doğrusal regresyon Tablo 5.28’ de gösterilmiştir.

Çoklu regresyon analizine geçmeden önce analiz kriterleri olan Durbin-Watson katsayısı (oto-korelasyon) ve Varyans Şişme Faktör (Variance Inflation Factor-VIF) katsayılarına bakılmıştır. Çoklu bağlantı (Varyans Şişme Faktörü) bir model içerisinde bağımsız değişken olarak birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili değişkenler olmasıdır (Kılıç, 2013: 91). Çoklu regresyon analizi işlemi yapılmadan önce analiz kriterleri olan varyans şişme değerleri ve değişkenler arasında oto korelasyonun olup olmama durumuna bakılmıştır. Varyans şişme değerlerinin (Variance Inflation Factor-VIF) VIF<10’dan küçük olması beklenmektedir. Oto korelasyonun olup olmamasına karar verilmesi için Durbin-Watson katsayısı değerlerinin 1,5 ile 2,5 arasında yer alması veya 2 civarında değer alması değişkenler arası otokorelasyon olmadığı anlamını işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2013; Korkmazer vd., 2016).

**Tablo 5.28. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla İdari Hizmetlerden Memnuniyet Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	Unstandardized		Standardized		t	P	VIF
	Coefficients	Standart Hata	Coefficients	$\beta$			
Sabit	,900	,403			2,234	,026	
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	-,006	,085	-,005		-,067	,946	2,229
Bilgilendirme	,149	,091	,139		1,639	,103	2,643
Onay	-,129	,083	-,093		-1,559	,120	1,313
Gizlilik-Özel Hayat	-,142	,094	-,106		-1,512	,132	1,793
Bakım ve Tedavi	,759	,137	,530		5,526	,000**	3,356
Başvuru	,069	,049	,088		1,412	,159	1,403
F: 22,010 R <sup>2</sup> : 0,362 R: 0,601 *P <0,001 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,345							
**P<0,05 Durbin-Watson: 1,620							

**Bağımsız Değişken:** Bilgilendirme, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları, Onay, Gizlilik-Özel Hayat, Başvuru, Bakım ve Tedavi

**Bağımlı Değişken:** İdari Hizmetlerden Memnuniyet

Analiz sonuçlarından elde edilen veriler incelendiğinde; Durbin-Watson katsayısı 1,620'dir. VIF değerleri ise 1,313 ile 3,356 arasında değişmektedir. Bu sonuca göre değişkenler arası otokorelasyon ve çoklu bağlantı probleminin olmadığı söylenebilir.

Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyete etkisini belirlemek üzere oluşturulan regresyon analizi modeli (F:22,010; P<0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Regresyon katsayılarının anlamlılığını belirten t istatistik değerleri; sağlık hizmetlerinde hasta hakları (t:-0,067; p:0,946) için anlamsız, bilgilendirme (t:1,639; p:0,103) için anlamsız, onay (t: -1,559; p:0,120) için anlamsız, gizlilik-özel hayat (t: -1,512; p:0,132) için anlamsız, bakım ve tedavi (t:5,526; p:0,000) için anlamlı, başvuru (t:1,412; p:0,159) için anlamsızdır. Değişkenler arası istatistiksel olarak anlamlı (R:0,601; P<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bağımsız değişkenlerden bakım ve tedavi alt boyutunun bağımlı değişken olan idari hizmetlerden memnuniyeti açıklama oranı Adjusted (düzeltilmiş) R<sup>2</sup> değeri 0,345 olarak hesaplanmıştır. Bulunan sonuca göre katılımcıların idari hizmetlerden memnuniyetlerindeki değişimlerin % 34,5'inin hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarından bakım ve tedavi ile açıklandığını göstermektedir.

Bağımsız değişkenler incelendiğinde; bakım ve tedavideki bir birimlik artış, bağımlı değişkende (idari hizmetlerden memnuniyet) 759 birimlik bir artışı sağlamaktadır. Bununla birlikte bakım ve tedavi ( $\beta$ :0,759; p:0,000) ifadesinin katılımcıların idari hizmetlerden memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir (Tablo 5.28). Bu sonuçlara göre; katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ileri süren H<sub>4e</sub> hipotezi kabul edilirken; sağlık hizmetlerinde hasta hakları, bilgilendirme, onay, gizlilik-özel hayat ve başvuru alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyeti pozitif yönde etkilediğini ileri süren H<sub>4a</sub>, H<sub>4b</sub>, H<sub>4c</sub>, H<sub>4d</sub>, H<sub>4f</sub> hipotezleri istatistiksel olarak anlamlı olmadığından reddedilmiştir. Elde edilen veriler sonucunda çoklu regresyon analizi modeli;  $Y=a+bX_1+cX_2+dX_3+eX_4+fX_5+gX_6$  (Alpar,2018:479) ise; a= 0,900; b= -,006; c= ,149; d= -,129; e= -,142; f= ,759; g= ,069 olmak üzere,  $Y=0,900-0,006X_1+0,149X_2-0,129X_3-0,142X_4+0,759X_5+0,069X_6$  olarak kurulabilir (X<sub>1</sub>: sağlık hizmetlerinde hasta hakları; X<sub>2</sub>:bilgilendirme; X<sub>3</sub>: onay; X<sub>4</sub>:gizlilik-özel hayat; X<sub>5</sub>:bakım ve tedavi; X<sub>6</sub>: başvuru).

Tablo 5.29’da hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyet üzerine etkilerine dair oluşturulan hipotezlerin kabul ve red durumuna görsel olarak yer verilmiştir.

**Tablo 5.29. Hasta Hakları Uygulamalarının İdari Hizmetlerden Memnuniyete Etkisi Hipotez Sonuçları**

H <sub>4</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
H <sub>4a</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>4b</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>4c</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>4d</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
H <sub>4e</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
H <sub>4f</sub> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>

### 5.8.3. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının İlgî ve Nezakete Etkisinin Analiz Sonuçları

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının ilgi ve nezaket üzerindeki etkisi Tablo 5.30 ve Tablo 5.31’de gösterilmiştir. Hasta hakları uygulamalarının ilgi ve nezaket üzerindeki etkisinin belirlenmesi için basit regresyon, hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının ilgi ve nezaket üzerindeki etkisinin belirlenmesi için ise çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 5.30. Hasta Hakları Uygulamalarının İlgî ve Nezakete Etkisi**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P
	B	Standart Hata	$\beta$		
Sabit	,669	,253		2,646	,009
Hasta Hakları Uygulamaları	,847	,061	,670	13,915	,000**
F: 193,620 R <sup>2</sup> : 0,449 R: 0,670 *P <0,001 **p<0,05 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,446					

**Bağımsız Değişken:** Hasta Hakları Uygulamaları

**Bağımlı Değişken:** İlgî ve Nezaket

Basit regresyon analizi sonucunda oluşturulan model (F:193.620; p<0.001) ve regresyon katsayılarının anlamlılığına işaret eden t istatistik değerlerine bakıldığında (t:13.915; p<0.05) elde edilen sonuçların anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arası ise anlamlı (R:0,670; p<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 5.30).

Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı ise R<sup>2</sup>: 0,449 olarak elde edilmiştir. Bu da hasta hakları uygulamalarının katılımcıların ilgi ve nezaket üzerindeki değişimlerin % 44,9’ünü açıkladığını göstermektedir. Hasta hakları uygulamalarındaki bir birimlik artış katılımcıların ilgi ve nezaket düzeyini 0,847 birim arttırmaktadır. Sonuç olarak; basit doğrusal regresyon analizinde katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin ilgi ve nezaket üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır ve katılımcıların hasta hakları

uygulamalarına ilişkin görüşlerinin ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğunu belirten  $H_5$  hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen verilere göre basit regresyon modeli:  $Y=a+bX$  ise (Alpar,2018:454).  $a=0.669$   $b=0.847$  olmak üzere  $Y=a+bX$  ise  $Y=0.669+0,847X$  olarak kurulabilir ( $X=$  Hasta Hakları Uygulamaları,  $Y=$  İlgi ve Nezaket)

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının ilgi ve nezakete etkisinin incelediği çoklu doğrusal regresyon Tablo 5.31’de gösterilmiştir.

Çoklu regresyon analizine geçilmeden önce analiz kriterleri olan Durbin-Watson katsayısı (oto-korelasyon) ve Varyans Şişme Faktör (Variance Inflation Factor-VIF) katsayılarına bakılmıştır. Çoklu bağlantı (Varyans Şişme Faktörü) bir model içerisinde bağımsız değişken olarak birbiriyle yüksek düzeyde ilişkili değişkenler olmasıdır (Kılıç, 2013: 91). Çoklu regresyon analizi işlemi yapılmadan önce analiz kriterleri olan varyans şişme değerleri ve değişkenler arasında oto korelasyonun olup olmama durumuna bakılmıştır. Varyans şişme değerlerinin (Variance Inflation Factor-VIF)  $VIF<10$ ’dan küçük olması beklenmektedir. Oto korelasyonun olup olmamasına karar verilmesi için Durbin-Watson katsayısı değerlerinin 1,5 ile 2,5 arasında yer alması veya 2 civarında değer alması değişkenler arası otokorelasyon olmadığı anlamını işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2013; Korkmazer vd., 2016).

**Tablo 5.31. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla İlgi ve Nezaket Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P	VIF
	B	Standart Hata	$\beta$			
Sabit	1,092	,297		3,677	,000	
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	,120	,063	,131	1,920	,056	2,229
Bilgilendirme	,201	,067	,222	3,004	,003**	2,643
Onay	-,071	,061	-,060	-1,157	,248	1,313
Gizlilik-Özel Hayat	-,137	,069	-,120	-1,973	,050	1,793
Bakım ve Tedavi	,617	,101	,509	6,096	,000**	3,356
Başvuru	,019	,036	,029	,532	,595	1,403
F: 41,480 R <sup>2</sup> : 0,516 R: 0,719 *P <0,001 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,504						
**P<0,05 Durbin-Watson: 1,677						

**Bağımsız Değişken:** Bilgilendirme, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları, Onay, Gizlilik-Özel Hayat, Başvuru, Bakım ve Tedavi

**Bağımlı Değişken:** İlgi ve Nezaket

Analiz sonuçlarından elde edilen veriler incelendiğinde; Durbin-Watson katsayısı 1,677’dir. VIF değerleri ise 1,313 ile 3,356 arasında değişmektedir. Bu sonuca göre değişkenler arası otokorelasyon ve çoklu bağlantı probleminin olmadığı söylenebilir.

Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarının ilgi ve nezakete etkisini belirlemek üzere oluşturulan regresyon analizi modeli (F:41,480; P<0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Regresyon katsayılarının anlamlılığını belirten t istatistik değerleri; sağlık hizmetlerinde hasta hakları (t:1,920; p:0,056) için anlamsız, bilgilendirme (t:3,004; p:0,003) için anlamlı, onay (t: -1,157; p:0,248) için anlamsız, gizlilik-özel hayat (t: -1,973; p:0,050) için anlamsız, bakım ve tedavi (t:6,096; p:0,000) için anlamlı, başvuru (t:0,532; p:0,595) için anlamsızdır. Değişkenler arası istatistiksel olarak anlamlı (R:0,719; P<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bağımsız değişkenlerden bilgilendirme ve bakım ve tedavi alt boyutlarının bağımlı değişken olan ilgi ve nezakete açıklama oranı Adjusted (düzeltilmiş) R<sup>2</sup> değeri 0,504 olarak hesaplanmıştır. Bulunan sonuca göre katılımcıların ilgi ve nezaketlerindeki değişimlerin

% 50,4'ünün hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarından bilgilendirme ve bakım ve tedavi ile açıklandığını göstermektedir.

Bağımsız değişkenler incelendiğinde; bilgilendirmedeki bir birimlik artış, bağımlı değişkende ( ilgi ve nezaket) ,201'birimlik bir artışı, bakım ve tedavideki bir birimlik artış ise ,617'birimlik bir artışı sağlamaktadır. Bununla birlikte bilgilendirme ( $\beta:0,201$ ;  $p:0,003$ ), bakım ve tedavi ( $\beta:0,617$ ;  $p:0,000$ ) ifadesinin katılımcıların ilgi ve nezaket üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir (Tablo 5.31). Bu sonuçlara göre; katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme ve bakım ve tedavi alt boyutlarının ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ileri süren  $H_{5b}$  ve  $H_{5e}$  hipotezi kabul edilirken; sağlık hizmetlerinde hasta hakları, onay, gizlilik-özel hayat ve başvuru alt boyutlarının idari hizmetlerden memnuniyeti pozitif yönde etkilediğini ileri süren  $H_{5a}$ ,  $H_{5c}$ ,  $H_{5d}$ ,  $H_{5f}$  hipotezleri istatistiksel olarak anlamlı olmadığından reddedilmiştir. Elde edile veriler sonucunda çoklu regresyon analizi modeli;  $Y=a+bX_1+cX_2+dX_3+eX_4+fX_5+gX_6$  (Alpar,2018:479) ise;  $a= 1,092$ ;  $b= ,120$ ;  $c= ,201$ ;  $d= -,071$ ;  $e= -,137$ ;  $f= ,617$ ;  $g= ,019$  olmak üzere,  $Y=1,092+0,120X_1+0,201X_2-0,071X_3-0,137X_4+0,617X_5+0,019X_6$  olarak kurulabilir ( $X_1$ : sağlık hizmetlerinde hasta hakları;  $X_2$ :bilgilendirme;  $X_3$ : onay;  $X_4$ :gizlilik-özel hayat;  $X_5$ :bakım ve tedavi;  $X_6$ : başvuru).

Tablo 5.32'de hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının ilgi ve nezakete etkisine dair oluşturulan hipotezlerin kabul ve red durumlarına görsel olarak yer verilmiştir.

**Tablo 5.32. Hasta Hakları Uygulamalarının İlgi ve Nezakete Etkisi Hipotez Sonuçları**

$H_5$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
$H_{5a}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
$H_{5b}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
$H_{5c}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
$H_{5d}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
$H_{5e}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
$H_{5f}$ : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>

#### 5.8.4. Hasta Hakları Uygulamaları ve Alt Boyutlarının Genel Memnuniyete Etkisi Regresyon Analizi Sonuçları

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının genel memnuniyet üzerindeki etkisi Tablo 5.33 ve Tablo 5.34' te gösterilmiştir. Hasta hakları uygulamalarının genel memnuniyet üzerindeki etkisinin belirlenmesi için basit regresyon, hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının genel memnuniyet üzerindeki etkisinin belirlenmesi için ise çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 5.33. Hasta Hakları Uygulamalarının Genel Memnuniyete Etkisi**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P
	B	Standart Hata	$\beta$		
Sabit	,547	,251		2,176	,031
Hasta Hakları Uygulamaları	,817	,060	,659	13,501	,000**
F: 182,266 R <sup>2</sup> : 0,434 R: 0,659 *P <0,001 **p<0,05 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,431					

**Bağımsız Değişken:** Hasta Hakları Uygulamaları

**Bağımlı Değişken:** Genel Memnuniyet

Basit regresyon analizi sonucunda oluşturulan model (F:182,266; p<0,001) ve regresyon katsayılarının anlamlılığına işaret eden t istatistik değerlerine bakıldığında (t:13,501; p<0,05) elde edilen sonuçların anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Değişkenler arası ise anlamlı (R:0,659; p<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır (Tablo 5.33).

Bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı ise R<sup>2</sup>: 0,434 olarak elde edilmiştir. Bu da hasta hakları uygulamalarının katılımcıların genel memnuniyet üzerindeki değişimlerin % 43,4'ünü açıkladığını göstermektedir. Hasta hakları uygulamalarındaki bir birimlik artış katılımcıların genel memnuniyet düzeyini 0,817 birim arttırmaktadır.

Sonuç olarak; basit doğrusal regresyon analizinde katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin genel memnuniyet üzerinde pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu saptanmıştır ve katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğunu belirten H<sub>0</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Elde edilen verilere göre basit regresyon modeli; Y=a+bX ise (Alpar,2018:454), a=0,547 b=0,817 olmak üzere Y=a+bX ise Y=0,547+0,817X olarak kurulabilir (X= Hasta Hakları Uygulamaları, Y= Genel Memnuniyet).

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları alt boyutlarının genel memnuniyete etkisinin incelediği çoklu doğrusal regresyon Tablo 5.34'te gösterilmiştir.

Çoklu regresyon analizi işlemi yapılmadan önce analiz kriterleri olan varyans şişme değerleri ve değişkenler arasında oto korelasyonun olup olmama durumuna bakılmıştır. Varyans şişme değerlerinin (Variance Inflation Factor-VIF) VIF<10'dan küçük olması beklenmektedir. Oto korelasyonun olup olmamasına karar verilmesi için Durbin-Watson katsayısı değerlerinin 1,5 ile 2,5 arasında yer alması veya 2 civarında değer alması değişkenler arası otokorelasyon olmadığı anlamını işaret etmektedir (Büyüköztürk, 2013; Korkmazer vd., 2016).



**Tablo 5.34. Hasta Hakları Uygulamaları Boyutlarıyla Genel Memnuniyet Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P	VIF
	B	Standart Hata	$\beta$			
Sabit	,980	,294		3,327	,001	
Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları	,049	,062	,054	,792	,429	2,229
Bilgilendirme	,165	,066	,186	2,476	,014**	2,643
Onay	-,096	,061	-,084	-1,588	,114	1,313
Gizlilik-Özel Hayat	-,110	,069	-,098	-1,593	,112	1,793
Bakım ve Tedavi	,668	,100	,562	6,652	,000**	3,356
Başvuru	,049	,036	,075	1,368	,173	1,403
F: 39,630 R <sup>2</sup> : 0,505 R: 0,711 *P <0,001 model (p): 0,000* Adjusted R <sup>2</sup> : 0,492						
**P<0,05 Durbin-Watson: 1,565						

**Bağımsız Değişken:** Bilgilendirme, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları, Onay, Gizlilik-Özel Hayat, Başvuru, Bakım ve Tedavi

**Bağımlı Değişken:** Genel Memnuniyet

Analiz sonuçlarından elde edilen veriler incelendiğinde; Durbin-Watson katsayısı 1,565'dir. VIF değerleri ise 1,313 ile 3,356 arasında değişmektedir. Bu sonuca göre değişkenler arası otokorelasyon ve çoklu bağlantı probleminin olmadığı söylenebilir.

Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarının genel memnuniyete etkisini belirlemek üzere oluşturulan regresyon analizi modeli (F:39,630; P<0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Regresyon katsayılarının anlamlılığını belirten t istatistik değerleri; sağlık hizmetlerinde hasta hakları (t:0,792; p:0,429) için anlamsız, bilgilendirme (t:2,476; p:0,014) için anlamlı, onay (t: -1,588; p:0,114) için anlamsız, gizlilik-özel hayat (t: -1,593; p:0,112) için anlamsız, bakım ve tedavi (t:6,652; p:0,000) için anlamlı, başvuru (t:1,368; p:0,173) için anlamsızdır. Değişkenler arası istatistiksel olarak anlamlı (R:0,711; P<0,000) ve pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bağımsız değişkenlerden bilgilendirme ve bakım ve tedavi alt boyutlarının bağımlı değişken olan genel memnuniyeti açıklama oranı Adjusted (düzeltilmiş) R<sup>2</sup> değeri 0,492 olarak hesaplanmıştır. Bulunan sonuca göre katılımcıların genel memnuniyetlerindeki değişimlerin % 49,2'sinin hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutlarından bilgilendirme ve bakım ve tedavi ile açıklandığını göstermektedir (Tablo 5.34).

Bağımsız değişkenler incelendiğinde; bilgilendirmedeki bir birimlik artış, bağımlı değişkende (genel memnuniyet), 165'birimlik bir artışa; bakım ve tedavideki bir birimlik artış, 668'birimlik bir artışı sağlamaktadır. Bununla birlikte bilgilendirme ( $\beta$ :0,165; p:0,014) ve bakım ve tedavi ( $\beta$ :0,668; p:0,000) ifadelerinin katılımcıların genel memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir (Tablo 5.34). Bu sonuçlara göre; katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme ve bakım ve tedavi alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ileri süren H<sub>6e</sub> ve H<sub>6b</sub> hipotezleri kabul edilirken; sağlık hizmetlerinde hasta hakları, gizlilik-özel hayat, onay ve başvuru alt boyutlarının genel memnuniyeti pozitif yönde etkilediğini ileri süren H<sub>6a</sub>, H<sub>6c</sub>, H<sub>6d</sub>, H<sub>6f</sub> hipotezleri istatistiksel olarak anlamlı olmadığından reddedilmiştir. Elde edilen veriler sonucunda çoklu regresyon analizi modeli;  $Y=a+bX_1+cX_2+dX_3+eX_4+fX_5+gX_6$  (Alpar,2018:479) ise; a= 0,980; b= ,049; c= ,165; d= -,096; e= -,110; f= ,668; g= ,049 olmak üzere,  $Y=0,980+0,049X_1+0,165X_2-0,096X_3-0,110X_4+0,668X_5+0,049X_6$  olarak kurulabilir (X<sub>1</sub>: sağlık hizmetlerinde hasta hakları; X<sub>2</sub>:bilgilendirme; X<sub>3</sub>: onay; X<sub>4</sub>:gizlilik-özel hayat; X<sub>5</sub>:bakım ve tedavi; X<sub>6</sub>: başvuru).

Tablo 5.35’te hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarının genel memnuniyete etkisine dair oluşturulan hipotezlerin kabul ve red durumuna görsel olarak yer verilmiştir.

**Tablo 5.35. Hasta Hakları Uygulamalarının Genel Memnuniyete Etkisi Hipotez Sonuçları**

<b>H<sub>6</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
<b>H<sub>6a</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır	<b>RED</b>
<b>H<sub>6b</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bilgilendirme alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
<b>H<sub>6c</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları onay alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
<b>H<sub>6d</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları gizlilik-özel hayat alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>
<b>H<sub>6e</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları bakım ve tedavi alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>KABUL</b>
<b>H<sub>6f</sub></b> : Katılımcıların hasta hakları uygulamaları başvuru alt boyutunun genel memnuniyet üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır.	<b>RED</b>

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmaya dâhil olan katılımcıların hasta hakları uygulamaları ve hasta memnuniyetiyle ilgili elde edilen bulgular neticesinde elde edilen sonuçlara yer verilecektir. Bu çalışma hastane işletmelerinde tedavi gören hasta ve yakınlarının görüşlerine göre hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte hasta hakları uygulamaları alt boyutlarıyla hasta memnuniyeti alt boyutlarının hastane türüne (kamu ve özel) göre farklılık gösterip göstermediğini ortaya koymak da amaçlardan biridir.

Araştırmanın güvenirlik analizi sonuçları neticesinde Cronbach's Alpha katsayısı sırasıyla; hasta hakları uygulamaları ve alt boyutlarında; genel hasta hakları uygulamalarında (0,91), sağlık hizmetlerinde hasta hakları (0,75), bilgilendirme (0,77), onay (0,63), gizlilik-özel hayat (0,67), bakım ve tedavi (0,77) , başvuru (0,79) değerlerine ulaşılmıştır. Hasta memnuniyeti ölçeği ve alt boyutlarına ait Cronbach Alpha değerleri ise; genel memnuniyet (0,90) , tıbbi hizmetlerden memnuniyet (0,69), idari hizmetlerden memnuniyet (0,78), ilgi ve nezaket (0,82), değerleri saptanmıştır.

Araştırmanın faktör analizi sonuçları aşağıda verilmiştir. Buna göre;

Faktör analizi sonucunda hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin KMO değeri ,876 olarak tespit edilmiştir. Bartlett's testi sonucu ise ,000 düzeyinde anlamlıdır. KMO ve Bartlett's testi sonucunda elde edilen değerler, araştırma grubu ile önermelerin uyumlu olduğunu göstermektedir. Araştırmada kullanılan hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin araştırmayı kapsama oranını incelemek için yapılan varyans analizi sonucunda; hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin ilgili kısmın % 52,62'sini temsil ettiği görülmüştür. Faktör analizi sonucunda hasta memnuniyeti ölçeğinin KMO değeri ,902 olarak tespit edilmiştir. Bartlett's testi sonucu ise ,000 düzeyinde anlamlıdır. KMO ve Bartlett's testi sonucunda elde edilen değerler, araştırma grubu ile önermelerin uyumlu olduğunu göstermektedir. Araştırmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeğinin araştırmayı kapsama oranını incelemek için yapılan varyans analizi sonucunda; hasta memnuniyeti ölçeğinin ilgili kısmın % 67,38'ini temsil ettiği görülmüştür.

Araştırmaya dâhil olan katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar aşağıda verilmiştir. Buna göre;

Katılımcıların % 62,5'i kadın, % 79,6'sı evli ve % 42,5'inin ilköğretim mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde; % 32,1'i 20-30 yaş aralığında, % 29,6'sı 31-40 yaş aralığında, % 20,4'ü 41-50 yaş aralığında, % 17,9'u ise 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların sosyal güvence durumları incelendiğinde; % 9,2 'si sosyal güvenceye sahip olmadıkları, % 85,4'ünü Devlet (SGK) kapsamında oldukları ve % 5,4'ünün ise özel sigortaya sahip olduğu görülmüştür.

Hastane türlerine göre katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin sonuçlar aşağıda verilmiştir. Buna göre;

Kamu hastanesindeki katılımcıların % 61,7'sinin kadın, %81,7'si evli ve % 51,7'si ilköğretim mezunudur. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde; % 24,2'si 20-30 yaş aralığında, % 23,3'ü 31-40 yaş aralığında, % 23,3'ü 41-50 yaş aralığında, % 29,2'si 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların sosyal güvence durumları incelendiğinde; % 7,5'i sosyal güvenceye sahip olmadıkları, % 90,8'i Devlet (SGK) kapsamında oldukları ve % 1,7'sinin özel sigortaya sahip oldukları görülmüştür. Özel hastanedeki katılımcıların % 63,3'ü kadın, % 77,5'i evli ve % 36,7'si üniversite mezunudur. Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde; % 40'ı 20-30 yaş aralığında, % 35,8'i 31-40 yaş aralığında, % 17,5'i 41-50 yaş aralığında, % 6,7'si ise 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların sosyal güvence durumları incelendiğinde; % 10,8'i sosyal güvenceye sahip olmadıkları, % 80'i Devlet (SGK) kapsamında oldukları, % 9,2'sinin ise özel sigortaya sahip oldukları görülmüştür.

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin verdikleri yanıtların dağılımının sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Katılımcıların ölçekteki ifadelerine verdikleri yanıtlar neticesinde en yüksek puan ortalamasının ( $\bar{X}=4,69$ ) “Hastanede istediğim doktora muayene ve tedavi olabilmekteyim” ifadesinin olduğu ve katılımcıların % 79,6’sının bu ifadeye “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri tespit edilmiştir. En düşük puan ortalamasının ( $\bar{X}=2,70$ ) ise “Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların % 19,2’si “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermişlerdir. Tosun (2015)’un hasta yakınlarının (refakatçi) hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyleri ve hastalarına yönelik hizmet memnuniyetini belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmada refakatçilerin % 44,8’i hastanede bekledikleri yerin rahat olduğunu ifade etmişlerdir. Aşkar (2006)’ın Kütahya Devlet Hastanesi’nde hasta hakları uygulamaları ile ilgili yapmış olduğu çalışmada en düşük oranın “Hemşirelik hizmetlerinden memnun kalmadığım hemşirenin değiştirilmesini talep ettiğimde tercihime saygı duyulmaktadır” ifadesi olduğu ve katılımcıların % 22,9’unun “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri; en yüksek oranın ise “Hastanenin kendi kuralları çerçevesinde ve doktorumun izin vermesi halinde refakatçi bulundurabiliyorum” ifadesi olduğu ve katılımcıların % 68,4’ünün “kesinlikle katılıyorum” yanıtını verdikleri görülmüştür.

Katılımcıların hasta memnuniyeti ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımının sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Katılımcıların ölçekteki ifadelerine verdikleri yanıtlar neticesinde en yüksek puan ortalamasının ( $\bar{X}=4,34$ ) “Hekimlerin ilgisi ve nezaketinden” ifadesinin olduğu tespit edilmiştir. Bu ifadeye katılımcıların % 47,5’i “çok memnunum” yanıtını vermişlerdir. En düşük puan ortalaması ise ( $\bar{X}=3,42$ ) ile “Lavabo ve tuvalet hizmetlerinden” ifadesidir. Bu ifadeye katılımcıların % 20,8’i “kesinlikle katılıyorum” yanıtını vermişlerdir. Erdem vd., (2008)’nin hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada en yüksek puan ortalamasının ( $\bar{X}=4,32$ ) “Hekimlerin ilgisi ve nezaketi”; en düşük puan ortalamasının ise ( $\bar{X}=3,71$ ) “Kantin ve kafeterya hizmetlerinden” ifadesi olduğu belirlenmiştir. Aytaç ve Yeşildal (2004)’ün yatan hastalar üzerinde yapılan araştırmada da, hastaların en fazla hekimlerden en az da fiziki ve teknik koşullardan memnun oldukları bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan hasta hakları uygulamaları ve alt boyutları puan ortalamaları sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Hasta hakları uygulamaları puan ortalamasının ( $4,12\pm 0,49$ ); alt boyutlarının ise sırasıyla; sağlık hizmetlerinde hasta hakları ( $4,20\pm 0,68$ ), bilgilendirme ( $4,06\pm 0,69$ ), onay ( $4,60\pm 0,53$ ), gizlilik-özel hayat ( $4,27\pm 0,55$ ), bakım ve tedavi ( $4,20\pm 0,51$ ), ve başvuru ( $3,32\pm 0,93$ ) değerleri tespit edilmiştir. En yüksek puan ortalamasının onay alt boyutu, en düşük puan ortalamasının ise başvuru alt boyutu olduğu saptanmıştır.

Araştırmada kullanılan hasta memnuniyeti ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Tıbbi hizmetlerden memnuniyet alt boyutu puan ortalamasının ( $3,86\pm 0,66$ ), idari hizmetlerden memnuniyet puan ortalamasının ( $3,69\pm 0,74$ ), ilgi ve nezaket puan ortalamasının ( $4,16\pm 0,63$ ), genel memnuniyet puan ortalamasının ise ( $3,91\pm 0,61$ ) olduğu tespit edilmiştir. En yüksek puan ortalamasının ilgi ve nezaket alt boyutu, en düşük puan ortalamasının ise idari hizmetlerden memnuniyet alt boyutu olduğu saptanmıştır.

Araştırmada iki farklı bağımsız değişken için bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, üç veya daha fazla değişkenlere yönelik yapılan anova testi sonucunda gruplar arası farklılığı belirlemek için pos hoc tukey testi, hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla basit ve çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Araştırmanın T testi kullanılarak elde edilen sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Toygar vd. (2015)'in bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada hasta ve yakınlarının cinsiyetleri ile sağlık hizmetlerinde hasta hakları, gizlilik-özel hayat, bakım ve tedavi alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık bulmuşlardır.

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının medeni duruma göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda; bilgilendirme, onay, bakım ve tedavi ve başvuru alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu diğer boyutlarda ise anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin cinsiyetlerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Erdem vd., (2015)'nin bir üniversite hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ayaktan ve yatarak tedavi alan hastaların cinsiyetleri ile memnuniyet durumlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin medeni durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Demir vd. (2011)'nin bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerine yönelik yaptıkları çalışmada medeni durum ile hastaların memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç çalışmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin hastane türüne göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde elde edilen bulgularda tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olduğu ve özel hastanenin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ataman ve Yarımoğlu (2018)'nin hastane türlerine göre hasta memnuniyeti ve hastane seçimini etkileyen unsurlar ile ilgili yaptığı çalışmada özel hastanelerdeki hastaların memnuniyet düzeyleri ile kamu hastanelerindeki hastaların memnuniyet düzeyleri arasında farklılık olduğu ve özel hastanelerdeki hastaların memnuniyet düzeyinin kamu hastanelerine göre daha yüksek olduğu daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Araştırmanın Tek yönlü Anova Analizi kullanılarak elde edilen sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının yaşa göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; onay ve başvuru boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu, diğer boyutlarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anlamlı farklılığın olduğu "onay" boyutunda, yaşları 51 ve üstü olan katılımcıların onay boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Demografik değişkenlerin alt gruplarına yönelik farkın belirlenmesi için yapılan Tukey testine göre 20-30 yaş arasındaki katılımcılar ile 31-40 yaş ve 51 ve üstü yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmuştur. "Başvuru" boyutunda, 20-30 yaş aralığındaki katılımcıların başvuru boyutuna ilişkin görüşleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Demografik değişkenlerin alt gruplarına yönelik farkın belirlenmesi için yapılan Tukey testine göre 51 ve üstündeki yaş grubundaki katılımcılar ile 20-30 yaş ve

31-40 yaş grubundaki katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.. Toygar vd. (2015)'nin bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada hasta ve yakınlarının yaşları ile sağlık hizmetlerinde hasta hakları boyutu arasında anlamlı bir farklılık olduğu diğer boyutlarda ise farklılık olmadığı bulunmuştur. Farkın 26-30 yaş arasındaki hasta ve yakınlarından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Ergüden (2015)'in sağlık kurumlarında hasta hakları kapsamında hasta memnuniyetsizliğini etkileyen faktörlerin analizine yönelik yaptığı çalışmada hastaların şikayet başvurusu ile yaşları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ve yaşları 41 ve üzeri olan hastaların daha çok şikayette buldukları görülmüştür.

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; bilgilendirme, gizlilik-özel hayat, başvuru boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu, diğer boyutlarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anlamlı farklılığın olduğu "bilgilendirme" boyutunda, eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. "Gizlilik-özel hayat" boyutunda, eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu okur-yazar olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. "Başvuru" boyutunda, eğitim durumu lise olan katılımcılar ile eğitim durumu ilköğretim olan katılımcılar arasında bu grup lehine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Mangan (2006)'ın Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hasta hakları uygulamalarının incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada eğitim durumu ile hasta hakları uygulamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Katılımcıların kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin algılamalarının sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; bakım ve tedavi ve başvuru boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu, diğer boyutlarda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anlamlı farklılığın olduğu "bakım ve tedavi" boyutunda, özel sağlık sigortasına sahip katılımcılar ile devlet (SGK) güvencesine sahip katılımcılar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. "Başvuru" boyutunda ise devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar, yine devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile özel sağlık sigortasına sahip olan katılımcılar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin yaşa göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çelikkalp vd., (2011)'nin bir kamu hastanesinde yatan hastaların hizmetten memnuniyetlerini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada hasta memnuniyeti ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin eğitim durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; tüm boyutlarda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Konca vd., (2006)'nin bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların hastane hizmetlerinden beklentileri ve beklentilere ilişkin memnuniyet durumunun değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların memnuniyet düzeyleri ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Katılımcıların hasta memnuniyetine ilişkin görüşlerinin sosyal güvence durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için yapılan analiz neticesinde; idari hizmetlerden memnuniyet, ilgi ve nezaket ve genel memnuniyet boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu, tıbbi hizmetlerden memnuniyet boyutunda ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Anlamlı farklılığın olduğu "idari hizmetlerden memnuniyet", "ilgi ve nezaket" ve "genel memnuniyet" boyutlarında, devlet (SGK) güvencesine sahip olan katılımcılar ile sosyal güvencesi olmayanlar arasında bu grup lehine anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu saptanmıştır. Ercan vd., (2004)'nin HMÖÖ (Hizmet Memnuniyetini Ölçme Ölçeği) kullanarak sağlık

kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçmek amacıyla geliştirilen ölçek çalışmasında katılımcıların sosyal güvenceleri ile hizmet memnuniyeti arasında anlamlı ilişkiler bulmuşlardır.

Araştırmanın Korelasyon Analizi kullanılarak elde edilen sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Kurumdaki hasta hakları uygulamalarına ilişkin hasta ve yakınlarına uygulanan ölçeğin alt boyutları ile arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre; sağlık hizmetlerinde hasta hakları alt boyutu ile bilgilendirme ( $r:0,627$ ;  $p:0,000$ ), onay ( $r:0,335$ ;  $p:0,000$ ), gizlilik-özel hayat ( $r:0,549$ ;  $p:0,000$ ), bakım ve tedavi ( $r:0,718$ ;  $p:0,000$ ) ve başvuru ( $r:0,334$ ;  $p:0,000$ ) alt boyutları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Genel olarak hasta hakları uygulamaları ölçeği ile alt boyutları arasında yüksek düzeyde ve pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin bilgilendirme ile bakım ve tedavi arasında ( $r:0,752$ ;  $p:0,000$ ); en zayıf ilişkinin ise bilgilendirme ile onay ( $r:0,232$ ;  $p:0,000$ ) arasında olduğu saptanmıştır. Onay ile başvuru arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir ( $r:0,024$ ;  $p:0,706$ ).

Hasta memnuniyeti ölçeği boyutlarının korelasyon analizi sonuçlarına göre; hasta memnuniyeti ölçeğinin alt boyutları arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutları arasında en yüksek ilişkinin idari hizmetlerden memnuniyet ile genel memnuniyet ( $r:0,926$ ;  $p:0,000$ ) arasında, en zayıf ilişki ise tıbbi hizmetlerden memnuniyet ile idari hizmetlerden memnuniyet ( $r:0,686$ ;  $p:0,000$ ) arasında olduğu saptanmıştır.

Hasta hakları uygulamaları ile genel memnuniyet arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre; hasta hakları uygulamaları ile genel memnuniyet arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ( $r:0,659$ ;  $p:0,000$ ) pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu da katılımcıların hastane işletmelerinde hasta haklarının uygulandığını düşündükçe bunun genel memnuniyeti arttıracığı şeklinde yorumlanabilir.

Hasta hakları uygulamaları boyutlarıyla hasta memnuniyeti boyutları arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına aşağıda ver verilmiştir. Buna göre;

Katılımcıların hasta hakları uygulamaları ile hasta memnuniyeti ölçeği alt boyutları arasındaki en yüksek ilişkinin; hasta hakları uygulamaları ölçeği bakım ve tedavi alt boyutu ile hasta memnuniyeti ölçeği ilgi ve nezaket alt boyutu arasında olduğu görülmüştür ( $r:0,687$ ;  $p:0,000$ ). En düşük ilişki ise; hasta hakları uygulamaları ölçeği onay alt boyutu ile hasta memnuniyeti ölçeği tıbbi hizmetlerden memnuniyet alt boyutu arasındadır ( $r:0,168$ ;  $p:0,009$ ). Hasta hakları uygulamaları ölçeği onay alt boyutu ile hasta memnuniyeti ölçeği idari hizmetlerden memnuniyet alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r:0,100$ ;  $p:0,124$ ).

Araştırmanın Regresyon Analizi kullanılarak elde edilen sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir. Buna göre;

Bağımsız değişken olan hasta hakları uygulamalarının bağımlı değişken olan tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 32,1 olarak tespit edilmiştir. Hasta hakları uygulamaları ile tıbbi hizmetlerden memnuniyet arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutları ile tıbbi hizmetlerden memnuniyet arasındaki çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; ölçek alt boyutlarından bakım ve tedavi alt boyutunun tıbbi hizmetlerden memnuniyet üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 32,8 olarak tespit edilmiştir. Bakım ve tedavi ( $\beta:0,538$ ;  $p:0,000$ ) ifadesinin katılımcıların tıbbi hizmetlerden memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu saptanmıştır.

Bağımsız değişken olan hasta hakları uygulamalarının bağımlı değişken olan idari hizmetlerden memnuniyet üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 29 olarak tespit edilmiştir. Hasta hakları uygulamaları ile idari hizmetlerden memnuniyet arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutları ile idari hizmetlerden memnuniyet arasındaki çoklu regresyon analizi

sonuçlarına göre; ölçek alt boyutlarından bakım ve tedavi alt boyutunun idari hizmetlerden memnuniyet üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 34,5 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte bakım ve tedavi ( $\beta$ :0,759; p:0,000) ifadesinin katılımcıların idari hizmetlerden memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu saptanmıştır.

Bağımsız değişken olan hasta hakları uygulamalarının bağımlı değişken olan ilgi ve nezaket üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 44,9 olarak tespit edilmiştir. Hasta hakları uygulamaları ile ilgi ve nezaket arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutları ile ilgi ve nezaket arasındaki çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; ölçek alt boyutlarından bilgilendirme ve bakım ve tedavi alt boyutunun ilgi ve nezaket üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 50,4 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte bilgilendirme ( $\beta$ :0,201; p:0,003), bakım ve tedavi ( $\beta$ :0,617; p:0,000) ifadesinin katılımcıların ilgi ve nezaket üzerinde istatistiksel olarak etkisinin anlamlı ve pozitif yönlü olduğu saptanmıştır.

Bağımsız değişken olan hasta hakları uygulamalarının bağımlı değişken olan genel memnuniyet üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 43,4 olarak tespit edilmiştir. Hasta hakları uygulamaları ile genel memnuniyet arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hasta hakları uygulamaları ölçeği alt boyutları ile genel memnuniyet arasındaki çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre; ölçek alt boyutlarından bilgilendirme ve bakım ve tedavi alt boyutlarının genel memnuniyet üzerindeki değişimleri açıklama oranı % 49,2 olarak tespit edilmiştir. Bilgilendirme ( $\beta$ :0,165; p:0,014) ve bakım ve tedavi ( $\beta$ :0,668; p:0,000) alt boyutunun katılımcıların genel memnuniyeti üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçları neticesinde aşağıdaki önerilere yer verilmiştir:

Sağlık kurumlarında hasta haklarının uygulanmasına dikkat edilmesi oldukça önemlidir. Literatürde hasta haklarının bilinirlik düzeyine ilişkin çalışmaların yapılmasının yanı sıra hastane işletmeleri nezdinde hasta haklarının uygulanma durumuyla ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışma, hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisinin kamu ve özel hastanelerde araştırılmasına yönelik bir araştırmadır ve bu amaçla Hatay ilindeki bir kamu ve bir özel hastanede yapılmıştır. Bu sebeple araştırmanın sonuçları Türkiye'deki tüm kamu ve özel hastanelere genellenemez. Araştırmanın tüm illeri kapsayacak şekilde, genellenebilir bir sonuca ulaşması için farklı kamu ve özel hastanelerde hasta hakları uygulamalarına ilişkin doktor, hemşire ve hastane personeli gibi sağlık çalışanları araştırmaya dâhil edilerek araştırmanın yapılması ve daha geniş kitlelere uygulanarak geliştirilebileceği önerilebilir.

Katılımcıların hastane işletmelerinde hasta haklarının uygulandığını düşünmelerinin hasta memnuniyetini arttıracak unutulmamalıdır. Bu bağlamda hastane işletmelerinin kurumda tam anlamıyla hasta haklarının uygulanmasına dikkat etmeleri ve bu konuyu önemsemeleri gerekmektedir. Sağlık kurumlarında hizmeti sunan kişilerin hastaların isteklerini ve beklentilerini dikkate alarak hizmetin geliştirilmesine katkı sağlamaları için hasta haklarını kurumda tam anlamıyla uygulamaları hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyecektir. Hasta haklarının tam anlamıyla uygulanması için kurumdaki doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerine gereken eğitimlerin verilmesinin memnuniyetin arttıracak düşünülmemektedir. SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi)'in kamuoyu nezdinde oluşturulması hasta hakları ile ilgili şikâyetlerin ele alınmasının kurumdaki hasta hakları uygulamaları ile ilgili eksiklikler konusunda çözüm getirebileceği söylenebilir.

Hasta hakları uygulamalarına ilişkin verilen yanıtların sonuçları neticesinde hasta ve yakınlarının "Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur" ifadesi ortalamanın en düşük olduğu ifadedir. Bu bağlamda hastanede hastaların dinlenmesine yönelik tedbirlerin alınması ve gerekli ortamın sağlanması gerektiği söylenebilir. Hasta memnuniyeti ölçeğine verilen yanıtların neticesinde de "Lavabo ve tuvalet hizmetlerinden" ifadesi ortalamanın en düşük olduğu ifadedir. Sağlık kuruluşlarının bu



tür idari hizmetler konusunda daha hassas olmaları gerekmektedir ve bu tür idari hizmetler konusunda kurumdaki çalışanını eğiterek hizmet sunumu gerçekleştirebileceği söylenebilir. Hasta memnuniyetinde kamu hastanesi ile özel hastanenin farklılık gösterdiği ve özel hastanenin anlamlı şekilde daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Kamu hastanesindeki memnuniyeti arttırmak için sistemin düzgün bir şekilde planlaması ve bu konuda bir görüş birliğinin sağlanması için doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri beraber hareket ederek aksaklıkların nasıl giderilebileceği hakkında bilgi alışverişinde bulunmaları, eksikliklerin belirlenmesi ve hasta memnuniyetiyle ilgili belirli aralıklarla ölçüm yapılarak memnuniyeti değerlendirmeleri ve hastanedeki dilek ve şikâyet kutularının artırılması önerilmektedir.

Literatür taraması sonucunda hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisi ile ilgili hasta ve yakınları açısından çok fazla çalışmanın ele alınmaması ve bu çalışmanın bu konuyu çok detaylı incelemesinden ötürü araştırmanın bu konu ile ilgili çalışma yapmak isteyen araştırmacılara yol gösterici olacağı ifade edilebilir. Araştırmacılara hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla farklı araştırmalar yapılması ve ortaya çıkan sonuçların karşılaştırılarak ele alınması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

- AĞIR, D., SEYDAOĞLU, G., 2011. “Adana İli Kamu Hastanelerinde Yatan Hastalarda Memnuniyet Düzeyi ve Memnuniyeti Etkileyen Faktörler”, 3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı, ss.432-446, Ankara.
- AKBAŞ, E., 2014. “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği); Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AKDAĞ, R. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma Serisi 4, Ankara.
- AKDEMİR, N., 2015. “Türkiye’deki Hasta Hakları Uygulamaları Çerçevesinde Çocuk Hastaların Durumu” ; Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AKDUR, R., 1997. “Çağımızda Hasta-Sağlık Çalışanları İlişkileri ve Hasta Hakları”, Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 5 (2), ss. 43-49.
- AKSAKAOĞLU, G., 2008. “Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü”, Memleket Siyaset Yönetim Dergisi, 8, ss. 7-62.
- AKYILDIZ, M. 2009. T Testi’nin Spss İle Uygulanması ve Yorumlanması. Erişim Tarihi: 12.09. 2018, <http://www.istatistik.gen.tr/?p=54>.
- ALPAR, R., 2018. Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik Güvenirlik, Detay Yayıncılık, 672s.
- AMMO, M.A., ABU-SHAHEEN, A.K., KOBROSLY,S., AL-TANNİR, M.A., 2014. “Determinants of Patient Satisfaction at Tertiary Care Centers in Lebanon”, Open Journal of Nursing, 4, ss. 939-946
- ARSLAN, E. 2010. “Türkiye’de Hasta Hakları”; Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AŞKAR, A., 2006. “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği” ; Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- ATAÇ, A., AZAL, Ö., UÇAR, M., AÇIKEL, C.H., GÖÇGELDİ, E., 2003. “TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli- Hasta İlişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin İtranet Üzerinden Araştırılması”, Gülhane Tıp Dergisi, 45 (4), ss. 309-315.
- ATAMAN, G., YARIMOĞLU KURŞUNLUOĞLU, E., 2018. “Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyetini ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21 (2), ss. 273-288.
- ATICI, E., 2007. “Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (2), ss. 91-96.
- AYCAN, Y., 2016. “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: Tavas Diş Tedavi ve Protez Merkezi Örneği”; Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- AYDEMİR, İ., 2010. “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi”; Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- AYDEMİR, İ., ÖZHAN, A., 2012. “Hasta Hakları Uygulamalarının Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi”, Toplum ve Sosyal Hizmet, 23(1), ss. 83-99.
- AYDEMİR, İ., ÖZHAN, A., 2011. “Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi” , Toplum ve Sosyal Hizmet, 22 (1), ss.85-104.
- AYDINER, A.H., 2006. “Bursa’daki Hekimlerin Hasta Haklarına Yaklaşımı”; Uzmanlık Tezi ,Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- AYDOĞAN, Ü., 2005. “ Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti”; Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi, Ankara.
- AYTAR, G., YEŞİLDAL, N., 2004. “Yatan Hasta Memnuniyeti”, Düzce Tıp Fakültesi Dergisi, 3, ss.10-14.

- BANKAOĞLU, E., 2013. "Hasta Memnuniyetinin Kurumsal İmaj Üzerindeki Etkisi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Araştırma"; Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya
- BAYIK, A., 2000. "Hasta Hakları, Etik ve Hemşirelik", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 16 (1), ss.57-72.
- BİLGİN, Y., GÖRAL, M., 2017. "Sağlık Kuruluşlarında Hizmet Kalitesinin Hasta Memnuniyetine Etkisi: Bartın Devlet Hastanesi Örneği" Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi, 8 (16), ss.151-176.
- BİLİR, Ö., ŞİŞMANLAR, D., ERSUNAN, G., AYAZ, T., 2015. "Acil Servis Çalışanlarının Hasta Haklarına Bakışı", Konuralp Tıp Dergisi, 7 (1), ss. 28-33.
- BOSTAN, S., 2007. "Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Farabi Hastanesi Örneği", Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10 (1), ss.1-18.
- BOSTAN, S., ÜNAL KÖSE, A., 2013. "Hastane Çalışanları İçin Hasta Hakları Uygulamaları Ne İfade Ediyor? Doğu Karadeniz Örneği", Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 21 (2), ss. 65-73.
- BULUT, H., 2006. "Acil Servislerde Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirmenin Memnuniyet Üzerine Etkisi", Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 12 (4), ss. 288-298.
- BÜBER, R., BAŞER, H., 2012. "Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama", Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 4 (1), ss. 265-274.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Ş. 2014. Veri Analizi El Kitabı (19.Baskı). PEGEM Akademi, Ankara.
- CAVLAK, H., BOSTANCIOĞLU, D., 2015. "Avrupa Birliğine Uyum Sürecinde Türkiye'deki Sağlık ve Hasta Hakları", IAAOJ Social Science, 2 (2), ss. 27-42.
- ÇELİKKALP, Ü., TEMEL, M., SARAÇOĞLU VAROL, G., DEMİR, M., 2011. "Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti", Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6 (17), ss.1-14.
- DEMİR, Y., ARSLAN GÜROL, G., EŞER, İ., KHORSHID, L., 2011. "Bir Eğitim Hastanesinde Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19 (2), ss. 68-76.
- DİNÇ, D., ÜNALAN, P.C., TOPSEVER, P., ÖZYAVAŞ, S., 2009. "Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim", Türk Aile Hekimliği Dergisi, 13 (2), ss. 93-98.
- DUCİNSKIENE, D., VLADİCKIENE, J., KALIEDIENE, R., HAAPALA, I., 2006. "Awareness And Practice Of Patient's Rights Law In Lithuania", BMC International Health and Human Rights, 6 (10), ss. 1-6.
- DURUN, Y., ÇERÇİ, M., 2004. "Algılanan Sağlık Hizmeti Kalitesi, Algılanan Değer, Hasta Tatmini ve Davranışsal Niyet İlişkileri Üzerine Bir Araştırma" Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi, 23, ss. 1-16.
- ER, Ü., (2008). Sağlık Hukuku, Savaş Yayıncılık, 614s.
- ERBİL, N., 2009. "Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeğinin Geliştirilmesi", Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1), ss.826-838.
- ERCAN, İ., EDİZ, B., KAN, İ., 2004. "Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek", Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (3), ss. 151-157.
- ERDEM, Ş. 2007. "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama"; Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- ERDEM, Ö. 2007. "Sağlık Personeli ve Hastaların, Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Uygulanan Müdahale Yöntemlerinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi"; Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

- ERDEM, R., RAHMAN, S., AVCI, L., DEMİREL, B., KÖSEOĞLU, S., FIRAT, G., KESİCİ, T., KIRMIZIGÜL, Ş., ÜZEL, S., KUBAT, C., 2008. “Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 31, ss.95-110.
- ERDEM, M., ÖZTOPRAK, Y., ÜLGEN, C., EMLİK ESLEM, B., GÜL, K.F., YILDIZ, A., MERT, A., DÖNMEZ, M., GÜLDOĞAN, S., BASTACI, F., ARPACI, A., NACAĞ, K.G., YENİÇERİ, A., SAVAŞ, N., 2015. “Bir Üniversite Hastanesinde Ayaktan ve Yatarak Tedavi Alan Hastaların Memnuniyet Düzeyi ve İlişkili Faktörler”, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 6 (23), ss. 12-20.
- ERDMAN, J., 2017. “Human Rights Education in Patient Care”, Public Health Reviews, 38 (14), ss. 1-15.
- ERGÜDEN, M., 2015. “Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi”; Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- EŞİYOK, B., ERKOL, Z., TURLA, A., YAŞAR, Z.F., 2014. “A Comparative Study on Patient Rights: Medical vs. Dental Students”, Medicine Science, 3 (1), ss. 1103-1114.
- FARZİANPOUR, F., FOROUSHANİ, A.R., SADEGHİ, N.S., NOSRATİ, S.A., 2016. “Relationship Between ‘Patient’s Rights Charter’ and Patients’ Satisfaction in Gynecological Hospitals”, BMC Health Services Research, 16, ss.1-8.
- FIRAT, A., 2017. “Türkiye Sağlık İşletmelerinde Hasta Hakları ve Sorumlulukları”, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (2), ss. 157-173.
- GEBREMEDHN, E.G., CHEKOL, W.B., AMBERBİR, W.D., FLATİE, T.D., 2015. “Patient Satisfaction with Anaesthesia Services and Associated Factors at the University of Gondar Hospital, 2013: A Cross-Sectional Study”, BMC Research Notes, 8, ss. 1-9.
- GEORGE, D., & MALLERY, M., 2010. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- GURBETOĞLU, A., 2015. “Bilimsel Araştırma Yöntemleri” İstanbul Ticaret Üniversitesi.
- GÜLLÜOĞLU, Y., 2008. “Türk Hukuku’nda Hasta Hakları Kavramı (Hukuki Nitelik ve Sonuçları)”; Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- GÜNAY, O., NAÇAR, M., HOROZ, D., ÖZDEMİR, M., ÇITIL, R., MUTLU ŞARLI, Ş., BORLU, A., AKPINAR, F., 2007. “Erciyes Üniversitesi Hastanesi’nde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyi”, 29 (4), ss. 303-311
- GÜVERCİN, C.H., 2007, “Türkiye’deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı”; Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- HARORLI, A., AKGÜL, H.M., 2002. “Hasta Hakları”, Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi, 12 (1), ss.71-78.
- HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ. Resmi Gazete. Sayı: 23420, Tarih:01/08/1998, <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1%20y%C3%B6netmeli%C4%9Fi> (Erişim Tarihi: 08.08.2018)
- HATIRNAZ, G., 2007. Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 784s.
- HATUN, Ş., 2002. Hekimin Kendisini de Tedavinin Bir Parçası Olarak Sunar, İletişim Yayınları, İstanbul, 183s.
- HATUN, Ş., 1999. Hasta Hakları, İletişim Yayınları, İstanbul, 169s.
- KABLAY, S. 2013. “Sağlık Emekçilerinin Gözünden Hasta Hakları Uygulamaları”, İnsan Kaynakları Yıllığı, 31, ss.63-82.
- KAÇAR, H., 2008. “Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi”; Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- KALAYCI, Ş. 2006. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (2.Baskı). Asil Yayınları: Ankara.

- KANOĞLU, M.F., 2016. “Kurum İmajının Müşteri Memnuniyetine Etkisi: Kamu-Özel Hastane Örneği; Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.
- KAPTAN, S., 1998. Bilimsel Araştırma ve İstatistik Teknikleri, Tekışık Web Ofset Tesisleri, Ankara.
- KARAALP, T., 2014. “Sağlık Hizmetleri Üretim Sürecinde Fiziksel Çevrenin Hasta Memnuniyeti ve İş Tatmini Üzerine Etkisi”; Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KARABULUT, U., 2007 “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)”, Çağdaş Türkiye Tarihi Araştırmaları Dergisi, 6 (15), ss.151-160.
- KARAMAN, M., 2018. “Psikolojik Sermaye ve Maneviyat Algısının Algılanan Performansa Etkisi: Sağlık Çalışanlarında Bir Uygulama”; Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş.
- KARASAR, N., 2002. Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Nobel Yayıncılık, Ankara.
- KAVUNCUBAŞI, Ş., YILDIRIM, S., 2010. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 564s.
- KAYA, S., 2005. Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Kalite İyileştirme, Pelikan Yayınları, Ankara, 220s.
- KAYAALP, G., ÇELİK GÜNEY, M, CEBEÇİ, Z., 2015. “Çoklu Doğrusal Regresyon Modelinde Değişken Seçiminin Zooteğniye Uygulanışı”, Çukurova Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 30 (1), ss. 1-8.
- KILIÇ, S., 2013. “Doğrusal Regresyon Analizi”, Journal of Mood Disorders, 3(2), ss.90-2, DOI: 10.5455/jmood.20130624120840. Erişim Tarihi: 12.09.2018, [https://www.researchgate.net/publication/266736862\\_Dogrusal\\_Regresyon\\_Analizi\\_Turkish](https://www.researchgate.net/publication/266736862_Dogrusal_Regresyon_Analizi_Turkish)
- KILIÇARSLAN, N., YILMAZ TAŞKIN, F., TARIM, M., 2012. “Hasta Haklarının Sağlık Çalışanları Tarafından Algılanması”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 3 (1), ss.47-62.
- KIRMIZI GÖKDUMAN, E., 2010. “Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri ( Hasta ) Memnuniyeti “Balıkesir Özel Hastanesi Örneği”; Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya
- KİBAR, N., 2010. “1.Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları Bilinirlik Düzeyinin Ölçülmesi: Bahçelievler Örneği Üzerine Bir Araştırma”; Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- KONCA, G., İLHAN, N.M., BUNİN, M.A., 2006. “Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hastane Çalışanları ve Hastane Hizmetlerinden Beklentileri ve Beklentilerine İlişkin Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, Gazi Tıp Dergisi, 17 (3), ss. 160-170.
- KORKMAZER F., EKİNGEN E., YILDIZ A., 2016. “Psikolojik Sermayenin Çalışan Performansına Etkisi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(3), ss. 271-281.
- KUZHAN, H., 2009. “ Bir Sağlık Kuruluşunda Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler”; Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- MAMADOV, A., GASANOV, R., 2017. “Research on a Relationship between Patient Satisfaction and Medical Services in State Health Organizations”, American Journal of Industrial and Business Management, 7, ss.1255-1266.
- MANGAN, S., 2006. “Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Hakları Uygulamalarının Sosyolojik Açından İncelenmesi”; Yüksek Lisans Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- MIRA, J.J., LORENZO, S., GUILABERT, M., JOVER PEREZ, V., 2012. “Do Spaniards Know Their Rights As Patients?”, International Journal for Quality in Health Care, 24 (4), ss. 365-370.

- NAL, M., HASGÜL, E., NAL, B., 2016. "Bir Kamu Hastanesinde Hasta Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Bir Araştırma", Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 6 (3), ss. 839-848.
- NESANIR, N., DİNÇ, G., 2008. "Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tanı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi", TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5), ss. 419-428.
- ONARAN, B., 2005. "Hasta Hakları", Yeditepe Üniversitesi Dergisi, 1 (2), ss. 273-323.
- OTRAR, M. 2013. Tek Yönlü Varyans Analizi. Erişim Tarihi: 12.09.2018, <http://mustafaotrar.net/istatistik/tek-yonlu-varyans-analizi-anova/>
- ÖNAL, G., CİVANER, M., 2005. "Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de Hasta Haklarının Yaşama Geçirilmesi İçin Bir Adım", Türkiye Klinikleri J Med Ethics, 13, ss. 203-208.
- ÖZ, M., 2004. "Hasta Memnuniyeti ve SSKB Ankara Eğitim Hastanesinde Bir Uygulama"; Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ÖZCAN, C., 2010. "Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi"; Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ÖZDEMİR, H., 2004. Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Ankara, Yetkin Yayınları, 195s.
- ÖZDOĞAN, İ., 2012. "Hastanelerde Pazarlama Faaliyetleri ve Hasta Memnuniyeti: Isparta İl Merkezi Hastaneleri Üzerinde Bir Uygulama"; Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- ÖZKAN SERRAY, O., 2018. "Psikolojik Sermayenin Bireysel Performans Üzerindeki Etkisinde Birey-Örgüt Uyumunun Aracılık Rolü", Doktora Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- ÖZTÜRK, H., 2016. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği); Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- PARSAPOOR, A., MOHAMMAD, K., MELEK AFZALİ, H., ALA'EDDİNİ, F., LARİCANİ, B., 2012. "Necessity of Observing Patient's Rights: A Survey on the Attitudes of Patients, Nurses and Physicians", Journal of Medical Ethics and History of Medicine", 5 (2), ss. 1-9.
- PAZARCI, A.A., 2007. "Hasta Hakları ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Sorumluluğu"; Yüksek Lisans Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale.
- PRAKASH, B., 2010. "Patient Satisfaction", Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery, 3 (3), ss.151-155.
- SARI, S., 2010. "Devlet Hastanelerinde ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: Isparta Örneği"; Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- SERT, G., 2004. Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde, Babil Yayıncılık, İstanbul, 349s.
- SEVİMLİ, S., 2006. "Hizmet Sektöründe Kalite ve Hizmet Kalitesi Ölçümü Üzerine Bir Uygulama"; Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- SOMUNOĞLU, S., ERDEM, E., ERDEM, Ü., 2011. "Hasta Memnuniyeti: Denizli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği", 3.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı, ss.296-302., Ankara.
- SOYSAL, A., MAHANOĞLU, E., 2018. "Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Bir Araştırma: (Hatay İli Örneği)". Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1 (30), ss.138-158.
- SURYDANA, L., 2017. "Service Quality, Customer Value and Patient Satisfaction on Public Hospital in Bandung District, Indonesia", International Review of Management and Marketing, 7 (2), ss. 187-192.

- SÜTLAŞ, M., 2000, Hasta ve Hasta Yakını Hakları, Çivi Yazıları, İstanbul, 238s.
- ŞAHİN, B.B., GÖRPELİOĞLU, S., YIKILKAN, H., AKBIYIK, D., AYPAK, C., 2017. "Reliability and Validity of Turkish Version of Scale of Patient Overall Satisfaction with Primary Care Physicians (SPOSPCP)", Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 11 (3), ss. 159-163.
- TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN. 1928. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf> (Erişim Tarihi: 10.08.2018).
- TANERİ, G., 2014. Hasta Hakları, Bilge Yayınevi, Ankara, 296s.
- TANKOÇ, S., 2015. "Hasta Hakları Birim Faaliyetlerinin Hastane Yönetim Süreçlerinin İyileştirilmesine Olan Katkısının Çalışan Algısı Üzerinden Ölçülmesi: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması"; Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TANRIVERDİ, H., 2012. "Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi", Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 16 (3), ss. 101-122.
- TANRIVERDİ, H., ÖZMEN, M.E., 2011. "Sağlık Çalışanlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Hasta Memnuniyetine Etkisi", Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 15 (3), ss.85-109.
- TAŞLIYAN, M., AKYÜZ M., 2010. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Araştırması: Malatya Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Çalışması", KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 12 (19), ss. 61-66.
- TAŞLIYAN, M., GÖK, S., 2012. "Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması", Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İİBF Dergisi, 2 (1), ss. 69-94.
- TATARLI, N., 2007. "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama"; Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.
- TEKE, A., UÇAR, M., DEMİR, C., ÇELEN, Ö., KARAALP, T., 2007. "Bir Eğitim Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi "ve Tutumlarının Değerlendirilmesi", TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (4), ss.259-266.
- TEZCAN, D., YÜCEL, M.H., ÜNAL, U.B., EDİRNE, T., 2014. "Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti", Pamukkale Tıp Dergisi, 7 (1), ss. 57-62.
- TOK, Ö., 2008. "Osmanlı Dönemi Hekim Hasta İlişkileri (Kadı Sicillerine Göre XVII. ve XVIII. Yüzyıllarda Kayseri Örneği)", Turkish Studies International Periodical Fort he Languages, Literature and History of Turkish or Turkic, 3 (4), ss. 788-805.
- TOSUN, H., 2015. "Refakatçi Hasta Yakınlarının Hasta Haklarına İlişkin Bilgi Düzeyi ve Hastalarına Yönelik Hizmetlerden Memnuniyeti (Çal Devlet Hastanesi Dâhiliye Servisi Hasta Yakınları Örneği)"; Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- TOYGAR, Ş.A., AKYÜREK, Ç.E., TURAÇ, İ.S., 2015. "Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Tarafların Görüşleri: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği", Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi, 17 (1), ss. 136-159.
- TUTUK, A., AL, D., DOĞAN, S., 2002. "Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6 (2), ss. 36-41.
- TÜRK DİL KURUMU., 2018. "Türkçe Güncel Sözlük", [tdk.gov.tr](http://tdk.gov.tr) Erişim Tarihi:08.08.2018.
- UĞURLU KARA, A., 2014. "Pozitif Psikolojik Sermaye İle Bireysel Performans İlişkisi: Tarım Kredi Kooperatifleri Merkez Birliği Örneği"; Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- YALÇIN, İ., KOÇAK, S., 2009. “Niğde Devlet Hastanesinde Müşteri Memnuniyeti Üzerine Bir Araştırma”, Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 2 (2), ss. 19-41.
- YANARDAĞ, U., 2013. “Hasta Hakları Alanındaki Kavram Sorunları ve Uygulamaya Yansımaları: İstanbul İli Örneği”; Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- YANIK, A., 2000. “Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Tatmini ve Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Bir Araştırma”; Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- YAŞA, E., 2012. “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması”; Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- YAZAN, T., ŞENGÜL, S., GİRGİN, A., 2018. “Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti”, Acta Medica Alanya, 2 (1), ss. 24-29.
- YILMAZ, H., 2002. “Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Yatan Erişkin Hastaların Hasta Haklarından Yararlanma Durumları ve Hemşirelerin Hasta Haklarına İlişkin Görüşleri” ; Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- YILMAZ, M., 2001. “Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü : Hasta Memnuniyeti”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (2), ss.69-74.
- YORULMAZ, M., EVİRGEN, H., 2018. “Çağrı Merkezi ve Sağlık Tesislerinde Ölçülen Hasta Memnuniyet Anket Skorlarının Karşılaştırılması”, Social Sciences Studies Journal, 4 (13), ss. 269-273.
- ZAIM, H., TARIM, M., 2010. “Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması”, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi, 59, ss.1-24.
- ZAREİ, A., ARAB, M., FROUSHANİ, A.R., RASHİDİAN, A., TABATABAEİ, S.M.G., 2012. “Service Quality of Private Hospitals: The Iranian Patients’ Perspective”, . BMC Health Services Research, 12 (31). ss.1-7.
- ZAYBAK, A., EŞER, İ., İSMAİLOĞLU GÜNAY, E., 2012. “Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi”, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 20 (2), ss.104-111.
- ZENGİN, A., ERBAYCU, A.E., MERTOĞLU, A., YAZICI, E., ÇETİNALP, H., 2013. “Türkiye’de Hasta Hakları Uygulaması: Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Beş Yıllık Deneyimi”, İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi, 27(2), ss.105-117.
- <https://www.hayad.org.tr/lizbon-hasta-haklari-bildirgesi> (10.08.2018).
- [https://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf?fbclid=IwAR2sDWssRWEBoaD-yLgtojQdKYyuQQMe-QM3pC9OUiq30Lm08h18A4qWBJs](https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf?fbclid=IwAR2sDWssRWEBoaD-yLgtojQdKYyuQQMe-QM3pC9OUiq30Lm08h18A4qWBJs) (11.08.2018).
- [https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm?fbclid=IwAR2he0B-uvW2VEILHteBXh9SnhdW8dtbWy\\_YEs4h88go4W4gXYDHMO8aG8](https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm?fbclid=IwAR2he0B-uvW2VEILHteBXh9SnhdW8dtbWy_YEs4h88go4W4gXYDHMO8aG8) (10.08.2018).
- [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65](http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65) (10.08.2018).



## ÖZ GEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Ezgi MAHANOĞLU

### İletişim Bilgileri

**Adres:** Sinanlı Mahallesi Sinanlı Sokak No:219 Defne/ Hatay

**Mail:** ezgimahanoglu@hotmail.com

**Doğum Tarihi:** 01.01.1993

**Unvanı:** -

**Öğrenim Durumu:** Yüksek Lisans

Derece	Bölüm/Program	Üniversite
Lisans	Sağlık Yönetimi	Süleyman Demirel Üniversitesi
Yüksek Lisans	Sağlık Yönetimi	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

## **EKLER**

### **KAMU VE ÖZEL HASTANELERDE HASTA HAKLARI UYGULAMALARININ HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU**

Sayın ilgili, bu anket Kamu ve Özel hastanelerde Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta Memnuniyetine Etkisi'ni belirlemeye yönelik tez çalışmasında kullanılacaktır. Bu anket çalışmasından elde edilen verilerle çalışmamızın konusu ile ilgili değerlendirmeler yapılacak olup cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak, başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Lütfen soru atlamadan tüm sorulara cevap veriniz. Zamanınızdan özveride bulunarak araştırmaya yapacağınız katkılarınızdan dolayı teşekkür eder ve saygılar sunarım.

Ezgi MAHANOĞLU

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi ABD  
Yüksek Lisans Öğrencisi

#### **Ek 1: Kişisel Bilgi Formu**

##### **1. Cinsiyetiniz ?**

a) Erkek b) Kadın

##### **2.Yaşınız ?**

a) 20-30 b)31-40 c)41-50 d)51 ve üstü

##### **3.)Medeni Durum ?**

a) Evli b)Bekâr

##### **4. Eğitim Durumunuz ?**

a)Okur-Yazar b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite e)Lisansüstü

##### **5.Sosyal güvence Durumunuz ?**

a)Yok b) Devlet(SGK) c)Özel

**Ek 2: Hasta ve Hasta Yakınlarına Uygulanan Anket Formu**

	<b>(1)= Kesinlikle Katılmıyorum</b> <b>(2)= Kısmen Katılmıyorum</b> <b>(3)= Fikrim Yok</b> <b>(4)= Kısmen Katılıyorum</b> <b>(5)= Kesinlikle Katılıyorum</b>	<b>1=Kesinlikle Katılmıyorum</b>	<b>2= Kısmen Katılmıyorum</b>	<b>3=Fikrim Yok</b>	<b>4=Kısmen Katılıyorum</b>	<b>5=Kesinlikle Katılıyorum</b>
1	Doktorlar, her istediğimde hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında bilgi vermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Doktorlar, hastanın izni ile ancak tıbbi teşhis, tedavi ve bakım ve hasta üzerinde araştırma yapmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Doktorlar hasta ve hasta yakınının rızası alınmadan müdahalede bulunmamaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Doktorlar benim istemediğim bilgilerin başkasına söylenmemesi hususunda azami dikkat göstermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Doktorlar, bakım ve tedavi hususunda hasta ayırımı yapmadan gerekeni yapmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Hastanede istediğim doktora muayene ve tedavi olabilmekteyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Doktorlar, tedavi ve bakım konusunda gereken dikkati ve özeni göstermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Hastanede kaldığım süre içerisinde doktorlar tarafından gereken saygıyı gördüğüme ve kültür ve değerlerime uygun davranıldığına inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Hemşireler, her istediğimde hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında bilgi vermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Hemşireler, benim istemediğim bilgilerin başkasına söylenmemesi hususunda azami dikkat göstermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Hemşireler yapacağı tıbbi girişimlerde özel hayatıma gereken saygıyı göstermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Hemşireler, bakım ve tedavi hususunda hasta ayırımı yapmadan gerekeni yapmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Hemşireler, hemşirelik hizmetleri sunumu esnasında gayet saygılı, nezaketli ve yardımsever davranmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Hemşirelik hizmetlerinden memnun kalmadığım hemşirenin değiştirilmesini talep ettiğimde tercihime saygı duyulmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Servis hemşirelerinin karşılamaları, oda, yapılacak işlemler, çağrı sistemi ve merak ettiklerim konusunda gösterdikleri ilgi ve bilgilendirme memnuniyet vericidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Hemşirelerin, uygulanan tetkikler, ilaçlar, hastalığım ve tedavisi hakkında sürekli beni ve yakınlarımı bilgilendirmeleri memnuniyet vericidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Personel, kendisine sorulan sorulara ve istenilen yardımlara saygı ve nezaket kuralları içerisinde karşılık vermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Hastane personeli yapacağı tıbbi girişimlerde özel hayatıma gereken saygıyı göstermektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

19	Hastane personeli, bakım, tedavi ve diğer işlemlerde hasta ayrımı yapmadan gerekeni yapmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Hastane personeli, sağlık hizmetleri sunumu esnasında gayet saygılı, nezaketli ve yardımsever davranmaktadırlar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	Hastane personeli, bakım, tedavi ve diğer işlemlerin sunumu esnasında dikkatli ve özenlidirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	Hastanede kaldığım süre içerisinde özel yaşamıma gereken saygı ve özen gösterilmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Hastanede hasta ve yakınlarının dini vecibelerini yerine getirebilecekleri ortam ve imkânlar vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Hastanede kaldığım süre içerisinde hastane personeli benim istemediğim bilgileri başkasına söylenmemesi hususunda azami dikkat göstermektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25	Hastanede kaldığım sürece hastalığım hakkında bana verilen bilgiler, benim anlayabileceğim bir şekilde tıbbi terimler en aza indirgenerek verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26	Hastanede kaldığım süre içerisinde sağlık hizmeti aldığım personelin kimliğini ve mesleki kimliğini öğrenme hakkıma saygı duyulmuş ve gerekli açıklama yapılmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Hastanede kaldığım süre içinde hastanede uymam gereken kurallar yapılması gereken rutin işlemler hakkında gereken bilgiler verilmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Hastanede hastanın izni alınmadan tıbbi teşhis, tedavi ve bakım yapılmamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Hastanede hastalığım ve yapılan tedavi hakkında benim iznim olmadan kimseye açıklama yapılmamaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30	Hastanede hastaya yapılan işlemler, hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında kayıtları istediğimde öğrenebiliyorum ve eğer istersem bir kopyasını da alabiliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31	Hastanede hasta ayrımı yapılmadan herkese eşit sağlık hizmeti verilmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32	Hastanede doktorumu veya hizmet aldığım diğer sağlık personelinin değiştirmek istediğim zaman kararına saygı duyulmakta ve gereken yapılmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33	Hastanede kaldığım süre içerisinde gerekli saygıyı gördüğüme ve kültür ve değerlerime uygun davranıldığına inanıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34	Hastanede, beklemem gerektiği durumlarda rahatlıkla dinlenebileceğim ve bekleyebileceğim dinlenme odaları mevcuttur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35	Hastanede ziyaretime gelen yakınlarım ve dostlarım rahatlıkla ziyaret edebilmektedirler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36	Hastanenin kendi kuralları çerçevesinde ve doktorumun izin vermesi halinde refakatçi bulundurabiliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37	Hastanede bulunan hasta hakları birimine ne şekilde ve nasıl başvuracağım hakkında gerekli bilgiye sahibim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38	Hastanede hasta hakları birimi kolay ulaşılabilir bir yerde bulunmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39	Hastanede dilek, şikâyet ve herhangi bir müracaatı yapabileceğim kolaylıklar ve sistem mevcuttur.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40	Yapmış olduğum şikâyet ve müracaatlar dikkate alınmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### Ek 3: Hastaların Hastane Hizmetlerinden Memnuniyeti Anket Formu

	(1)= Hiç Memnun Değilim (2)= Memnun Değilim (3)= Kararsızım (4)= Memnunum (5)= Çok Memnunum	1=Hiç Memnun Değilim	2=Memnun Değilim	3=Kararsızım	4=Memnunum	5=Çok Memnunum
1	Hastanedeki kabul, danışma ve bilgilendirme hizmetlerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Hekimlerin ilgisi ve nezaketinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Hekimlerin teşhis ve tedavi konusunda sizi bilgilendirmesinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Hemşirelerin ilgisi ve nezaketinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Diğer personelin ilgi ve nezaketinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Verilen hizmetlerin hızından	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Hastanenin temizliğinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Laboratuvar hizmetlerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Kantin ve kafeterya hizmetlerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Beslenme hizmetlerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Lavabo ve tuvalet hizmetlerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Hasta mahremiyetine saygıdan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Evrak işlemlerinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	Tahlil ve tetkiklerin güvenirliliğinden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Genel olarak hastaneden aldığım hizmetten	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

### Ek-4 HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420)

#### BİRİNCİ BÖLÜM

#### Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

##### Amaç

**Madde 1-** Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları" nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

##### Kapsam

**Madde 2-** Bu Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete kalan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar.

##### Hukuki Dayanak

#### Madde 3- (Değişik:RG-8/5/2014-28993)

Bu Yönetmelik; 15/5/1987 tarihli ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ve 11/10/2011 tarihli ve 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve

Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 nci ve 40 ncı maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır.

#### **Tanımlar**

**Madde 4-** Bu Yönetmelik'te geçen deyimlerden;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,
- b) Hasta: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi,
- c) Personel: Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri,
- d) **(Değişik:RG-8/5/2014-28994)** Sağlık kurum ve kuruluşu: Sağlık hizmeti verilen kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşları ile tababet icra edilen bütün yerleri,
- e) Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını,
- f) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Yeterlik: Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan onay verenin önerilen tıbbi müdahalede karşılaşılabileceği ya da reddettiğinde doğabilecek sonuçları makul bir şekilde anlama ve değerlendirme yeteneğine sahip olma halini,
- g) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Tıbbi müdahale: Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi,
- ğ) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Bilgilendirme: Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
- h) **(Ek:RG-8/5/2014-28994)** Rıza: Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini ifade eder.

#### **İlkeler**

**Madde 5-** Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

- a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.
- b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

## **İKİNCİ BÖLÜM**

### **Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı**

#### **Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma**

**Madde 6-** Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

## **Bilgi İsteme**

**Madde 7-** Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyetine sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmaya gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

## **Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme**

**Madde 8-** Hasta; tabii olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir. Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşmış ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır. Acil vak'alar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar. Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.

## **Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme**

**Madde 9-** Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

## **Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme**

**Madde 10-** Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkânlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır. Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürlüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

## **Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım**

**Madde 11-** Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

## **Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı**

**Madde 12-** Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

## **Ötenazi Yasağı**

**Madde 13-** Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dâhil, kimsenin hayatına son verilemez.

### **Tıbbi Özen Gösterilmesi**

**Madde 14-** Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

### **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

#### **Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı**

#### **Bilgilendirmenin Kapsamı**

**Madde 15- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)**

Hastaya;

- 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**

**Madde 16-** Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

#### **Kayıtların Düzeltmesini İsteme**

**Madde 17-** Hasta; 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**

**Madde 18- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)**

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir. Hasta, 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 şikâyeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir. Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır. Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır. Hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.

#### **Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller**

**Madde 19-** Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir. Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip 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.

#### **Bilgi Verilmesini Yasaklama**

#### **Madde 20- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)**

İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir.

### **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

#### **Hasta Haklarının Korunması**

#### **Mahremiyete Saygı Gösterilmesi**

**Madde 21-** 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**

**Madde 22-** 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, hakim kararına bağlıdır. Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

#### **Bilgilerin Gizli Tutulması**

**Madde 23-** Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve 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.

### **BEŞİNCİ BÖLÜM**

#### **Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası**

#### **Hastanın Rızası ve İzin**

#### **Madde 24- (Değişik:RG-8/5/2014-28994)**

Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır

bulunmadığı 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 alınmadığı 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**

**Madde 25-** Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

#### **Rıza Formu**

#### **Madde 26- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)**

Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyuşmazlığa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda 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**

**Madde 27-** Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kâfi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağı 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 kurtaracağını mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir. Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

#### **Rızanın Şekli ve Geçerliliği**

**Madde 28-** 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**

**Madde 29-** 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

#### **Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi**

**Madde 30-** İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde 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**

##### **Madde 31- (Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)**

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.

## **ALTINCI BÖLÜM**

### **Tıbbi Araştırmalar**

#### **Tıbbi Araştırmalarda Rıza**

**Madde 32-** 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. Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmayan yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür. Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

#### **Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi**

**Madde 33-** 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**

**Madde 34-** 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.

### **Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu**

**Madde 35-** 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. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, 24 üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.

### **İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı**

**Madde 36-** 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. İlaç ve terkiplerin tıbbi araştırmada kullanımı, 29/11/1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

## **YEDİNCİ BÖLÜM**

### **Diğer Haklar**

#### **Güvenliğin Sağlanması**

**Madde 37-** Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar. Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır.

#### **Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma**

**Madde 38-** Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen 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 mekân belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır. Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

#### **İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret**

**Madde 39-** Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır. Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri söz konusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. 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 sükûnlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır.

#### **Refakatçi Bulundurma**

**Madde 40-** Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkânlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir. Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.

## **Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi**

**Madde 41-** Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden buldukları yerlerde de faydalanabilirler:

- a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde,
- b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde,
- c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde.

Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir.

## **SEKİZİNCİ BÖLÜM**

### **Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları**

#### **Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı**

**Madde 42-** Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları vardır.

#### **Hastanın Uyması Gereken Kurallar**

##### **Madde 42/A – (Ek:RG-8/5/2014-28994)**

Hasta sağlık hizmeti alırken aşağıdaki kurallara uyar:

- a) Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranır ve katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket eder.
- b) Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verir.
- c) Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelmeli ve tedavisinin gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunur.
- ç) Randevu tarih ve saatine uyar ve değişiklikleri ilgili yere bildirir.
- d) İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir.
- e) Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz.
- f) Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında **(Değişik İbare:RG-23/12/2016-29927)** hasta hakları birimine başvurur.

#### **Hasta Hakları Birimleri, Hasta Hakları Kurulları, Sertifikalı Eğitim**

##### **Madde 42/B – (Ek:RG-8/5/2014-28994)**

Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde **(Değişik İbare:RG-23/12/2016-29927)** hasta hakları birimleri oluşturulur.

İl sağlık müdürlüğü; üniversite hastaneleri, askeri hastaneler ve özel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmek, karara bağlamak, öneri sunmak ve düzeltici işlemleri belirlemek üzere Hasta Hakları Kurulu oluşturur. Kurul, başkan dâhil aşağıdaki üyelerden oluşur. İl sağlık müdürü veya müdürlük temsilcisi Kurulun başkanıdır. Diğer üyeler şunlardır: şikâyet edilen personelin varsa bir işyeri sendika temsilcisi, şikâyet edilen personelin görev yaptığı kurumun ildeki üst yöneticisi tarafından görevlendirilen bir kurum temsilcisi (üniversite rektörlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği), özel sağlık kuruluşlarında ise kuruluşun üst yöneticisi tarafından belirlenen bir temsilci, hasta hakları derneklerinden yoksa tüketici derneklerinden bir temsilci, valilikçe görevlendirilen bir vatandaş. Birden fazla hasta hakları derneğinin veya tüketici derneğinin başvurması durumunda, dernek temsilcisi il sağlık müdürlüğüne kura yoluyla belirlenir. İl sağlık müdürlüğü ihtiyaç halinde birden fazla kurul oluşturabilir. Bu Yönetmelik kapsamında yapılacak sertifikalı eğitimler 4/2/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği hükümlerine tabidir.

#### **Kurulun Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları**

##### **Madde 42/C – (Ek:RG-8/5/2014-28994)**

Kurulun görevleri ile çalışma usul ve esasları şunlardır;

a) Kurul, sağlık kurum ve kuruluşu tarafından yerinde çözülemeyen yazılı ve/veya elektronik başvuruları değerlendirir.

b) Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranış sebebiyle kurul tarafından verilen ihlal kararları, ilgili sağlık kurum ve kuruluşuna ve ilgili personele yazılı olarak tebliğ edilir. Son altı ay içerisinde ikiden fazla hak ihlali kararı verilen sağlık meslek mensubu hakkındaki dosya 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanununun 23 üncü maddesinin yedinci fıkrasının (b) bendi hükmüne göre Sağlık Meslekleri Kuruluna gönderilir.

c) Kurul, gerek görürse hasta hakları ihlaline sebep olabilecek uygulamaları inceler ve hasta haklarının geliştirilmesi için öneri ve düzeltici işlem belirlenmesine karar verir. Sağlık kurum ve kuruluşu belirlenen süre içinde gerekli önlemleri alır, girişimlerde bulunur ve yapılan işlem hakkında kurulu bilgilendirir.

ç) **(Mülga Cümle:RG-23/12/2016-29927)** (...) Sekreteryaya hizmetleri il sağlık müdürlüğü hasta hakları koordinatörlüğünce yürütülür.

d) Kurul, başvurunun kurula ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içerisinde başvuru hakkında karar verir.

e) Kurul, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve toplantıya katılan üyelerin salt çoğunluğu ile karar alır. Karara itirazı olan üyelerin karşı oy gerekçeleri, kararın altına özet olarak yazılır.

f) Kararlar, üyeler tarafından imzalanarak dosyalanır. Kararlar ilgili sağlık kurum ve kuruluşu ile başvurana bildirilir.

g) **(Değişik İbare:RG-23/12/2016-29927)** Hasta hakları birimine yapılan başvurular ve kurulda görüşülen dosyalar gizlidir, hiçbir şekilde üçüncü kişilere bilgi verilemez. Bilgi ve dosyalar resmi olarak talep edilmesi kaydıyla idari soruşturma yapan incelemeciye ya da adli mercilere gizliliğe riayet edilerek verilir. Kurul üyeleri gizliliğe riayet etmekle yükümlüdür.

ğ) Kurul gerek gördüğünde ilgilileri kurula davet edebilir.

h) Sivil toplum temsilcisi ve sendika temsilcisi olan üyelerin görev süresi takvim yılıdır. Komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Süresi dolan üyeler tekrar görevlendirilebilir. Kurul toplantılarına mazeretsiz olarak üst üste üç defa katılmayan üyenin üyeliği sona erer ve bu kişiler üç yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez. Herhangi bir sebeple boşalan üyelik için kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye seçilir.

ı) Tıbbi hata iddialarına ilişkin başvurular kurul tarafından değerlendirilmez.

İl sağlık müdürlüğünce bu Yönetmelik uygulamalarına aykırı davranışı tespit edilen kurul üyelerinin üyeliğine son verilir ve bunlar beş yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez. Hasta hakları kurulu kararlarının özeti, şikâyet edilen kişi isimlerine yer verilmeksizin il sağlık müdürlüğünün internet sayfasında duyurulur.

#### **Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu**

**Madde 43-** Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir. Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

a) 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12 nci maddesine göre; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte açabilecekleri gibi ilk önce iptal davası açarak bu davanın karara bağlanması üzerine dava açma süresi içerisinde tam yargı davası açabilirler.

b) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir.

#### **Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu**

**Madde 44-** Bu Yönetmelik'te gösterilmiş olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir.

Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyideler saklıdır.

#### **Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü**

**Madde 45-** Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikâyet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir.

#### **Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler**

**Madde 46-** Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurun Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40 ıncı maddesinin ikinci fıkrası, 129 uncu maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır. Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.

#### **Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu**

**Madde 47-** Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikâyeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikâyet yoluyla gerçekleştirilebilir.

## **DOKUZUNCU BÖLÜM**

### **Son Hükümler**

#### **Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi**

**Madde 48-** Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gösterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve

ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılabilecek uygun yerlerinde bulundurmak da dâhil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

**Saklı Olan Hükümler**

**Madde 49-** Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması maksatları ve kanun hükümleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamalar saklıdır.

**Geçiş Hükümü**

**GEÇİÇİ MADDE 1 – (Ek:RG-8/5/2014-28994) (Değişik:RG-23/12/2016-29927)**

Sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta iletişim birimleri, en geç bir ay içerisinde hasta hakları birimine dönüştürülür.

**Yürürlük**

**Madde 50-** Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

**Yürütme**

**Madde 51-** Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

