



T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

EMİRDAĞ'DA YAŞAYAN VE EMİRDAĞ'DAN BELÇİKA'YA  
GÖÇ ETMİŞ KİŞİLERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDAKİ  
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

VAHİDE KORKMAZ

DANIŞMAN

DOÇ. DR. NİLÜFER DEMİRSOY

2020





**T.C.**

**ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**EMİRDAĞ'DA YAŞAYAN VE EMİRDAĞ'DAN BELÇİKA'YA  
GÖÇ ETMİŞ KİŞİLERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDAKİ  
TUTUMLARININ BELİRLENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**VAHİDE KORKMAZ**

**DANIŞMAN**

**DOÇ. DR. NİLÜFER DEMİRSOY**

**2020**

**i**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Vahide Korkmaz'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Emirdağ'da Yaşayan Ve Emirdağ'dan Belçika'ya Göç Etmiş Kişilerin Hasta Hakları Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi**” başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “**KABUL**” edilmiştir.

Tarih

... / ... / ...

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / ... tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ

Enstitü Müdürü

## ÖZET

### EMİRDAĞ'DA YAŞAYAN VE EMİRDAĞ'DAN BELÇİKA'YA GÖÇ ETMİŞ KİŞİLERİN HASTA HAKLARI KONUSUNDAKİ TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

**Amaç:** Mevcut çalışmanın amacı, Belçika'da ve Emirdağ'da yaşayan kişilerin hasta hakları konusunda tutumlarının ve tutum geliştirmede kültürel farklılıkların etkisinin belirlenmesidir.

**Kapsam:** Bu araştırmada aynı etnik kökene, ortak sosyal ve kültürel sermayeye sahip fakat farklı coğrafyalarda yaşamını sürdüren “Emirdağ'da yaşayan (n=521) ve Emirdağ'dan Belçika'ya göç etmiş kişilerin (n=522)” hasta hakları konusunda tutumları ölçülmüştür.

**Yöntem:** Nicel araştırma yaklaşımının kullanıldığı mevcut çalışmada likert tipi “Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği (HHKTÖ)” ve demografik soru formu kullanılarak toplam 1043 katılımcıdan veri elde edilmiştir. Analiz yöntemi olarak parametrik olmayan Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Elde edilen bulgular ayrı ayrı verildikten sonra iki gruptan elde edilen verilerin karşılaştırılması yapılmış, göç ve kültür perspektifinden bakılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır.

**Bulgular:** Ölçek toplam puan ortalaması Emirdağ grubunda  $126,09 \pm 15,21$ ; Belçika grubunda ise  $129,78 \pm 13,356$  olarak gerçekleşmiştir. Her iki grupta en yüksek tutumun “tıbbi olarak özen gösterilmesini isteme hakkı” ve “tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” yönünde ortak paydada olduğu görülürken, iki grup en düşük madde puan ortalamasını alan ifadelerde farklılaşmışlardır. Ölçeğin “bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, “personeli seçme değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, “tedaviye onay verme ve reddetme hakkı”, “organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” faktörlerinde iki grup ortak tutum geliştirmiştir.

**Sonuç:** Organ nakli ve ötanazi gibi, doktrinde birbirinden farklı uygulamaların olduğu konularda kişilerin seçim ve kararlarına yön veren yapılar, bireyler hatta toplumlarda egemen olan kural, inanç ve değerler olabilmektedir. Göçmen katılımcıların seçim yapma ve karar vermelerinde kendi öz kültürlerinde hâkim inanç, kural ve değerlerin rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Hak, Hasta Hakları, Tutum, Kültür, Göç



## SUMMARY

### INVESTIGATING THE ATTITUDES OF INDIVIDUALS LIVING IN EMIRDAG AND INDIVIDUALS EMIGRATED FROM EMIRDAG TO BELGIUM REGARDING THE PATIENT RIGHTS

**Objective:** The aim of the study is to assess the attitudes of individuals living in Belgium and in Emirdağ in regard to patient rights and the effect of cultural differences in developing the attitude.

**Scope:** The study measures the attitudes of two groups of people living in a different geographies, “individuals living in Emirdağ (n = 521) and Individuals emigrated from Emirdağ to Belgium (n = 522)”, and yet having the same ethnic origin, common social and cultural capital.

**Method:** Implementing quantitative research, the data for the current study was obtained from a total of 1043 participants, who were administered the Likert type “Patient Rights Attitude Scale (HHKTÖ)” along with demographic questionnaire. For the analysis method non-parametric tests Mann Whitney-U and Kruskal Wallis H were used. Findings obtained separately from the two groups, subsequently, had been compared and evaluated from the perspective of migration and culture.

**Results:** The total score mean of the scale is  $126.09 \pm 15.21$  in the Emirdağ group, whereas in the Belgian group, it is  $129.78 \pm 13.356$ . While the highest attitude in both groups observed under “the right to seek medical attention” and “the right to consent in medical and drug researches” items and thus these items are considered as a common denominator, the two groups differed in the scale items that received the lowest average . The groups developed same attitude in terms of the scale's items: "right to receive informed and respectful service", "the right to select, replace staff and review the records", "the right to approve and refuse treatment", "consent in organ tissue

transplantation, and use, the right for family planning, and termination of pregnancy " .

**Conclusion:** The structures that directs the choices and decisions of individuals in critical subjects such as organ transplantation and euthanasia, and thus having different practices in the doctrine, can be affected by individuals and even societies rules, beliefs and values. It was concluded that immigrant participants' dominating culture and related beliefs, rules and values play a role in the making of decision and choice.

**Keywords:** Culture, Right, Patient Rights, Attitude, Culture, Migration



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLO DİZİNİ .....	ix
ŞEKİL DİZİNİ.....	xii
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Hak Kavramı .....	3
2.1.1. İnsan hakları kavramı ve kapsamı .....	4
2.1.2. İnsan haklarının felsefi arka planı ve tarihsel gelişimi.....	6
2.1.3. İnsan haklarının sınıflandırılması .....	8
2.2. Hasta Hakları Kavramı ve Kapsamı .....	9
2.2.1. Dünyada hasta haklarının tarihsel gelişimi.....	10
2.2.2. Hasta hakları ile ilgili uluslararası bildirgeler ve sözleşmeler.....	11
2.2.3. Türkiye’de hasta haklarının gelişimi .....	14
2.2.4. Belçika’da sağlık sistemi ve hasta hakları.....	21
2.3. Göç Olgusu .....	24
2.4. Sağlık Turizmi .....	29
2.5. Kültür Olgusu .....	31

2.6. Tutum.....	33
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>36</b>
3.1. Evren ve Örneklem.....	36
3.2. Veri Toplama Aracı.....	37
3.3. Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği.....	37
3.4. Verilerin Toplanması.....	39
3.5. Verilerin Analizi .....	39
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri .....	41
4.2. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Güvenirlilik ve Madde Analizi.....	47
4.3. Demografik Özelliklere göre Hasta Hakları Kullanımının Karşılaştırılması .....	50
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>74</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>105</b>
6.1. Sonuç .....	105
6.2. Öneriler .....	110
<b>KAYNAKLAR DİZİNİ .....</b>	<b>111</b>
<b>EKLER DİZİNİ .....</b>	<b>125</b>
Ek 1. Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği .....	125
Ek 2. Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumu Değerlendirmeye Yönelik Anket Formu (Emirdağ grubu).....	127
Ek 3. Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumu Değerlendirmeye Yönelik Anket Formu (Belçika grubu).....	130
Ek 4. Etik Kurul İzni .....	133
Ek 5. İl Sağlık Müdürlüğü Emirdağ Devlet Hastanesi İzni.....	137
Ek 6. Emirdağ Medical Center Polikliniği İzni.....	138
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>139</b>

## **TABLO DİZİNİ**

Tablo 3.1. Örneklem Büyüklüğü Tablosu .....	37
Tablo 4.1. Emirdağ ve Belçika Grubu Katılımcılarının Sosyo-Demografik Dağılımları .....	41
Tablo 4.2. Katılımcıların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri .....	43
Tablo 4.3. Emirdağ Grubu ve Belçika Grubu Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	45
Tablo 4.4. Belçika Grubuna Ait Diğer Demografik Bulguların Dağılımı .....	46
Tablo 4.5. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Madde Puan Ortalamaları ve Standart Hataları .....	48
Tablo 4.6. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği için Belçika ve Emirdağ Grubunda Faktör ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	49
Tablo 4.7. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Cronbach's Alpha Güvenirlilik Analizi .....	50
Tablo 4.8. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Cinsiyetin Karşılaştırılması .....	51
Tablo 4.9. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Medeni Durumun Karşılaştırılması .....	52
Tablo 4.10. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması .....	53

Tablo 4.11. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Öğrenim Durumunun Karşılaştırılması .....	54
Tablo 4.12. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Yaşanılan Yerin Karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.13. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Yaşanılan Bölge'nin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.14. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Sağlık Güvencesi Karşılaştırılması .....	57
Tablo 4.15. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Belçika'da Yaşayanların Vatandaşlıklarının Karşılaştırılması .....	58
Tablo 4.16. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Dil Seviyesi ve Tercüme Hizmeti Alma Değişkeninin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.17. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Tercih Edilen Sağlık Kuruluşunun Karşılaştırması.....	60
Tablo 4.18. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Ülkemizdeki Sağlık Kuruluşlarında Hasta Hakları Birimi Var mıdır?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.19. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Belçika'daki Sağlık Kuruluşlarında Hasta Hakları Birimi Var mıdır?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	62
Tablo 4.20. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Hasta Hakları Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırması .....	63
Tablo 4.21. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Belçika Grubunun Türkiye'deki Hasta Hakları Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması .....	64
Tablo 4.22. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Hasta Hakları Yönetmeliğini Duydunuz mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	65
Tablo 4.23. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Hasta Hakları Yönetmeliğini Okudunuz mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	66

Tablo 4.24. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Faktörler Açısından “Belçika’da Hastalar Haklarını Savunabiliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	67
Tablo 4.25. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Türkiye’de Hastalar Haklarını Savunabiliyor mu? Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	68
Tablo 4.26. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Türkiye’de Hastalar Haklarını Alabiliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	69
Tablo 4.27. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Hakkınız Hiç İhlal Edildi mi?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	70
Tablo 4.28. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Herhangi Bir Yakınınızın Tedavi Almak Durumunda Olduğu Bir Hastalığı Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması .....	71
Tablo 4.29. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Herhangi Bir Hastalığınız Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması .....	72
Tablo 4.30. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Devlet ve Özel Hastaneler Arasında Hastalara Gösterilen Özen Açısından Fark Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması .....	73

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Hastane Hasta Hakları H Birimi İş Akış Şeması..... 20

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AB:</b>	Avrupa Birliği
<b>BAĞ-KUR:</b>	Esnaş ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>bkz.:</b>	bakınız
<b>EMC:</b>	Emirdağ Medical Center
<b>f.:</b>	fıkra
<b>GMD:</b>	Global Medical Dossier
<b>GSS:</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>HHKTÖ:</b>	Hasta Hakları Kullanma Tutum Ölçeği'nin
<b>HHY:</b>	Hasta Hakları Yönetmeliği
<b>IOM:</b>	International Organizaton for Migration
<b>m.:</b>	madde
<b>MÖ:</b>	Milattan Önce
<b>OECD:</b>	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>RG:</b>	Resmî Gazete
<b>SABİM:</b>	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
<b>SGK:</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SPSS:</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>SSK:</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu

<b>SVF:</b>	Sosyo-demografik Veri Formu
<b>T.C.:</b>	Türkiye Cumhuriyeti
<b>TBMM:</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TCK:</b>	Türk Ceza Kanunu
<b>TİTCK:</b>	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
<b>TTB:</b>	Türk Tabipler Birliği
<b>TUİK:</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO:</b>	World Health Organization
<b>WMA:</b>	World Medical Association





## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan hakları, postmodern dünyada yükselen bir değerdir. Doğal hukukun kaynağını oluşturan insan; yaşam hakkı başta olmak üzere, ülkelerin anayasalarınınca ve uluslararası konsensüslerle garanti altına alınmış, ihlal edilemez ve devredilemez haklara sahiptir. İnsan değerini ve onurunu esas alan tüm ilkeleri barındıran “insan hakları” normatif evrensellik taşır. Evrensel niteliğe 1948 yılında kavuşan insan hakları, küreselleşme süreci ile sürekli gelişmekte ve değişmektedir. Bu sürecin, özgür ve sağlıklı birey kavramına yüklediği anlam, yaşam hakkının “sağlık hakkı olmadan olmazlığı ile” mümkün olduğunu göstermektedir. İnsan hakları doktrininin temel öğretisi olan “İnsana ve yaşama saygı” öğretisi, sağlık alanındaki pratiği ve normsal altyapısı “Hasta Hakları”nda karşılık bulmaktadır. Tüm dünyada, Avrupa’da ve ülkemizde yasal ve yapısal değişikliklerle bu haklar tanınmaya, tanıtılmaya ve tutuma dönüştürülerek işlevsel hale getirilmeye çalışılmıştır.

Hak ve beraberinde getirdiği sorumluluk kavramı, hukuki metinlerde yer aldığı soyut kimlikten ancak tutuma dönüştüğünde barındırdığı hedefe yönelim kazanır. Hasta haklarının temel ilkelerinden etnik, dini ve felsefi ayırım görmeden sağlık hizmeti alma, mahremiyete saygı, tüm yurttaşlarla eşit sağlık hizmeti alma gibi insanlık onurunun korunması yönündeki normların, küresel düzeyde kullanılması ve sağlık kurumlarınınca sunulması, tutum geliştirme ve sürdürülebilirliğin sağlanması ile mümkündür. “Hasta haklarını bilme, farkındalık geliştirme ve tutuma dönüştürme” ülkelerin gelişmişlik düzeyi, sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, insan hakları algısı ve kültürle doğrudan ilişkilidir. Düalist bir birliktelik gösteren haklar ve yükümlülüklerin karşılıklı yerine getirilmesinde anahtar rol oynayacak “tutum geliştirme” evresinde kültürel normların etkisi göz ardı edilemez.

Bu çalışmada Belçika’da ve Emirdağ’da yaşayan kişilerin hasta hakları konusunda tutumlarının ve tutum geliştirmede kültürel farklılıkların etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Buna göre araştırmayı karakterize eden tezin yapısı altı aşamadan oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmanın giriş ve amacı yer almaktadır. İkinci kısımda ise araştırmaya ilişkin genel bilgiler

sunulmuştur. Bu kapsamda hak kavramı tüm yönleriyle ele alınmış, göç olgusu, sağlık turizmi, kültür olgusu ve tutum konuları açıklanmıştır. Araştırmanın üçüncü kısmında gereç ve yönteme ilişkin detaylı bilgiler sunulmuş, dördüncü, beşinci ve altıncı kısımlarda ise sırasıyla bulgular, tartışma, sonuç ve öneriler raporlanarak araştırma tamamlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hak Kavramı

Kişinin toplumdan isteyebileceği ve kullanabileceği bir yetki olarak hak kavramı özgürlüğü sağlamak için kişilere verilen ve toplumsal hayatla gelişen bir yetkidir. Haklar, bazı yasal sistemlere, sosyal sözleşmelere veya etik teoriye göre, insanlara neye izin verildiğine veya ne ile sorumlu olduklarına dair temel normatif kurallardır. Haklar genellikle toplumun ve kültürün temel ayağı olarak kabul edilen medeniyet için de temel olarak kabul edilir.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde hak kavramı; 1. Adalet 2. Adaletin, hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey, kazanç 3. Dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk 4. Verilmiş emekten doğan manevi yetki 5. Pay 6. Emek karşılığı ücret. 7. Doğru, gerçek olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2020). Arapça' da "hukuk" kavramı, hak sözcüğünün çoğulu olarak karşımıza çıkarken; terminoloji açısından hakkın hukuki bir müessesenin içinde olduğunun da altı çizilmektedir. Hak kavramı en genel anlamıyla tanımlanacak olursa hukuk açısından korunan menfaatlerin gerçekleştirilmesi amacıyla, kişiye yasal sınırlar içerisinde verilmiş olan ve kullanılıp kullanılmaması kişinin takdirine bırakılmış olan hukuksal güç şeklinde belirtilmiştir (Demirhan & Elçioğlu, 2000). Diğer taraftan T.C. Adalet Bakanlığı Hukuk Sözlüğü'nde hak; 1. Hukuk düzeni tarafından şahıslara tanınmış olan yetkililerdir 2. Doğruluk ve insaf; bir insana ait olan şey, dava ve iddiada hakikate uygunluk; harcanmış emek, pay; hisse anlamındadır (Adalet Bakanlığı Hukuk Sözlüğü, 2020). Benzer şekilde Felsefe Sözlüğü'nde ise hak; insana Tanrı, kral, yasa, toplumsal bilinç ya da gelenek gibi bir otorite tarafından verilen, desteklenen, kutsanan yetki, özgürlük ya da ayrıcalıktır. Bireylere toplumsal ilişkiler ve ahlaki bakımdan tanınan davranış özgürlüğü olarak tanımlanmıştır. İrade teorisine göre; hukuki düzenin kişilere tanıdığı irade gücüdür. Çıkar teorisine göre; hak, hukuk düzeninin koruduğu çıkardan başka bir şey değildir. Karma teori açısından bakıldığında; hak, hukukî düzenin kişiye sahip olduğu çıkarı koruması için tanıdığı irade gücü olarak daha kapsamlı bir tanımlama ile karşılaşırız (Cevizci, 1999). İngilizce

sözlüklere bakıldığında Oxford'da hak kavramı; “bir şey yapmak veya bir şeye sahip olmak için tanınmış ahlaki veya yasal yetki” (Oxford Dictionary, 2020); Cambridge'de, “yasanın, toplumun yararı için koruma sözü verdiği belirli şekillerde hareket etme ve davranma fırsatı vermesi” olarak tanımlanır (Cambridge Dictionary, 2020). Etimoloji Sözlüğü'nde ise hak kavramının İngilizce karşılığı *right*; birinin hak ettiği şey, adil bir iddia, zorunluluk, yasal bir yetki, ayrıcalık anlamlarına gelir (Online Etymology Dictionary, 2020). Stanford Felsefe Ansiklopedisi'ne göre, "hükümetlerin biçimini, yasaların içeriğini ve ahlak şeklini yapılandıran haklar" hukuk ve etik gibi disiplinlerde, özellikle adalet ve deontoloji teorilerinde çok önemlidir (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2020).

Hak; insanı her türlü egemene (kişi, kurum, toplum, devlet) karşı koruyan moral, etik ve yasal düzenlemeler bütünüdür (Funda, 2012). Özetle hukuk düzeninin kişilere tanıdığı yetki olarak karşımıza çıkmaktadır ve her devlet hukuki düzenlemelerini kendi belirler. Bu bağlamda hakları sınırlar, genişletir, kendi ülkesine dair çerçeveyi yasalarla çizme yetkisine sahiptir (Sarı, 2007, s. 216). Bu haklar dizini ülkelerin anayasalarınınca teminat altına alınmıştır. Türk Dil Kurumu (2020)'na göre “Bir devletin yönetim biçimini belirten, yasama, yürütme, yargılama güçlerinin nasıl kullanılacağını gösteren, yurttaşların kamu haklarını bildiren temel yasa” olarak tanımlanan anayasa kavramı, vatandaşların hak ve ödevlerini, özgürlüklerinin sınırlarını belirlemenin yanı sıra en önemli görevi devleti sınırlandırmaktır. Nitekim anayasaların belirlenmesi, devletin gücü karşısında bireylerin temel hak ve hürriyetlerini güvence altına almak fikrinden kaynaklanmaktadır ve tüm dünya anayasalarında vurgu yapılan bu bölüm, insan hakları kavramını karşımıza çıkarmaktadır.

### **2.1.1. İnsan hakları kavramı ve kapsamı**

İnsanoğlu doğası gereği ayrıcalıklarla donatılmış bir varlıktır. Bilinçli olarak yapma, etme, etkileme, bir şeyden vazgeçme, reddetme, isteme, elde etme ve içgüdüsel olarak korunma yetenekleriyle donatılmıştır. Ancak sayılan

bu yeteneklere, hukuki bir statü eklendiğinde “insan hakkı” olma vasfına kavuşur (Mourgeon, 1990).

İnsan hakları doktrini çerçevesinde insan, içinde yaşadığı toplum ve mekândan bağımsız olarak algılanmakta ve hak sahibi kabul edilmektedir. Diline, dinine, sosyal statüsü veya rengine bakılmaksızın, etnik ayırım yapılmadan, milleti ırkı ne olursa olsun, insan olduğu için elde ettiği haklardır (Gündüz, 2002). Yerel ve uluslararası platformda, bireylerin ve grupların içsel, devredilemez, birbirleriyle ilişkili ve evrensel olan haklarını kendisine konu edinir (Human Rights Library, 2020). İnsan hakları “kişinin tek tek kişilerle ve iktidarla ilişkileri içinde kendi malı olarak elinde bulundurduğu, kurullarla yönetilen ayrıcalıklar” olarak özetlenebileceği gibi (Mourgeon, 1990) sadece insan olmak sebebiyle, eşitlik ilkesine dayalı, doğuştan ya da ana rahmine düştüğü andan itibaren sahip olduğu devredilemez haklar olarak da özetlenebilir.

İnsanı değerli kılan; onun düşünmesi, karar verebilmesi, amaçları olması, ahlaklı olması, devlet kurması, bilim ve teknolojiyi kullanabilmesidir. Her insanın sadece insan olması yanında yukarıda sayılan özellikleri nedeniyle insan haklarına sahip olması gerekmektedir (Hekimoğlu, 2003). Bu haklar sadece insan, toplum ve hukuk sistemleri ile ilgili değildir. Örneğin; içinde bulunduğumuz dijital çağda, hayatımızı kolaylaştıran teknolojilerin gelişimi, birbirimize karşı olan ahlaki görevlerimizi yeniden göz önünde bulundurmamızı sağlar. İnsan ailesindeki kişilerin sadece birbirleriyle ve devletle ilişkilerini değil, doğal, insan yapımı ve melez olan diğer varlıklarla olan ilişkileri de insan hakları kavramının konusu ve konu ile ilgili örgütlerin sorgulama alanıdır (Simmons, 2014).

Dünyada gelişen süreçler, ortaya çıkan ve çıkması muhtemel olası riskler göz önüne alınarak insan haklarının kapsamı da genişlemektedir. İnsan hakları tartışmaları, dünya çapında birçok ders kitaplarında yer almış, bu konunun hem hukuki hem felsefi boyutu değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda sayısız üniversite ve hukuk fakültesinde insan hakları programları geliştirilmiştir. Dünya çapındaki hükümetler, amacı vatandaşlara ulusal ve

uluslararası hukuka göre hakları hakkında bağımsız bilgi sağlamak ve ihlal durumunda onlar olası çözüm yollarını bulmak olan ulusal insan hakları kurumları kurmuşlardır (Simmons, 2014).

### **2.1.2. İnsan haklarının felsefi arka planı ve tarihsel gelişimi**

Haklar, tarihin belirli bir döneminde ortaya çıkmış ve ardışık olarak genişlemiştir. Antik Yunan toplumlarında, şimdiki anlamda insan hakları olarak görmenin mümkün olmadığı, toplumsal rollere bağlı, bireylerin bazı hakları vardı. Aristoteles, *Nikomakos'a Etik* adlı kitabında evrensel bir ölçüt olacak, tüm rasyonel adalet sistemlerinde var olması gerektiğini düşündüğü bir doğal ahlaksal düzenden söz eder (Aristoteles, 2014). Helenistik Dönem'de yönetim biçimi kölelik üzerine kuruludur ve kişi özgürlükleri tanımlı değildir. MÖ 3. yüzyılda yaşayan stoacılar önemli bir sıçrayış gerçekleştirerek, adaletin köleler ve yabancılar dahil herkes için olduğu görüşünü savunmuşlardır (Çotuksöken, 2012). Ortaçağda, tüm insanların, Tanrı'nın ve onun yeryüzündeki temsilcileri olan ruhban sınıfa ve krala tabi olması gerektiği inancı hakimdi (Çırak, 2010). İnsan hak ve özgürlükleri henüz fikir halinde belirmeden çok önce İngiltere'de pratik alanda gerçekleşme yolunu tuttuğu görülür. İngilizler on üçüncü yüzyılın başında, 1215'te krala zorla kabul ettirdikleri "Magna Carta Libertatum" (Büyük Hürriyetler Fermanı) ile kişi haklarının sağlanmasında büyük adım atmışlardır. İngiliz halkının efsaneleştirerek, sonraki yüzyıllarda bu belge üzerinde kendi haklarını sağlama yönünde genişletici yorumlar yaparak önemli haklar kazandığı bilinmektedir (İlal, 1968). Magna Carta Libertatum insan hakları lehine yapılan ilk ve en önemli adım olarak görülür (Çırak, 2010).

İnsanın doğduğu andan itibaren bazı hak ve özgürlüklere sahip olduğu düşüncesi, on yedinci yüzyıldan itibaren siyasal bir öğreti haline dönüşmüştür. Bu yüzyılın liberal aydınlanmacılığı ve rasyonalizmi, insan haklarının felsefi arka planını oluşturmaktadır (Satici, 2015). Modern insan hakları doktrinindeki haklar olgusuna yakın bir hak kavramı en açık şekilde Avrupa'da doğal hukuk bağlamında ortaya çıkmıştır (Gregar, 2007). On sekizinci ve on dokuzuncu yüzyılda, Avrupa'nın ünlü filozoflarından bazıları,

“doğal haklar” olarak kavramlaştırılan ve ayırım gözetmeksizin tüm insanlar tarafından kullanılması gereken haklar bütünü üzerine odaklanmışlardır. Bu büyük düşünürler, insanoğluna verilecek temel haklar grubunu geliştirmişlerdir (Tatar & Toprak, 2015). Çağdaş insan hakları öğretisine zemin hazırlayan, doğal hakların tanınmasının siyasi otoriteden bağımsız olduğu fikri ile ilk kez insan haklarını bilimsel olarak tanımlayan ve sistematize eden düşünür John Locke olmuştur (Zelyut, 2010). Mourgeon (1990)'a göre, bireyler herhangi bir sosyal sözleşmeden önce gelen ve doğumla verilen, yaşama, özgürlük ve mülkiyet hakkı gibi doğal haklara sahiptir.

İnsan hakları öğretisinin kuramsal dayanağı, etiğin ilkelerine odaklanan on sekizinci yüzyıl filozofu Immanuel Kant (1724-1804) ile büyük ölçüde felsefi yönden tamlığa ulaşmıştır (Fagan, 2009). Kuramsal ve felsefi olgunluğa erişen insan hakları olgusu, on sekizinci yüzyılın sonunda yasal ifadelere dönüşmeye başlamıştır. Sırasıyla ABD ve Fransız devrimleri vatandaşlık kavramına hakları bağlamıştır (the review of politics). 1776 tarihli Amerikan Haklar Bildirgesi ve 1789 Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi ilk defa resmî belgeler içinde yer almıştır (Çetin, 2014). Bir rehber görevi gören bu belgeler Fransız ve Amerikan anayasalarının temel taşı olmaya devam etmektedir (Smith, 2016). Yirminci yüzyılın ilk yarısında insanlığın yaşadığı iki büyük dünya savaşı, insan onuru ve saygınlığının çiğnendiği en trajik tarihi dönemleri içermektedir (Heper, 2012). Bu dönemin ardından, uluslararası siyasi örgütlenme ile Birleşmiş Milletler bünyesinde, İnsan Hakları Komisyonu oluşturulmuş ve 10 Aralık 1948 tarihinde İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi yayımlanmıştır. Bu bildiri ulaşılması gereken hedefleri belirleyen ideal bir haklar listesidir.

Türkiye’de insan haklarının tarihsel gelişimine bakıldığında anayasal süreçle birlikte pozitif hukuk alanında yer aldığı görülmektedir. 1876 yılında kabul edilen ve ilk anayasamız olan Kanun-i Esasi ile temel kişisel haklar açıkça tanınmış özellikle “gizli oy” hakkı yer almıştı (Yüce, 2018). 1924 yılında kabul edilen Teşkilat-ı Esasiye Kanunu’nun içeriğinde de benzer biçimde insan haklarına yönelik bazı haklar yer almıştır. Özellikle “Fransız İnsan ve Yurttaş

Hakları Bildirisi”nden model alınarak özgürlük kavramı üzerinde durulmuştur (Günaydın, 2018). Tüm bu gelişmelerle beraber Batı’da zaman olarak daha öncesinde yer edinen sosyal haklar ile devletin sosyal niteliği öncelikle ülkemizde 1961 Anayasası’nda yer almıştır. 1961 Anayasası’nda “sosyal nitelik” Batı’daki işleyişine paralel ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Türkiye’de 1982 yılında yürürlüğe giren anayasada 1961 Anayasası’na göre özgürlük kısmı çoğunlukla dışlanmış ama iktisadi ve sosyo-kültürel haklarla beraber çevre hakkı vb. üçüncü kuşak haklar da yer almıştır (Yılmaz, 2012).

### ***2.1.3. İnsan haklarının sınıflandırılması***

İnsan haklarıyla paralel devlet otoritesi sınırlandırılmış ve devletin müdahale edemeyeceği bireysel bir alanı kapsayan bazı haklar oluşturulmuştur (Turhan, 2013a). Devlet pasif ve aktif eylemlerle insan haklarını geliştirir ve yeri geldiğinde gerçekleştirir. Devletin, bu tutumu karşısında insan hakları kavramı sınıflandırılmaktadır. Negatif-pozitif-aktif statü hakları, bireysel-kolektif haklar ayrımı ve konularına göre yapılan ayrımlar başlıcalarıdır (Gökpınar, 2015). İnsan hakları ve bu alandaki kazanımlar, tarihsel mücadelenin bir ürünüdür.

İnsan haklarında kuşaklara göre yapılan sınıflandırma tarihi süreci ön plana alarak gerçekleştirilmektedir. 1979 yılında Karel Vasak tarafından ilk kez kuşaklara göre sınıflandırma yapılmıştır. Kuşaklara göre yapılan sınıflandırmada, insan hakları birinci kuşak, ikinci kuşak ve üçüncü kuşak insan hakları olarak adlandırılmaktadır. Kuşaklar arası sınıflandırmada devlet ile insan hakları arasındaki ilişkinin niteliği, ne olması gerektiğine vurgu yapılmış ve tarihsel süreç ön plana çıkartılmıştır. Birinci kuşak haklar (siyasal ve kişisel haklar) özgürlük, ikinci kuşak haklar (ekonomik ve sosyal haklar) eşitlik, üçüncü kuşak haklar (dayanışma veya halkların hakları) ise dayanışma veya kardeşlik ilkelerinin siyasal hukuki uzantılarıdır. Günümüzde Karel Vasak tarafından yapılan ayrıma su hakkı, bilimin kötüye kullanılmaması gibi dördüncü bir kuşak hak grubunun da eklendiği bazı kaynaklarda görülmektedir (Turhan, 2013b).



## 2.2. Hasta Hakları Kavramı ve Kapsamı

İnsan haklarının temeli olan yaşam hakkından hasta ve sağlık hakkına geçiş bireylerin diğer bütün haklarını tam olarak kullanabilmesi için sağlıklı olmaları gerçeğinden yola çıkarak, hasta hakları kavramı ortaya çıkmıştır (Gümüş, 2016). İnsan hakları kavramının tıp uygulamalarına yansımaları hekimi uygulamaların öznesi, hastaları ise bu uğraş alanının nesnesi konumuyla hastalar için haklar kavramını gündeme getirerek gelişmeye başlamıştır (Çobanoğlu, 2009).

Hasta hakları temel insan haklarının bir alt başlığı olarak, insan haklarının sağlık hizmetine uyarlanmasıdır. Hasta hakları, kaynağını uluslararası insan hakları belgeleri ve sözleşmelerinden alır. Temel İnsan Hakları'nın bir alt başlığı olarak "sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan" herkesin tıbbi müdahale ve tedavi gibi hayati bir alanda haklarını tanımlar (TTB, 2013). Sunulan hizmetin alıcısı sadece hasta değil, tarafların tümüdür. Hasta haklarından söz ederken, hastayla beraber hastalıktan zarar gören ve bu zarardan kurtulmak üzere o hastanın sağlığına kavuşmasına ihtiyaç duyan herkesin hakları birlikte düşünülmelidir. Nitekim, ülkemizdeki hasta hakları yönetmeliğine bakıldığında, sağlık hizmetlerinin üretilip sunulmasında hasta hakları olarak tanımlanan standartların, hasta yakınlarına, refakatçilerine ve hatta ziyaretçilerine gösterilecek davranışlarla ilgili hükümlerin varlığı görülür. Özetle bu haklar, hasta veya sağlıklı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan herkes için geçerlidir (Özlü & Kurulu, 2005).

Hasta Hakları genel olarak, sağlık hizmetinden faydalanma ihtiyacı bulunan kişi ile sağlık personeli ve sağlık kuruluşları arasındaki ilişkileri düzenlemek üzere; sağlık hizmetleri verilirken insan haklarının gözetilmesi, kişinin sağlıklı kalma hakkına kendi iradesi dışında bir engel olmaksızın sahip olması, hastanın sağlık hizmetlerinden en üst düzeyde ve eşitlik çerçevesinde yararlanırken karşılaşılabileceği zorlukların önlenmesi ve giderilmesi, hastalara uygulanan tıbbi tedavinin insani boyutunun desteklenmesi, hasta ile sağlık personeli arasındaki iletişimin geliştirilmesi

için tarafların uymakla zorunlu buldukları esas ve kuralları kapsar (Türkmen, Bayraktar & Arslan, 2017).

### ***2.2.1. Dünyada hasta haklarının tarihsel gelişimi***

Hasta haklarının bir kısmı hekim sorumluluğundan oluşmaktadır. İlk uygarlıklarda hekim sorumluluklarının tanımlandığını, “birinin hakkı, diğerinin sorumluluğu” anlayışından yola çıkarak, hekime yüklenen yükümlülüğün, hastalara tanınan bir hak anlamına geldiği ifade edilebilir. Hasta hakları bağlamında tarihsel süreç değerlendirildiğinde, ilk yasal düzenlemelerin antik çağda olduğu görülmektedir. Bunlardan ilki; Mezopotamya Uygarlığı’nda, Hammurabi Anayasası’nda belirtilen yazılı kurallardır. Hammurabi Anayasasında hekimlere (cerrahlara) yüklenen sorumlulukların temelinde olumsuz sonuçların getirisi esas alınmıştır (Güllüoğlu, 2008). Tarihin bilinen ilk yazılı kanunlarında; dikkatsizlik ve ihmalden kaynaklanan vakalar için cezalar belirlenmiştir. Buradaki amaç mesleki bilginin kötüye kullanılmaması ve görevin daha dikkatli yapılmasıdır (Bayat, 2016). Görevin hizmet öznesi; hasta ve bu durumdan etkilenebilecek yakınları olduğundan, hakkı olan en iyi, en doğru sağlık hizmetini alma yönünde atılmış, bilinen ilk resmi adım olduğu söylenebilir.

Eski Hint’te Manu ve Zorastre kanunlarına göre; hekim sorumluluğu ile ilgili cezai yaptırımlarla karşılaşmaktadır. Hekimin kusurlu olup olmadığı bir heyet kararı ile belirlenmektedir. Mesleği bir kez kötü uygulamak para cezası ile, tekrarı halinde ölüm cezası ile sonuçlandırıldı. İlk defa eski Hint’te, sorumluluğun temelindeki kötü niyet ve dikkatsizlik kusur olarak değerlendirildi (Erer, 2007).

Roma Hukuku’nda ise hekimlerin mesleki açıdan yetersizlik ve ihmallerinden doğrudan sorumlu tutuldukları görülmektedir. Bedensel yaralanmaların yanında, ruhsal yaralanmaların da hukuki hak arama sebebi olabileceği çeşitli metinlerde yer almıştır. Bu metinlerden birinde bulunan; “çok tedbirli bir aile babasından beklenebilecek tedbir ve özen” ifadesine göre, hekimin sorumluluktan kurtulabilmesi için yalnızca verebileceği zarardan

kaçınması yetmemektedir. Ayrıca pozitif bir davranışta bulunması yani özen yükümlülüğüne uyması şart olarak belirlenmiştir (Somer, 2008).

İlk kez Dünya Tabipler Birliği'nin Eylül 1948'de Cenevre-İsviçre'de gerçekleşen 2. Genel Kurulu'nda kabul edilen, en son 2017'de güncellenen Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi'nde "tıbbi uygulamalar hakkında aydınlatılma ve onam verme ya da reddetme hakkının meslek ahlâkı yükümlülükleri arasına da eklenmesi" ile güncel halini alan "Hekimlik Andı"nda (TTB, 2020) Hipokrat, doktor-hasta ilişkisinin niteliği ve sınırlarını tartışmış, bu konudaki görüşünü kendi adını taşıyan yemin metninde özetlemiştir. Bilim ve felsefenin altın çağını yaşadığı Antik Yunan medeniyetinde, Hipokrat'la başlayan modern tıp mesleğinin ahlaki ilkelere bağlı olduğu vurgusu ile ulvi bir idealizme kavuşmuştur (Bölükbaşı & Öztürk, 2012). Günümüzde meslek etiği normlarının ilk kuralı olan önce zarar vermeme (primum non nocere) düsturu Hipokratik geleneğinin temel ilkesidir.

Nuremberg Kodları (1946) ve ardından Helsinki Bildirgesi (1964), insanlar üzerinde yapılacak tıbbi araştırmalara odaklı olsa da araştırmamanın temel öznesi, hasta ya da sağlıklı bireyler ile süreçte onların sahip olduğu haklar üzerine odaklı olması nedeniyle hasta hakları ile ilgili temel sayılabilecek uluslararası metinler olarak kabul edilmektedir. Bu metinleri organ nakilleri ile ilgili olarak 1968 yılında yayınlanan Sidney Deklarasyonu (WMA, 2012), 1977'de Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 yılı Herkes İçin Sağlık" kararları (WHO, 2012) ve son olarak da 1978 yılındaki Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri Deklarasyonu'nda da (WHO, 2012) hasta haklarına değinilmiştir.

### ***2.2.2. Hasta hakları ile ilgili uluslararası bildireler ve sözleşmeler***

İnsan haklarının bir alt başlığı olan hasta haklarını koruma, güncel sorunları gündeme getirme ve çözüm geliştirme amacıyla uluslararası düzlemde bildireler ve sözleşmeler yayımlanmıştır. Bildireler öneri niteliğindedeyken, sözleşmeler hukuki bağlayıcılık niteliği taşımaktadır. Tarihte hasta haklarına özel bildire ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde yayımlanmıştır. Hastaların şikayetleri ile ilgili alınmış olan mahkeme kararları ve bu kararların Amerikan Hastaneler Birliği tarafından

uygulamaya alınması ile 1972 yılından itibaren hasta hakları hareketi başlamıştır (Yüce, 2018).

### **2.2.2.1. Amerikan Hastane Birliği'nin Hasta Hakları Bildirgesi (1972)**

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1900'lü yılların başından bu yana hastaların hasta nelere karşı açtığı seri davalardan sonra 1972'de Amerika Hastane Birliği, "Hasta Hakları Bildirgesi"ni yayınlamıştır. Bu bildirmede "hastanın hastalığının tanısına, tedavisine ve prognozuna ilişkin doğru, eksiksiz ve anlayabileceği dilde bilgi almaya ve akla uygun bir karar verebilmesine olanak sağlanmasını beklemeye hakkı vardır" anlatımı yer almaktadır (Cavlak & Bostancıoğlu, 2017).

### **2.2.2.2. Lizbon Bildirgesi**

Uluslararası düzlemde Amerika Hastane Birliği, "Hasta Hakları Bildirgesi" sonra hasta hakları ile önemli bildirmelerden biridir. 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından yayımlanmıştır. Lizbon Bildirgesi'nde; tedaviyi kabul veya reddetme, onurlu şekilde ölme, özel hayata ait bilgilerin gizliliği dahil toplamda altı alt maddelik haklar tanımlanmıştır (World Medical Association, 2020).

### **2.2.2.3. Amsterdam Bildirgesi**

1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından Amsterdam'da kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde değerler ve insan hakları ile hastaların bilgi hakkı, onam (rıza) hakkı, sır ve mahremiyet hakkı, bakım ve tedavi sürecindeki hakları ve bu hakların uygulanması olarak özetlenebilecek bildirme, ilkinine göre daha kapsamlıdır.

### **2.2.2.4. Bali Bildirgesi**

Endonezya'nın Bali şehrinde yapılan toplantıda, Lizbon Bildirgesi'nin daha ilerletilmiş ve genişletilmiş şekli ile 1995 (Ekmen, 2018) yılında yayımlanmıştır. Bali Bildirgesi'nin en belirgin özelliği hasta haklarına kısıtlılıklar getirmiş olmasına rağmen daha uygulanabilir maddeler içermektedir. Amsterdam ve Bali bildirmeleri karşılaştırıldığında temel ayrımın "hastaya yüklenen anlam" bakımından olduğu görülmektedir.

### **2.2.2.5. Roma Sözleşmesi (2002)**

Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşme) Avrupa kamuoyunda hasta hakları bilincinin oluşturularak, bu hakların üst düzeyde korunması ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında toplumun katılımının sağlanması gibi sosyal hedefleri amaçlamaktadır.

Bu politikalardan bazıları; koruyucu tedbirlerin alınması hakkı, insan sağlığının yüksek düzeyde korunması hakkı, sağlığa yönelik hizmetlerden yararlanma hakkı, rızanın alınması hakkı, özgür seçim yapma hakkı, kalite standartlarının sağlanması hakkı, güvenliğin sağlanması hakkı, yenilik hakkı, kişisel tedavi hakkı, şikâyet hakkı, tazminat hakkı, aktif vatandaşlık hakları çerçevesinde hasta haklarının korunması için faaliyette bulunma hakkı şeklindedir. Bildirge, temel haklara ilişkin AB statüsüne göre hazırlanmıştır. Yayımlanan diğer bildirgelerden temel farkı olarak şikâyet ve tazminat hakkına vurgu yapıldığı görülmektedir. Tabipler Birliği'nin her yıl düzenli olarak gerçekleştirdiği tıp etiği, hekim uygulamaları ve hasta hakları gibi bir çok konuda uluslararası ve ulusal yasal düzenlemelere kaynaklık da edebilen bildirgeler, açıklamalar ve çağrılar yayımlamaktadır. Hasta hakları uluslararası çapta 2005 yılında Dünya Tabipler Birliği Santiago Bildirgesi ile bir kez daha geliştirilmiştir (Tatlı, 2018). Ardından 2015 yılında Dünya Tabipler Birliğinin Oslo'da düzenlediği, Türk Tabipler Birliğinin de katılımıyla gerçekleştirilen konseyde mobil sağlık uygulamaları için hasta bilgilerinin gizliliği ve hasta güvenliği açılarından belli bir düzenlemeye gidilmesi yönündeki önerileri bu yüzyılın önemli hasta hakları konularına değinmesi açısından önemlidir (İlhan & Civaner, 2015)

### **2.2.2.6. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi**

1997 yılında imzaya açılan sözleşme Avrupa Konseyi tarafından imzaya açılan sözleşme, Amerikan'ın liberal yaklaşımının aksine, Avrupa biyoetiğinin insan haysiyetini toplumsal bir çerçeveye oturtmakta olduğunu göstermiştir (Katoğlu, 2006). Sözleşmenin amacı insanların haysiyetlerini ve kimliklerini koruyacak, biyoloji ve tıbbın uygulanması sürecinde ayırım yapılmadan herkesin, bütünlüğüne, diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini

güvence altına alacak tedbirlerin alınmasıdır. Bilimsel araştırmalarda bireylerin kullanımı, muvafakat, organ ve doku nakli, insan genomu sözleşmede yer bulmakta olan konulardır (Yüce, 2018). Temel biyoetik ilkeleri pozitif hukukun içine yerleştiren ve bu alandaki ilk bağlayıcı insan hakları metni olarak tanımlanabilir. Sözleşmeyi imzalayan ülkeler, sözleşmede yer alan hükümler ile ilgili iç hukuklarını düzenlemekle yükümlü tutulmuştur. Anayasanın doksanıncı maddesi uyarınca 2003 yılında Türk hukuk sisteminin bir parçası haline gelmiştir.

### ***2.2.3. Türkiye’de hasta haklarının gelişimi***

Ülkemizde insan hakları kavramının başlangıcı olarak tarihsel açıdan ilk Türk uygarlıklarına kadar gidilebilirse de bu bölümde Osmanlı Devleti’nde batılılaşma hareketlerinin başladığı dönem esas alınmıştır. Ülkemizde insan hakları kapsamındaki bireysel, siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel hakların ortaya çıkışı ve gelişimi toplumsal koşulların oluşmasıyla başlamıştır. Tanzimat döneminde, öncelikle padişah fermanları sonrasında ise ilk anayasal yapılanmalar ve cumhuriyetle birlikte anayasalarda yer almaya başlamıştır. Osmanlı Devleti’nde, 1808 tarihli Sened-i İttifak Belgesi’nin hak ve özgürlükler açısından bir ilk adım olduğu, hükümdarın yetkisinin sınırlandırılması ilkesini benimsediği görülmektedir. Ardından 3 Kasım 1839 tarihli Tanzimat Fermanı, hak ve özgürlüklerdeki gelişmeler açısından önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. 28 Şubat 1856’da ilan edilen Islahat Fermanı, Tanzimat Fermanı’ndan sonra bu dönemin diğer önemli bir gelişmesi olmuştur (Günay, 2020). I. Meşrutiyet Dönemi 1876’da Kanun-i Esasi adıyla bilinen ilk anayasanın hazırlanıp kabul ettirilmesiyle başlamıştır. Kanun-i Esasi maddi ve şekilsel açısından tam bir anayasa niteliğindedir. Bu Anayasa bazı maddeleri Osmanlı İmparatorluğu sınırları içinde temel hak ve özgürlükleri düzenlemektedir. II. Meşrutiyet ile 1909’da Kanun-i Esasi’nin toplam yirmi bir maddesi değiştirilerek, yeni bir anayasa anlamına gelecek bir düzenleme yapılmıştır. İzleyen dönemde Birinci Dünya Savaşı sonrası Kurtuluş Savaşı sırasında yeni bir anayasa hazırlanarak önemli bir adım

atılmıştır. Bu süreçte çıkan 1921 Anayasasında kişi hak ve özgürlükleri ile yargılama gibi temel konulara yer verilmemiştir.

Cumhuriyetin ilanından sonra 1921 Anayasası'nın kabul edilmesiyle, 1876 tarihli Kanun-i Esasi'de henüz kaldırılmadığı için "iki anayasalı dönem" ortaya çıkmıştır. Bu durum 1924 Anayasası'nda Kanun-i Esasi'nin yürürlükten kaldırıldığına açıkça belirtilmesiyle ortadan kalmıştır. 1924 Anayasası, kişisel hak ve özgürlükler açısından Fransız İhtilali'nin izlerini taşıyan doğal hukukçu, liberal ve bireyci bir yaklaşımın egemen olduğu bir içerikte hazırlanmıştır. Tüm bu yasal düzenleme süreçlerinin içinde tarihsel olarak on beşinci yüzyıla kadar dayandırabileceğimiz günümüzün en önemli hasta haklarından biri olan bilgilendirilme ve onam vermeden tıbbi işleme tabi tutulmaması ile ilgili olarak Osmanlı kadı sicillerinde birçok belge bulunmaktadır (Sarı vd., 2007). Aslında hasta haklarıyla ilgili bazı pratiklerin, Batı dünyasından önce bizim topraklarımızda uygulandığı söylenebilir. Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren ise temel insan hakları çerçevesinde sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe giren yasal düzenlemelerde haklar dizini yer bulmuştur. Söz konusu yasal düzenlemeler hasta hakları olarak belirtilmemesinin yanı sıra temel hakları sayılabilecek; bilgilendirme hakkı, özel yaşama saygı hakkı, tıbbi müdahaleyi kabul veya reddetme hakkı, sağlığa yönelik hizmetlere ulaşma hakkı, sağlık kuruluşunu seçme hakkı ve değiştirme hakkı gibi hükümleri içermektedir (Sert, 2004).

### ***2.2.3.1. Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu***

Kadı sicillerinde görülen rıza belgelerinin gerekliliğini yasal olarak uygulama yükümlülüğünü 1219 sayılı ve 1928 tarihli "Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"un yetmişinci maddesi ile resmi olarak hekimlere hastalardan onam alma zorunluluğu getirilmiştir. Burada söz edilen onam, hekim ve hasta ilişkisinin yasal çerçevesi dâhilindedir. Evrensel etik değerlere göre onam alınırken hastanın yeterince bilgilendirilmesi ve değerlerine saygı duyulması önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün "sağlık tanımı" 1947 yılında 5062 sayılı yasa ile ülkemizde de

kabul edilmiştir. Bu tanım 1961 Anayasası'nda yer almakta ve 1982 Anayasası'nın doksanıncı maddesi uyarınca bir iç yasa olmaktadır. Temel olarak uluslararası yükümlülüklerden kaynaklanan sorumluluklar bulunmaktadır.

### ***2.2.3.2. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Genel Sağlığın Korunması Yasası***

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Genel Sağlığın Korunması Yasası, (1593 sayılı yasa RG yayın tarihi 06.05.1930 ve sayı:1489) ülkede önemli halk sağlığı sorunlarını çözümlenmek amacı ile 1930 yılında kabul edilmiştir.

### ***2.2.3.3. Hususi Hastaneler Kanunu***

Özel hastaneler alanını düzenlemek amacıyla çıkarılan bu yasa, (2219 sayılı yasa RG yayın tarihi 05.06.1933 ve sayı 2419) sınırlı da olsa hastaların hekimini seçme haklarının olduğu gündeme getirilmiştir.

### ***2.2.3.4. Türk Tabipler Birliği Kanunu***

Türkiye'de hekimlik meslek kuruluşu olan Türk Tabipleri Birliği (TTB), bu yasa (6023 sayılı yasa ve RG yayın tarihi 31.03.1953 ve sayı 8323) uyarınca kurulmuştur. Yasa sadece hekimleri değil aynı zamanda dış hekimlerini de kapsamaktadır. Ancak 1985 yılında çıkarılan bir yasa ile dış hekimleri kendi özgün yasalarına kavuşmuştur.

### ***2.2.3.5. Hemşirelik Kanunu***

Hemşirelik, daha önceden 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun'a tabi iken, bu yasa (6283 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.03.1954 ve sayı: 8647) ile daha özgün bir çerçeveye sahip olmuşlardır (Türk Hemşireler Derneği, 2002). 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile görev, yetki sorumlulukları tekrar gözden geçirilmiştir.

### ***2.2.3.6. Türk Eczacılar Birliği Kanunu***

Türkiye'de eczacılık meslek kuruluşu olan Türk Eczacılar Birliği'nin kuruluş yasası olan bu yasa (6643 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.02.1956 ve



sayı: 9223) Türk Tabipleri Birliği Yasası ile aynı amaca yönelik hükümler içermektedir. Hastalara karşılıksız ve özveri ile hizmet etmenin eczacılar tarafından benimsenmesi ve bu tutumların meslekte geleneksel bir alışkanlık haline getirilmesi amaçlanmaktadır.

#### **2.2.3.7. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi**

Türkiye’de hasta-hekim ilişkilerini düzenleyen ilk yazılı metin, 1960’ta hazırlanan “Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi”dir. Bu nizamname “Hekimlik ve Meslek Etiği Kuralları” adı altında yeniden düzenlenerek Türk Tabipler Birliği’nin Ekim 1998’de Ankara’da yaptığı 47. Büyük Kongresi’nde kabul edilmiştir.

#### **2.2.3.8. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun**

Bu kanun (224 sayılı ve RG yayın tarihi 12.01.1961 ve sayı: 10705) 1961 Anayasası’nın sosyal devlet olma özelliği ve devletin temel görevinin sağlık hizmetlerini sağlamak olduğu yolundaki hükmüne dayanarak ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ne atıfta bulunarak hazırlanmıştır.

#### **2.2.3.9. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun**

Bu kanun (2827 sayılı yasa, RG yayın tarihi 27.05.1983 ve sayı: 18059) aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi esaslarını, önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektedir (Kanun Numarası: 3359-Resmî Gazete).

#### **2.2.3.10. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği**

Bu yönetmelikle (RG yayın tarihi 29.01.1993 ve sayı 21480) her türlü ilaç araştırmaları ile gönüllü bireyler üzerinde yapılacak klinik araştırmaların tabi olduğu esas ve usuller ile bunlardan doğacak sorumluluğun esaslarını belirlemek olarak ifade edilmiştir. Yönetmelik en son 2015 yılında İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik adıyla güncellenmiştir. Hasta hakları ile ilgili yapılanmanın önemli belgelerindedir.

### **2.2.3.11. Hasta Hakları Yönetmeliği**

Uluslararası bildirgelerde yer alan hasta hakları, ülkemiz koşullarına uyarlanarak 1998 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği olarak kabul edilmiştir. Yönetmelik 2014'te Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik ve (8 Mayıs 2014 tarih ve 28994 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.) 2014/32 Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi olarak yayımlanmıştır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlandığı tarihten 5 yıl sonra bu yönetmeliğe ve ilgili yasalara dayanılarak 15.10.2003 tarihinde "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" ve bu yönergeye bağlı olarak da uygulamayı kolaylaştırmak üzere "Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi" yayımlanmıştır. Bu yönergenin yayınlanmasından kısa süre sonra Kasım 2003'te, yönergede sözü edilen Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü kurulmuştur (Madde: 5). Bu birimin amacı hasta hakları konusundaki tüm uygulamaları merkezi düzeyde koordine etmek olarak belirtilmiştir. 16.01.2019 tarih ve 30657 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan son değişiklik ile; "*İl sağlık müdürlüğü; üniversite hastaneleri, özel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız dış 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*" ifadesi eklenmiştir (Madde: 42/B)

### **2.2.3.12. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi**

Bu genelgenin (08.09.2004 tarihli genelge) amacı, "hizmet sunumunun iyileştirilmesi kapsamında hastalarımızın hekimlerini seçebilmesini öngören bir sistemin uygulamasına geçilecektir." ifadesi ile açıklanmaktadır.

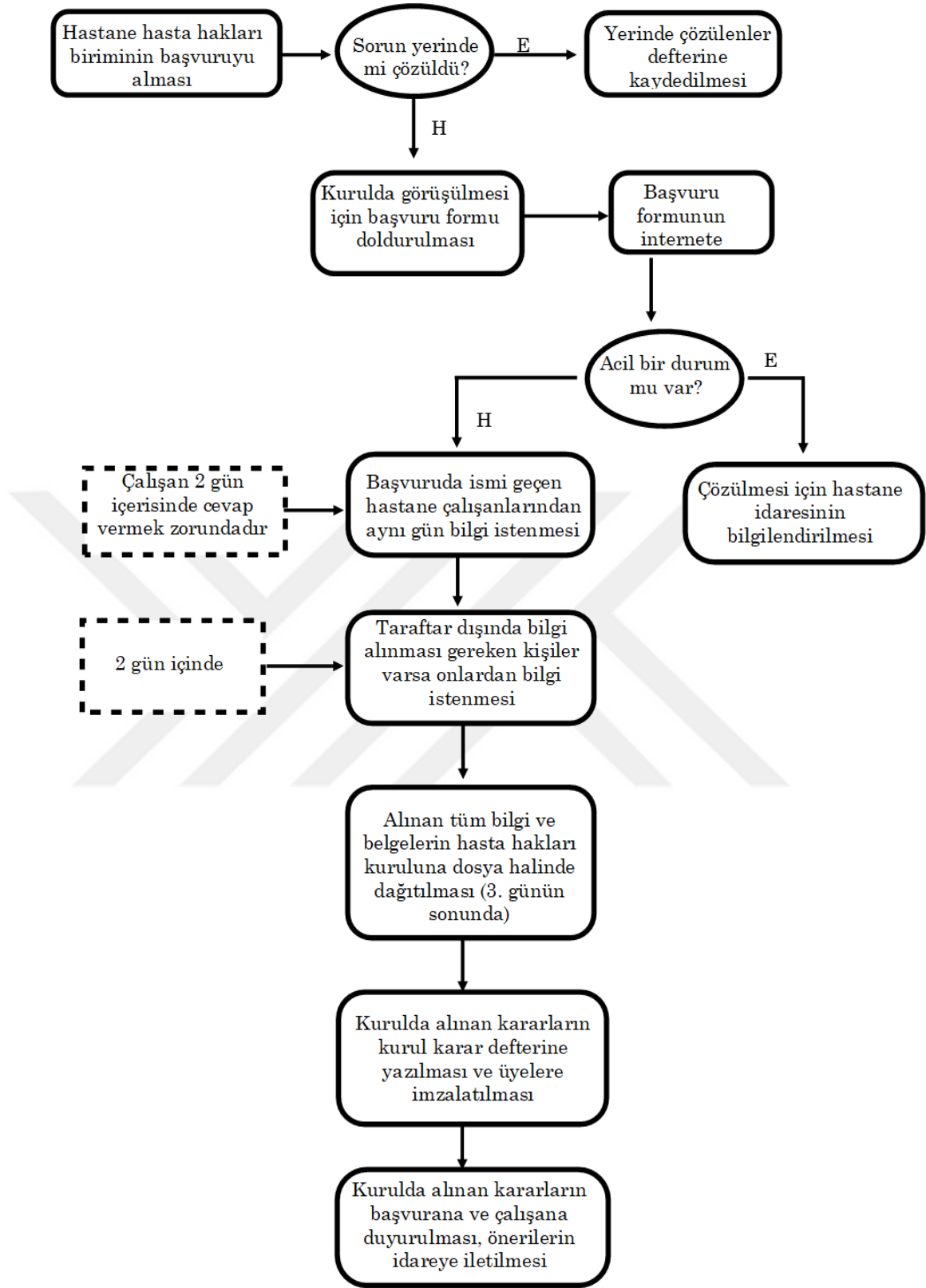
### **2.2.3.13. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi**

26.04.2005 tarihinde İlk Hasta Hakları Uygulama Yönergesinin yenilenmiş biçimi olan bu yönerge, eskisine göre daha geliştirilmiş ve kapsamlı bir yapıdadır. İlk yönerge kapsamında pilot uygulamalar başlatılmış ve bu süreçte önemli deneyim elde edilmiştir. Yönergenin, hasta haklarını

benimsemeyi, korumayı ve bu hakların ihlali durumunda da hak arama sürecinin basamaklarının oluşturması öngörülmektedir. Geçtiğimiz 30 yılda bütün dünyada yoğun olarak gelişme gösteren hasta hakları Türkiye’de de aynı önemi görmüştür. Hasta haklarının Türkiye’de tartışılmaya başlaması 1980’li yılların sonuna rast gelmektedir.

#### **2.2.3.13.1.1. Hastane hasta hakları biriminin işleyiş şeması**

Nisan 2005’te yayımlanan “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi” uyarınca sağlık kurumlarında hasta hakları birimi ve hak ihlali açısından değerlendirecek Kurul’un görevleri, hasta hakları uygulamalarını gerçekleştirmek, hakların geliştirilmesi için önerilerde bulunmak ve başvuru dosyalarını değerlendirmek ve yönetime görüş sunmak biçiminde tanımlanmaktadır (Önal & Civaner, 2005).



Şekil 2.1. Hastane Hasta Hakları H Birimi İş Akış Şeması

Kaynak: Önal ve Civaner, 2005.

#### **2.2.4. Belçika'da sağlık sistemi ve hasta hakları**

Küçümsenmeyecek ölçüde Türk nüfusun bulunduğu Belçika, idari olarak topluluklardan ve bölgelerden oluşmuş bir federal devlettir. Kendi içlerinde eyaletlere ayrılan üç bölge vardır. Bunlar Flaman, Valon ve Brüksel bölgeleridir (Belçika Anayasası, 2011). Dış İşleri Bakanlığı'nın verilerine göre; ülkede 240 bin Türk vatandaşı yaşamaktadır (Bu rakama yalnızca Belçika vatandaşı olan Türk nüfus dahil değildir). Federal parlamento ve bölgesel parlamentoda toplam on iki siyasetçi bulundurarak, yönetimde de söz sahibi olmuşlardır (T.C Dışişleri Bakanlığı, 2020). Federal Sağlık hizmetlerinden Sosyal İşler Kamu Sağlığı ve Çevre Bakanlığı sorumludur. Bu Bakanlığın yönetiminde iki bakan ve alt yönetim birimleri bulunmaktadır. Yerel idareler sağlık seviyesinin iyileştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumludurlar.

Belçika endüstrileşmiş ve refah düzeyi iyi bir ülke olarak tanımlanabilir. Refah düzeyini sağlık sistemine oldukça iyi uygulayabilen ülkelerden biridir. Sağlık hizmetleri AB ülkelerinin refah yönelimli diğer sistemlerin aksine büyük oranda özel sektör tarafından verilmektedir (Sargutan, 2006). Belçika'da sosyal güvenlik sistemi; çalışanlar ve işsizler, emekli olanlar ve halen çalışanlar, sağlıklı olanlar ve hastalar, geliri olanlar ve hiçbir geliri olmayanlar gibi toplumun hemen her kesiminden gruplar arasındaki dayanışmaya bağlı bir sistemdir (Ekonomi Bakanlığı, 2020). Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar yeterlidir ve verimli bir şekilde kullanılmaktadır. Belçika sağlık sistemi olarak liberal bir karakter taşır.

Hastaların hizmet sunucularını seçme konusundaki serbestlikleri zorunlu sağlık sigortası uygulamaları mevcuttur. Toplam sağlık harcamalarının %35-40'ı kamu kaynaklıdır. Bunların da 1/3'ü toplum sağlığı içindir. Koruyucu sağlık hizmetleri temel olarak sağlık bakanlığının ödenekleriyle hizmetleri satın alınan özel sağlık organizasyonlarıyla sağlanmaktadır. Belçika'da kâr amaçlı olmayan biri kamu olmak üzere beş sağlık sigortası çeşidi vardır. Halkın %90'dan fazlası zorunlu ve primli sağlık sigortası kapsamı altına alınmıştır. Ayrıca belediye düzeyinde kamu

hastanelerinde sağlık sigortası olmayan fakirlere ve gocmenlere karşılıksız hizmet veren yardım komisyonları vardır. Hastanelere ulaşılabilirliği kolaylaştırmak ve yığılmaları önlemek için, bir hastane bölgesinde 200.000 kişiye hizmet verecek şekilde ülke kırk sekiz hastane bölgesine ayrılmıştır. Hastanelerden yerel yönetimler sorumludur (Sargutan, 2006).

Belçika'da hasta ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkide ve sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi yükseltmeyi amaçlayan "Hasta Hakları Kanunu" 22 Ağustos 2002 tarihinde yayımlanmıştır. Bu yasa, bazı yasal ilkelere ve mevcut etik kurallara dayanarak, hastaların temel haklarını özetler ve hukuimleri aıkıklar. Başlıklar halinde bu haklar (Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment, 2020):

- 1.Kaliteli hizmet almak,
- 2.Bir sağlık uzmanı seçmekte özgür olmak,
- 3.Kişinin sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olmak,
- 4.Önceden bilgilendirme ile serbestçe müdahaleye izin vermek,
- 5.Dikkatli bir şekilde güncellenen sağlık kayıtlarının elde etmek, incelemek ve bir kopyasını almak,
- 6.Kişinin mahremiyetinin korunduğundan emin olmak,
- 7.Bir ombudsmanlık hizmeti ile şikâyette bulunmak şeklindeydir.

Federal hukuemet bünyesinde, Hasta Hakları Kanunu'nun işleyişini denetlemek, tavsiyelerde bulunmak amaıyla Federal Hasta Hakları Komisyonu kurulmuştur. İlgili komisyon, hasta hakları ile ilgili konularda bilgi toplar, şikayetleri değerlendirir, gerektiğinde Bakan'a tavsiyelerde bulunur, Ölkemizde bulunan hasta hakları biriminin eşdeğerli Belçika'da ombudsmanlık hizmeti olarak uygulanmakta ve görevli kişi tarafsızlığını koruyabilmesi amaıyla sağlık kurumu dışından olmak durumundadır. Ombudsmanlık arabuluculuk faaliyeti yürütmektedir. Herhangi bir hak ihlali durumunda, süreci iyi yönetmek, çatışmayı ozmek, bilgi alışverişi, müzakere, sağlık görevlisi ile goruşme teklifinde bulunmak gibi iletişim odaklı hizmetler sunmaktadır (Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment, 2020).

Ülkede 2007 yılında sağlık uygulayıcıları ve hastalar için hasta hakları kanununun içeriği hakkında bilgi vermek, her iki sağlık hizmeti aktörü arasındaki ortaklığı teşvik etmek amacıyla “diyalog daveti” yayınlamıştır. “Hastanın sadece hakları yoktur, aynı zamanda mümkün olduğu kadar sağlık hizmeti uygulayıcısı ile işbirliği içinde olması gerekir” mesajını içeren etkin bilgilendirme faaliyetlerini devam ettirmektedir. Teoride ana hatlarıyla hasta hakları ülkemizdeki hasta hakları yönetmeliğiyle benzer niteliktedir. Ancak Federal Belçika Hükümeti’nin hasta ve insan hakları çerçevesinde hem ülkemizden hem de dünya ülkelerinin çoğundan farklı olan iki mevzuatı yürürlükte. Bunlar Ötanazi ve Organ Transplantasyonu Yasasıdır (Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment, 2020).

#### **2.2.4.1. Belçika’da ötanazi uygulaması**

Dünyanın birçok yerinde yardımcı intihar ve ötanazinin evrensel olarak reddedilmesine rağmen, Oregon eyaletine ek olarak birçok ülkenin yargı yetkisi son yıllarda ötanazi ve yardımcı intihara izin vermiştir. Bu ülkelerden birisi olan Belçika’da ötanaziyi yasallaştıran Belçika Yasası 28 Mayıs 2002’de kabul edilmiş ve 23 Eylül 2002’de yürürlüğe girmiştir. Sadece yetişkinleri kapsayan ve çocuklar için sınırlandırma getirilen yasanın ardından, 3 Şubat 2014 yılında Belçika, çocuklar için ölümcül enjeksiyonla ötanaziyi yasallaştırmıştır. Kanun uyarınca, ebeveynlerin karara katılması şarttır talepte bulunabilecek çocuklar için yaş sınırı konmamıştır (Patients Rights Council, 2020).

#### **2.2.4.2. Belçika’da organ nakli uygulaması**

Belçika, tüm dünyada ilgili disiplinlerce “Belçika Modeli” olarak adlandırılan organ nakli uygulamasını benimsemiştir. Bu öncü modelin ülke mevzuatındaki adı “varsayılan rıza yasası”dır. Varsayılan rıza yasasında öncelik vatandaşın isteğine bırakılmıştır. Kişi dünya genelinde olduğu gibi organ bağışında bulunmak istediğini değil, organ bağışında bulunmak istemediğini beyan etmek durumundadır. Bu amaçla kurulan merkezler kanalıyla aksi isteğini belirtir form doldurması gereklidir. Bu formlardaki bilgilere sadece organ transplantasyonu görevlileri ulaşabilmektedir. Kişi

sağlığında, istemediğine dair form doldurmamış olsa dahi, öldükten sonra ailesinin rızası yoksa yine organları alınamaz. Görüldüğü üzere hayattayken aksini beyan etmeyen herkes, organ bağıışı için gönüllü sayılmaktadır. Bu uygulama ile ülke nüfusunun %98'i donör haline gelmiştir (TBMM, 2020).

### **2.3. Göç Olgusu**

İnsana dair tüm fenomenler gibi göç hem tarihsel hem de güncel bir konu olması sebebiyle dinamizmini koruyan siyaset, kültür ve ekonomi gibi başat kurumları şekillendiren bir olgudur. Uluslararası Göç Örgütü (IOM) göçü; bir kişinin ya da bir grubun uluslararası bir sınır ötesi ya da bir devlet içindeki hareketi olarak tanımlamıştır. Uzunluğu, bileşimi ve sebepleri ne olursa olsun, her türlü insan hareketini kapsayan bir nüfus hareketidir; mültecilerin, yerlerinden edilmiş kişilerin, ekonomik göçmenlerin ve aile birleşimi de dahil olmak üzere başka amaçlar için hareket eden kişilerin göçünü içerir (International Organization for Migration, 2020).

Mekânsal bir hareketlilik biçimi olarak göç, politik veya idari birimin sınırının belirli bir süre için geçilmesi anlamına gelir. Mültecilerin, yerlerinden edilmiş kişilerin ve yerinden edilmiş kişilerin yanı sıra ekonomik göçmenlerin hareketleri de buna dahildir (Faist, 2008). Bir çok disiplinin araştırma sahasına giren göç olgusu yalnızca ekonomi, siyasi bilimler veya sosyoloji disiplinleri gibi göçü tetikleyen sebepleri, gelişme evrelerini, ödül-bedel bağlantılarıyla ele alanların değil, göçle beraber gözlemlenen, bu demografik hareketliliğin oluşturduğu değişimleri de ele alan biyoloji, tıp, sağlık bilimleri gibi bilim dallarının da üzerine eğildiği bir araştırma konusudur (Gezici, 2017). Örneğin, nüfus bilimciler göç kalıpları ve akışları üzerinde yoğunlaşırken, sosyologlar genellikle alıcı ülkelerde yerleşme ve entegrasyon süreçlerine bakarlar. Bugün açık olan, uluslararası göç dokusunu ören bağlantıların bütünsel ve disiplinlerarası bir yaklaşım gerektirdiğidir (Joly, 2017). Bunun nedeni insanları evlerinden, menşei ülkelerinden, komşu ülkelere ve kültürel sınırların ötesindeki yeni, daha güvenli yerlere kaçmaya zorlayan sürekli artan sebepler insani krizlere yol açmış, çözüm arayışlarını



da beraberinde getirmesidir. Bu bağlamda bilimsel araştırmaların giderek daha fazla katkıda bulunması gerektiğini zorunlu kılmıştır (Fazel, 2018).

Neden insanların doğduğu topraklardan, parçası olduğu kùltür dokusundan ayrıldığı, organik ve biyolojik bağı bulunan çevreden koptuğu, töresinin, mezarının, bayramının, ağıtının harmonisindeki kimliğini bıraktığu ve mesafeleri, kıtaları aştığu sorusu göç teorilerinin ortaya çıkmasına ve konu ile ilgili klasik, neo-klasik, modern göç teorileri dahil birçok yaklaşım modelinin oluşmasına zemin oluşturmuştur. Toplumsal dayanışma, toplumsal iş bölümü konusunda önemli çalışmaları ile bilinen ünlü sosyolog Durkheim (1933)'a göre, sosyal büyümenin ilk aşamalarında göç, iş bölümünün gelişmesinde ve işlevlerin uzmanlaşmasında en önemli faktör olmuştur. Göç sanayileşme ve kentleşme sürecini hızlandırmış, köylerdeki homojenlik yerini kentlerdeki heterojenliğe bırakmış, farklılıklar ön plana çıkmış ve alt kùltürlerin oluşmasına sebep olmuştur (Karadeniz, 2005).

Günümüzde küresel anlamda göçte belirgin bir yükselme olmuş, özellikle birçok eski göç ülkesi göçmenlerin hedefi haline gelmiştir. Bunun sonucu olarak mevcut araştırma alanında teoriler, kavramsal çerçeveler, bakış açıları ve söylemler çağdaş olayları anlamlandırmak için somutlaşmış ve evrilmiştir (Valtonen, 2016). Geçmişte göçün çeşitli boyutlarını analiz etmek için bazı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Göçle ilgili ilk çalışma, 1880'lerde E.G. Ravenstein tarafından yapılmıştır. Ancak teorik bir çerçevenin temelini oluşturmadan sadece genellemeler içeren Ravenstein'in "Göç Yasası" teorisinin çizgilerini takiben, Lee (1966), göçle ilgili bir dizi genel teori ve hipotez ortaya koymuştur. Orijini ve varış noktasında bir dizi faktör ve bir dizi engel ve bir dizi kişisel faktör içeren insanların mekânsal hareketini açıklamaya çalışan teorisyen Lee ve onun "itici-çekici faktör" (push-pull) teorisi (Lee, 1966) göç yazınında en sık kullanılan teori olmuştur. Adından da anlaşılabilceği gibi hedef ülkenin çekici faktörleri olan yapısal etmenler yani cazip ekonomik fırsatlar, politik bağlamda özgürlük, işgücü talepleri göç almada aktif rol oynamaktadır. İtici faktörler ise, menşe ülkenin düşük hayat şartları,

demografik olarak çok büyüme veya politik baskılar gibi göç vermede etkin rol oynayan faktörlerdir (Sert, 2004).

Göçün sadece sebeplerini araştırmanın yanında, sebep-süreç-sonuç üçgeninde irdeleyerek hem tarihsel hem de güncel olan toplumsal hareketliliği çoklu perspektiften inceleme stratejilerinin olduğu da görülmektedir. Bu bağlamda göç teorilerine bakıldığında mikro, orta ve makro düzeyde analiz yapan göç teorileri şeklinde ana hatlarıyla bir tasnif yapılabilmektedir. Buna göre *Mikro Düzey Göç Analizleri*; bireysel analiz düzeyi olarak göçün öznel temeline odaklanır. Sosyal süreçlerden yalıtılmadan göçe sebep olan güdüler, davranışları, değerleri ele alır. Bunu daha iyi yaşam ve sağlık şartları aramak amacıyla göç etmek gibi kişisel beklentiler şeklinde de örneklendirebiliriz. *Orta Düzey Göç Analizleri*; ilk kez Kau Deaux (1941-...) tarafından göç süreçlerine uygulanan analiz modeli; birbiriyle etkileşim halinde ve bir sosyal sistem içindeki bireyin, diğer sosyal aktörlerden etkilendiği kabulünden yola çıkar. Bireysel faktörlerin tecrübe ettiği gündelik etkileşimlerin ve sosyal süreçlerin davranışsal sonuçlarına odaklanır (Gezici, 2017). Örneğin; Belçika'da yaşayan yakınlarının daha iyi ekonomik şartlarda yaşadığını gören, hatta bindiği lüks araçlara özenen Emirdağlı gençlerin birçoğu, zorunlu eğitim sürecini tamamladıktan hemen sonra Belçika'da yaşamayı istemektedir. *Makro Düzey Göç Analizleri*; göçün nesnel temelini oluşturan düzeydir. Gelir maksimizasyonu, kurumlar, örgütler, hükümetlerin benimsediği göç politikaları, gelişmiş endüstriyel sosyo-ekonomik yapılanma veya işsizlik gibi makro seviyede olgular göçün sebebi ve sürdürülmesinde başat rol oynarlar (Sert, 2012; Gezici 2017).

Ulusal ya da uluslararası ölçekte yaşanan mekânsal nüfus hareketliliği için farklı ölçütler temel alınarak sınıflandırma yapılmıştır. Bu sınıflandırma içinde en sık kullanılan gruplamaya göre göç, iç göç (internal migration) ve dış göç (external migration) olarak ikiye ayrılmaktadır. İç göç, bir eyaletten (il, ilçe veya belediye) diğerine geçişi ifade eder. Dış göç ise, insanların ulus devletlerarasında bölgesel bir yer değiştirmesidir. Göç ve toplumsal hareketlilik olarak mekânsal hareketlilik, birbiriyle yakından ilişkili bir küme

oluşturur (Faist, 2008). Petersan'a göre göçün dört farklı şekli vardır. Bu göç şekilleri aşağıdaki gibi kısaca özetlenmiştir. *İlkel göç* ile ekolojik sebeplerle endüstrileşme dönemi öncesinde görülen muhafazakâr eğilimler kastedilmiştir. Tarıma elverişli toprak arayışında olan insanlığın ilkel dönemi ile ilişkilendirilmiştir. *Zorlama ile yapılan göçler* kapsamında itici gücün sosyal yapılar olduğu, tarihte örneğini Nazi Almanya'sında Yahudilere karşı görülen, göçerlerin hayatlarının dramatik şekilde değiştiren göç türüdür. *Serbest göç* ise belirleyici faktörün öznel olduğu, yaşadığı yerin yaşam şartlarını herhangi bir sebeple zorlaştırması sonucunda, göç kararını bireyin "tercih ederek" vermesi sonucu gerçekleşen göçtür. *Kitlesele göçler*, serbest göçlerin sonucu olan, öncül birey veya grubun göç etmesinin ardından, memleketiyle kurduğu ilişki sonucu göç olgusuyla pozitif bağlantı oluşarak, kısa sürede çeşitli gerekçelerle kitlesele bir görünüm almasıdır. Türkiye'den Batı Avrupa ülkelerine, köyden kente olan göçler bu göç grubuna örneklerdir (Yalçın, 2004). Göç, küresel manzarayı değiştirmekte, dünyada şu anda doğdukları ülkeden başka bir ülkede nispeten kalıcı olarak yaşayan insanlar olarak 244 milyondan fazla göçmen bulunmaktadır. Son 15 yılda %40'ın üzerinde bir artış göstermiştir (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, 2016).

Araştırma konusunu oluşturan Emirdağ ilçesi 1960'lardan bu yana Avrupa ülkelerine, özellikle de Belçika'ya önemli miktarda göç vermiştir. Bu göç durumu birçok araştırmaya da konu olmuştur. Emirdağ'ın %45'ini oluşturan göçmen nüfusun çoğunluğu ise Avrupa'da özellikle de Belçika'da yaşamaktadır (Dağdemir, Kartal, Tinas, & Gürbüz, 2018). İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, uluslararası platformda göçün en büyük örneklerinden birini sanayileşmiş Batı Avrupa ülkelerine yapılan işçi göçünü oluşturur (Adıgüzel, 2014). 16.07.1964 tarihli "İşgücü Anlaşması", "Türk İşçilerin Belçika'da istihdamına Dair Anlaşma ile Protokol ve Ekleri" (Urfalı, 2011) ve ardından 04.07.1966 tarihli "Sosyal Güvenlik" anlaşması iki ülke arasında imzalanmıştır (Sağlam, 2011). 1974 yılında Belçika Devleti resmen işçi alımını durdurmuştur ancak evlilik kanalıyla, ailenin birleşmesi gerekçesiyle ve gayri kanuni yollarla ilçeden göç halen devam etmektedir. 1960 yılından itibaren

başlayan göçlerle ilçe nüfusu 1935’li yıllarının altına düşmüş (Köktepe, 2007) hayallerin gerçekleşeceği ülkeye “göç” ritüel halini almıştır.

Gittikleri ülkenin değer ve normları karşısında, göç edenler kültürel asimilasyon, benzeşme, kültürel bütünleşme, yabancılık gibi sosyal olgulara maruz kalmaktadır. Makro düzeydeki bu değişimler göçmenlerin refahında rolü olan meslek gruplarını bu gelişmeleri takip ederek gündeme gelen sorunlara uygun yanıtları tanımlamak ve çözüm doğrultusunda bilgi inşa etmek için harekete geçirmiştir (Valtonen, 2016).

Çalışma bölgesindeki kitlesel boyuttaki göç kararlarının alınmasının çeşitli yollarını ve bireysel kararların bir popülasyonun sosyal uygulamalarına ve kültürel inançlarına nasıl dayandığını gösteren bir kültürel çerçeve çizmek ve bir göç kültürü gerçeğiyle yüzleşmek durumundayız. Başka bir deyişle, göç etme seçiminin yalnızca ekonomik ihtiyaçtan kaynaklanmadığını ya da sınır geçişi için yeterli doğumsal bir ev bırakma arzusunun olmadığını, bunun bir kültür olduğunu söyleyebiliriz. Yani göç kalıplarını anlamak için, ekonomi ile anlaşılması gereken sosyal pratik, anlam ve hareketlilik mantığı perspektifinden de bakılması gerektiği göç literatüründe yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu hareketliliğin temel sonuçlarının yanı sıra taşıyıcının sosyal evreninde yer alan sonuçları tanımlamak ve çözüm üretmek için ilgili disiplinlerce göç araştırmaları yürütülmelidir (Sirkeci & Cohen, 2015).

Göç, insanın içine doğduğu çevreyi bırakıp yeni bir çevreye gitmesidir. Bu nedenle ani ve hızlı bir çevre değişimi yaratan, böylece sosyal, kültürel ve fiziksel olarak toplumu ve bireyleri etkileyen göç sağlık ve sağlık değişkenleri üzerinde de çok önemli etkilere sahiptir (Topçu & Beşer, 2006). Gerçekleşen göç olgusuyla elde edilen maddi güç sayesinde, farklı ülkelere özellikle Türkiye’ye bazen daha ucuz, bazen aynı dili konuşabildikleri profesyoneli, bazen de sadece manevi olarak hissettikleri rahatlık nedeniyle sağlık hizmeti alma yolunu kullanabilmektedirler. Bugün sağlık turizminin bir kısmını oluşturan bu yaklaşım, çalışma grubumuz için de geçerlidir.

## 2.4. Sağlık Turizmi

Milletler Cemiyeti İstatistik Uzmanları Komitesi'nin 1937 yılında turist olarak kabul edilenler; “zevk, ailevi nedenler, sağlık amacıyla vb. yolculuk yapanlardır.” Turizmin en önemli dinamiği seyahat aktivitesidir. Turizm olayının gerçekleşmesi için bireylerin mutlaka, sürekli yaşadıkları bölgeden ayrılmaları gerekir. Bölgeden ayrılmayı gerektiren faktörlerden birkaçı; merak, din, kültür, dinlenme, ziyaret ve sağlıktır (Timur, 2015). Belçika’da yaşayan göçmen nüfusun bir kısmı çifte vatandaşlık olarak tanımlanan hem Türk vatandaşlığı hem de Belçika vatandaşlığına sahiptir. Dış İşleri Bakanlığı'nın verilerine göre; ülkede 240 bin Türk vatandaşı yaşamaktadır. Yukarıda verilen rakamlara sadece Belçika vatandaşı olan Türkler dahil değildir. Özellikle Z kuşağında Türk asıllı Belçika vatandaşları çoğunluktadır. Vatandaşı olduğu ülkeden organik bağları olan başka bir ülkeye belirli bir zaman diliminde seyahatleri “turist” tanımını tam olarak karşılamaktadır. Gerek çifte vatandaşlığa sahip Türkler gerekse sadece Belçika vatandaşlığına sahip Türklerin anavatanlarını ziyaret sebebiyle ülkemize belli süre için gelip, dönmeleri bir turizm faaliyetidir. Aile ve akrabalık ilişkileri, uzaktaki tanıdıkları ziyaret, kendi öz kültürüyle olan dinamik bağları koparmamak gibi başlıca sebeplerle yurdumuza gelmektedirler. Sağlığın korunması gereken bir değer olması dolayısıyla rahatsızlıklara karşı sağlığı destekleme ve önlem alma veya tedavi, rehabilitasyon hizmetleri gibi sağlık bakım faaliyetlerinden bulunulan her yerde yararlanmayı gerektirir.

İnsanların seyahat etmek suretiyle ikamet ettiği yerin dışında konaklayarak tedavi olma veya sağlığını korumayı amaçlamaları özel bir turizm çeşidi olan sağlık turizmini ortaya çıkarmıştır. Sağlık Bakanlığı sağlık turizmini; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikamet edilen yerden başka yere seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az 24 saat kalınarak sağlık ve turizm olanaklarından faydalanması olarak tanımlamıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizm Başkanlığı, 2020).

Sağlık turizmi çeşitleri ile ilgili literatürde bir dizi farklı sınıflandırmalar yer almaktadır. Bu bağlamda Gonzales ve Brenzel (2001) sağlık turizmini 3 grupta kategorize etmiştir. Bunlar (Temizkan & Çiçek, 2015):

1. Wellness/sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetler (kaplıca, bitkisel tedavi, masaj)
2. Tedaviye yönelik hizmetler (estetik, kalp göz ameliyatı vb)
3. Rehabilitasyon hizmetleri (diyaliz, yaşlı bakım vb),

Sağlık turizminin tanımından yola çıkarak göçmen vatandaşların ülkemize ziyaretlerinin birincil hedefi her ne kadar anavatanla kültürel, manevi ve aile bağları olsa da yukarıda sayılan hizmetlerden de maksimum düzeyde faydalandıkları söylenebilir. Diğer bir sınıflandırma ise Cohen (2006)'in çalışmasında medikal turizm pazarı açısından ziyaretçilerin 5 kategoride ele alınmasıdır. Bu kategoriler ise:

- 1.Yalnızca turist
- 2.Yalnızca hastalar
- 3.Tatil yapan hastalar
- 4.Tatil ve tedavi amaçlı turistler
- 5.Tatilde tedavi edilen turist

Bu sınıflandırmadan yola çıkarak, ziyaretlerinin tek amacı, tedavi olmak veya mevcut sağlığını korumak olmasa bile, ciddi bir nüfus popülasyonunun yaklaşık 3 ay gibi bir süre boyunca, sadece “tatilde tedavi edilen turist” bağlamında bile olsa sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını mümkün değildir. Emirdağ ilçesinin termal turizm açısından ilk destinasyonlardan biri olan Afyonkarahisar iline bağlı olması sağlık turizmi açısından tercih avantajını artırmaktadır. Zengingönül vd. (2012) ziyaretçilerin Türkiye’deki sağlık kuruluşlarını tercih etmelerinin sebebini Türkiye’deki tıbbi operasyonların, kendi ülkelerine kıyasla daha uygun fiyata yapıldığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Fakat Türkiye’nin tercih edilmesinin tek nedeni

ucuz olması değil, bazı hizmetlerin kendi ülkelerinde sigorta kapsamında olmaması ve hizmetin kalitesidir (Özdemir, Konak, 2005).

## 2.5. Kültür Olgusu

Birey, başkalarının kültürel perspektiflerini paylaşan ve normatif beklentileri anlayan, iyi sosyalleşmiş bir aktör olarak kabul edilir. Kabul edilebilir davranışlarla ilgili normlar; açık, bilinir ve kendine veya başkalarına dair, bireyin sosyal beklentilere uyması ve motive olması için uygulanmaktadır. Bu nedenle, bu kriterler kültürel yönelimlerdeki değişimin, baskın sosyal normlara bağlı kalmanın ve sosyal sistemdeki yerin anlamlandırılmasında çeşitlilik yaratmaktadır (Villatoro, Mays, Ponce, & Aneshensel, 2018).

Kültürel etkilerin saptanması ile ilgili çalışmalarda iki temel problemle karşılaşılır. İlki, kavramın çok net bir tanımının olmayışından, teoriktir. Kültür nedir? Nerede konumlanır? Etkileri nelerdir gibi sorulara ortak bir yanıt, yakın zamanda ortaya çıkmayacak gibi görünmektedir (Polavieja, 2015). Türk Dil Kurumu (2020)'nda kültür, “tarihsel, toplumsal gelişme süreci içinde yaratılan bütün maddi ve manevi değerler ile bunları yaratmada, sonraki nesillere iletmede kullanılan, insanın doğal ve toplumsal çevresine egemenliğinin ölçüsünü gösteren araçların bütünü” olarak tanımlanır. E.B. Tylor'a (1832-1917) göre kültür; toplumun bir üyesi olarak insanoğlunun kazandığı bilgi, sanat, gelenekler ve benzeri diğer alışkanlıkları kapsayan karmaşık bir bütündür. E. B. Tylor (1832-1917)'ın kültür tanımı için “karmaşık bir bütün” ifadesi kullanması dört değişken içermektedir. Bu değişkenler; toplum, insan, kültürel içerik ve öğrenme sürecidir. Karmaşık bütünlük ifadesi toplumu oluşturan bireylerin yıllarca süren etkileşimleri sonucunda ortaya çıkan değerleri, inançları ve davranış kalıplarını içerir (Çetintaş, 2016). Dolayısıyla toplum ve kültür arasında işlevsel bir ilişki vardır. Kültür, bir toplumun geçmişten devraldığı ve geleceğe aktardığı hem tanımlayıcı hem de ayırt edici olan tarihsel birikimidir. Geçmişten devralınan şeylerin miras olduğunu söylemek yerinde olacaktır.

Miras olarak alınan kültür, gelenek, dil, tarih ve aidiyet duygusu yok edilemez ancak parçalanabilir özelliktedir (Chamber'dan aktaran Özdemir, 2010). Dinsel aidiyet daha tekelci bir görünüm ortaya koyarken, dilsel aidiyet öyle değildir. Bir kişi birden fazla dil ve kültüre ait olabilir (Maalouf, 2009). Dil, fiziksel ve psikolojik boyutlardaki farklılıklar nedeniyle azınlıklar ve göçmenler, yeni bir kültürle temasa geçtiklerinde belirli uyum stratejilerini seçebilirler. Onların bu uyum stratejileri, kültürlenme biçimleri olarak bilinir. Kültür sayısız kuralı, ritüeller gibi kod sistemine dayalı inanışı, değer ve tutumları kapsamakta, günlük yaşam içinde uyarlanmakta ve yeniden onaylanmaktadır (Gezici, 2017).

Literatürde kültürün etkileri bağlamında tipik olarak iki farklı kavramsallaştırma yapılmıştır. Birincisi, M. Weber (1864-1920) ve T.Parsons (1902-1979) gelenekleri ile bağlantılı olarak, kültürü, insanların davranışlarını motive eden tercihler, inançlar, değerler ve kimliklerin deposu olarak görür. İkincisi aksi şekilde A. Swidler (1944-...)'in 1986 ve 2001'deki çalışmasıyla kültürü, insanların eylemlerini anlamlandırmak için stratejik olarak kullandıkları sembollerin, yeterliliklerin, uygulamaların ve gerekçelerin veri seti olarak görür. Eski görüş kültürü, insanların davranışlarını yönlendirmede güçlü bir nedensel rol olarak görürken; ikincisi onu çoğunlukla kısıtlayıcı bir güç olarak görmektedir (Polavieja, 2015).

Bireyler toplumun parçası olan sosyal aktörlerdir. Kültür yörüngesinde çeşitli sosyal kategoriler, sosyal kurallar içinde sosyal kimliklerini inşa ederler ve türlü bilişsel temsillere sahip olurlar. Her toplumu çevreleyen sosyal çevre diğerinden farklıdır ve tam olarak farklı olduğu için, algıladıkları dış dünya, bir diğer toplumun algıladıkları ile aynı değildir. Kuşkusuz herkes aynı duyulara sahip, fakat kolektif temsillerin, tüm algıları kuşattığını akılda tutmalıyız (Berry, 1997). Dolayısıyla başka bir ülkeye göç eden insanlar, kültürel olarak kurulmuş bambaşka bir anlamlar sistemi ile karşılaşmaktadır. Bu yeni çevrede başarılı olabilmek için, tamamıyla farklı kültürel gerçekliğin kolektif inşasına katılma ihtiyacı duyar. Hem bireysel hem de birey-üstü bir süreçle karşı karşıyadır. Yeni bir kültüre maruz kalan bireylerin tutumları,



değerleri, bireysel normları ve eylemlerinde oluşan değişiklik “kültürlenme” kavramıyla betimlenir. Göç eden insanlar bu kültüre maruz kalma durumuyla onu pasif bir şekilde edinen ancak onu yeniden yaratma kapasitesine sahip olan ve aktif bir şekilde de inşa edendir. Yani sadece edilgen değil, etken bir role de sahiptir (Gezici, 2017).

Literatürdeki egemen sayıltı tekil bir örüntüye sahip olmayan kültürlenme tutumlarını sınıflandırmada iki temel ideoloji olduğudur. Robert Park'ın Asimilasyon Kuramı; kişi ve grupların hatıralarını, duygularını ve tutumlarını elde ettiği bir iç içe geçme ve kaynaşma sürecidir. Diğer kişiler veya gruplar ile deneyimlerini ve tarihlerini paylaşarak, onlarla ortak bir kültürel hayatta buluşulur. Böylece asimilasyon, iki veya daha fazla kültürü, paylaşılan tek bir gelenek ve hatıra kümesinde birleştirir (Duman, 2019). Horace M. Kallen (1882-1974)'in 1924 yılında tanımladığı Kültürel Çoğulculuk Kuramı; her bir kültürel topluluğun bir nota, bir ton olduğu benzetmesinden, toplulukların bir arada yaşaması ile melodi oluşacağı benzetmesi ile toplumun kültürel bağlamda zenginleşeceği ve disimilasyon yoluyla değişeceğini öne sürmüştür (Levey, 2011).

## **2.6. Tutum**

Psikoloji sözlüğünde tutum, “bireyin insan, nesne, olay ve olgularla ilgili düşünce duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilim, tavır” olarak tanımlanmıştır. “Tutumlar; inanç, kanı ve değerleri de içeren; insanlara, gruplara, olay, olgu ve nesnelere yönelik olumlu ya da olumsuz duyuşsal tepki eğilimleridir” şeklinde açıklanmıştır (Bakırcıoğlu, 2012). Sosyoloji sözlüğünde ise “Bir kişi, durum, kurum ya da toplumsal sürece yönelik olarak, çeşitli biçimlerde tanımlanan, temel bir inancı veya değeri gösterdiğine inanılan ancak davranışların gözlenmesi ile çıkarılabileceğinde ısrarcı olanların düşündüğü üzere, kişilere ve durumlara karşı belli (az çok tutarlı) bir şekilde hareket etme eğilimi olarak görülen davranış” şeklinde bir tanımlama yapılmıştır (Marshall, 1999). Antropolog Clifford Geertz'in 1973 yılında ifade ettiği gibi, “insanlar etraflarına önem ağırları örerler ve bu ağırlarda dönerler”. Tabii ki, insanların önem ağırlarını nasıl döndürdüğü karmaşık ve

tarihsel olarak değişkendir; kültürel ve sosyal karşılıklı olarak inşa edilir. Herhangi bir kültürel analiz zincirinin ardında şu değişkenleri bulmak mümkündür; kişisel ilişkiler, akrabalık ve toplum, iş ve eğlence, sosyal kurumlar ve bunların kültürel temelleri, teknolojik değişim, ulus ötesi farklılıklar ve küresel difüzyon, ancak bunlardan bir kaçadır. Sosyal ve kültürel olarak hem kesişen hem de karşılıklı olarak birbirini oluşturan yöntemler yaşam dünyalarını değiştirir, dönüştürür, yeniden organize eder (Grindstaff & Lo, 2020).

Tutumların konusu bir nesne, bir insan, bir fikir veya bir olay olabilir. Yani tutumlar, siyasi bir ideolojiye yönelik tutumlar veya çevre güvenliği ile tutumlar gibi, yeni bir ilaca, tedavi yöntemine ilişkin tutumları konu alan farklı disiplinlerin ortak çalışma alanıdır. Tutuma kültür ve sağlık bileşeninden yaklaştığımızda, bu üç faktörün birbirini etkilememesi hatta birbirini şekillendirmemesi mümkün değildir. Türkiye, sosyologlar ve oryantalistlerin genel bakış açısı ile kolektivist bir toplum anlayışının hâkim olduğu ülkelerdendir. Batı Avrupa ülkeleri ve Belçika da yine uzmanlarca belirtilen liberal yani birey merkezli bir toplum anlayışına sahiptir. Emirdağ ilçesi de bu toplumcu kültürün ikliminde olan bir yerleşim yeridir. Göçmenlerin tutumlarında, kolektivist toplum anlayışı ile bireyci toplum anlayışının harmanlandığı veya keskin sınırlarla ayrıldığı yerlerin de mutlaka etkili olduğu düşünölmektedir. Örneğin, “hasta ziyaretine gitmek” toplumumuzda genel kabul gören, yaygın bir eylemdir. Kültürü oluşturan milli ve dini unsurlarca, Türk toplumunda hasta ziyaret edilmeli, teselli, gerekirse teskin edilmeli kısaca ona destek olunmalı, beraberlik duygusu verilmelidir. Kolektivist kültürün başat olmadığı bir toplumda “hasta ziyareti”, “bünye olarak zaten zayıf” olan birisini enfeksiyon riski altında bırakmamak, dinlenmesi gereken bir dönemde onu meşgul etmemek, bu durumuna saygıyla yaklaşıp yalnız bırakmak gerektiği anlamına gelebilir. Bu sebeple, hastalık ve sağlık ile ilgili algılarımızın yanında, hasta kimliğimizle sahip olduğumuz haklarımızı kullanıp kullanmadığımız yani her bir hakka atfettiğimiz değer ve anlamı, toplumsal değerler dediğimiz kültür de filtrelemektedir. Kültür filtresinden geçen anlamların, tutumun bağlamını

belirlediğini varsaymaktayız. Özetle anlam bağlam ilişkisi tutumları karakterize eder ve sağlığımızın korunup sürdürölmesi sürecinde sorumlulukların yanı sıra haklarla ilgili farkındalıkları sergilemede bu ilişki kilit rol oynar.



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

Araştırmanın bu bölümünde evren ve örneklem, veri toplama aracı, hasta haklarını kullanma tutum ölçeği, verilerin toplanması, verilerin analizine ilişkin detaylı bilgiler sunulmuştur. Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü Emirdağ Devlet Hastanesi Başhekimliğinden ve Özel Emirdağ Medical Center Polikliniği Mesul Müdürlüğünden kurum izinleri alınmış, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından çalışma onayı alınmış, belgeler Ekler bölümünde sunulmuştur.

#### **3.1. Evren ve Örneklem**

2017 TÜİK verilerine göre Emirdağ ilçesi nüfusunun 36.000; yaz dönemi Belçika'dan Emirdağ'a gelen göçmen sayısının ise yaklaşık 100.000 dolaylarında olduğu yaygın olarak bilinmektedir. Afyonkarahisar ili Emirdağ ilçesi nüfusuna kayıtlı tüm vatandaşlar evreni; Belçika'da yaşayan Türkler ve Emirdağ ilçesinde yaşayan kişiler ise örnekleme oluşturmaktadır. Buna göre araştırmanın evrenini oluşturan toplam kişi sayısının yaklaşık olarak 100.000 dolaylarında olduğu söylenebilir. Tabakalı örnekleme yöntemiyle evren sayısının tam olarak bilinemediği bir araştırmada evren hacminin 100.000 olduğu çalışmalar için örneklem biriminin 383 olması gerektiği önerilmektedir (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2011). Buna göre mevcut araştırma kapsamında 522'si Belçikalı göçmen, 521'i Emirdağ'da yaşayan kişiler olmak üzere toplam 1043 kişinin oluşturduğu bir örnekleme ulaşılarak araştırma gerçekleştirilmiştir. Aşağıda yer alan örneklem büyüklükleri hesaplama tablosunda görülebildiği gibi 0,05 hata payı temel alınan araştırmalarda 100.000 kişilik bir evreni temsil edebilecek sayının 383 kişilik bir örneklem olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında toplamda 1043 kişiden elde edilen kullanılabilir anket, bu sayının oldukça üzerindedir.

Tablo 3.1. Örneklem Büyüklüğü Tablosu<sup>1</sup>

$\alpha=0.05$ için örneklem büyüklükleri									
Anakütle Büyüklüğü	$\pm 0.03$ örnekleme hatası (d)			$\pm 0.05$ örnekleme hatası (d)			$\pm 0.10$ örnekleme hatası (d)		
	$p=0.5$ $q=0.5$	$p=0.8$ $q=0.2$	$p=0.3$ $q=0.7$	$p=0.5$ $q=0.5$	$p=0.8$ $q=0.2$	$p=0.3$ $q=0.7$	$p=0.5$ $q=0.5$	$p=0.8$ $q=0.2$	$p=0.3$ $q=0.7$
100	92	87	90	80	71	77	49	38	45
500	341	289	321	217	165	196	81	55	70
750	441	358	409	254	185	226	85	57	73
1000	416	406	473	278	198	244	88	58	75
2500	748	537	660	333	224	286	93	60	78
5000	880	601	760	357	234	303	94	61	79
10.000	964	639	823	370	240	313	95	61	80
25.000	1023	665	865	378	244	319	96	61	80
50.000	1045	674	881	381	245	321	96	61	81
100.000	1056	678	888	383	245	322	96	61	81
1.000.000	1066	682	896	384	246	323	96	61	81
100.000.000	1067	683	896	384	245	323	96	61	81

### 3.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri; 1 Temmuz 2018/ 15 Eylül 2018 Tarihleri arasında Emirdağ Devlet Hastanesi'ne gelen hastalar ile EMC Özel Polikliniği'ne gelen hastalar ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama formları; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, düzenli bir işinin varlığı, yaşadığı yer, hastanede hasta hakları ile ilgili problem yaşama durumu, hasta hakları ile ilgili belge okuma durumu ve hasta hakları ile ilgili bilgi alma durumlarının sorgulandığı bir form ile Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği'nin (HHKTÖ) kullanıldığı bir formdan oluşmuştur.

Etik disiplinde "rıza" sözcüğü yerine yaygın olarak "onam"; "aydınlatılmış onam" sözcüklerinin kullanılması eylemi tam anlamıyla karşıladığı için tercih edilmektedir. Fakat çalışmada kullanılan ölçüm aracının maddeleri ve alt boyutlarında "rıza" sözcüğü ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yazardan bu konuda izin alınmadığı için ölçüm aracında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

### 3.3. Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği

Nilüfer Erbil tarafından 2009 yılında hastanede yatma deneyimi olan bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirilen HHKTÖ'nün yapılan geçerlik ve güvenilirlik

<sup>1</sup> Kaynak: (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2011) Yazıcıoğlu, Y., ve Erdoğan, S. (2011). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. (D. Yayıncılık, Ed.). Ankara.

çalışması sonucunda oldukça yeterli geçerlik ve güvenirlik ölçümlerine sahip, yirmi dokuz maddeli ve 7 alt boyutlu ölçme aracı olduğu belirlenmiştir. Ölçekte hasta haklarını kullanma tutumuyla ilgili ifadelere yer verilmiş, hastalardan ölçekteki hasta haklarını ne sıklıkla kullandıklarını belirtmeleri istenmiştir. Likert tipinde geliştirilen ölçekteki her bir ifade 5'ten 1'e kadar puanlanmıştır. Her maddede "her zaman kullanırım" yanıtına 5 puan, "genellikle kullanırım" yanıtına 4 puan, "bazen kullanırım" yanıtına 3 puan, "genellikle kullanmam" yanıtına 2 puan ve "hiçbir zaman kullanmam" yanıtına 1 puan verilmiştir. Geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçekten alınabilecek en düşük değer 29, en yüksek değer 145'tir. Ölçeğin toplam puanı hasta haklarını kullanma tutumunu vermektedir. Kişilerin ölçekten aldığı puan yükseldikçe, hasta haklarını kullanma tutumunun arttığı şeklinde yorumlanır. Ölçek on sekiz yaş üstünde ve en az okur-yazar olan ve hastanede yatarak tedavi görme deneyimi olan bireyler için uygundur. Ölçeği uygulama süresi yaklaşık 10 dakikadır.

HHKTÖ; bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı, personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı; ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı; tedaviye onay verme ve reddetme hakkı, personelden tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı; tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı; organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı olmak üzere toplam 7 alt boyuttan oluşmaktadır.

*Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeği alt boyutları:* Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı: 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 8. maddelerden oluşmaktadır ve bilgi alma, saygı görme ve mahremiyetin korunması gibi maddeleri içermektedir. *Personeli seçme, değiştirme, kayıtları inceleme hakkı:* 19., 20., 21., 22., 23., 24. ve 25. maddelerden oluşmaktadır ve hastaya ait kayıtları inceleme, kayıtların düzeltilmesini isteme, personeli seçme, değiştirme ve acil durumlarda öncelik sırasını isteme gibi maddeleri içermektedir. *Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı:* 26., 27., 28. ve 29. maddelerden oluşmaktadır ve ziyaretçi kabul etme, refakatçi bulundurma, hastanede

güvenliğin sağlanması ve şikâyet hakları gibi maddeleri içermektedir. *Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı*: 9., ve 10. maddelerden oluşmaktadır ve tedaviye ve tıbbi müdahaleye onay verme ve reddetme gibi maddeleri içermektedir. *Personelden tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı*: 15., 16., 17. ve 18. maddelerden oluşmaktadır ve tıbbi gereklere uygun tedavi ve bakım alınması hakkı, tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağına uyulması, sağlık personelinden tıbbi olarak özenli bakım alma, ötenazi yasağına uygun hizmet alma ve tıbbi gereklere uygun hizmet alma gibi maddeleri içermektedir. *Tıbbi ve ilaç uygulamalarında rıza hakkı*: 13. ve 14. maddelerden oluşur ve tıbbi ve ilaç uygulamalarında rıza alınması gibi maddeleri içerir. Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı: 11. ve 12. maddeleri içeren 7. faktör organ ve doku alınmasında rıza hakkı ve aile planlaması ve gebeliği sonlandırma haklarını gereğinde kullanma haklarını içerir. Elektronik posta aracılığıyla ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliğini yapan araştırmacıdan gerekli izin alınmıştır. Ölçek Ek 1'de sunulmuştur.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler Emirdağ Devlet Hastanesi'ne başvuran hastalar ve EMC Özel Polikliniği'ne başvuran hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Hastalara sosyo-demografik veri formunun (SVF) ilk sayfasında yer alan Aydınlatılmış Onam formunu okuyarak anlamaları ve doldurmaları istenmiştir. Formdaki bilgileri, yanıtlama yöntemi ve çalışma amacı açıklandıktan sonra eksiksiz biçimde doldurmaları sağlanmıştır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Veriler SPSS 22.00 istatistik programı kullanılarak veri tabanı oluşturulmuştur. SVF'yi dolduran bireylerde ele alınan değişkenler açısından durumlarının betimlenmesinde, değişkenlerin ölçme düzeyleri dikkate alınarak aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelerden yararlanılmıştır.

Değerlendirmede, sayımla elde edilen veriler (cinsiyet, yaş, sınıf, vb.) frekans dağılımı olarak, ölçümlle elde edilen veriler (ölçek puanları) ortalama ve standart sapma olarak tanımlanmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Buna göre parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H ve Mann Whitney U testlerinden yararlanılmıştır.





## 4. BULGULAR

Analiz bulguları verilirken; Emirdağ'da yaşayan kişiler için Emirdağ grubu, Belçika'ya göç etmiş kişiler için de Belçika grubu olarak tanımlama yapılmıştır. Araştırmaya katılan Emirdağ grubu ve Belçika grubu için veri toplama araçları ile elde edilen bilgiler aşağıda tablolar eşliğinde sunulmuştur.

### 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Emirdağ ve Belçika Grubu Katılımcılarının Sosyo-Demografik Dağılımları

<i>Değişkenler</i>	<i>Emirdağ (N:521)</i>		<i>Belçika (N:522)</i>		
	<i>Sayı (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sayı (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	
<b>Cinsiyet</b>	<i>Kadın</i>	225	43,2	229	43,9
	<i>Erkek</i>	296	56,8	293	56,1
<b>Yaş</b>	<i>18-28</i>	158	30,3	152	29,1
	<i>29-39</i>	136	26,1	161	30,8
	<i>40-50</i>	116	22,3	113	21,6
	<i>51-61</i>	59	11,3	65	12,5
	<i>62 ve üzeri</i>	52	10,0	31	5,9
<b>Medeni Durum</b>	<i>Evlü</i>	323	62,0	347	66,5
	<i>Bekar</i>	198	38,0	175	33,5
<b>Yaş Ortalaması</b>		38,89±15,64		37,45±13,56	
<b>Öğrenim Durumu</b>	<i>İlkokul</i>	102	19,6	118	22,6
	<i>Ortaokul</i>	77	14,8	101	19,3
	<i>Lise</i>	165	31,7	236	45,2
	<i>Üniversite</i>	153	29,4	57	10,9
	<i>YL/Doktora</i>	24	4,6	10	1,9
<b>Çalışma Durumu</b>	<i>Çalışmıyor</i>	90	17,3	113	21,6
	<i>Çalışıyor</i>	276	53,0	359	68,8
	<i>Öğrenci</i>	155	29,8	50	9,6
<b>Sağlık Güvencesi</b>	<i>Devlet</i>	409	78,5	297	56,9
	<i>Özel</i>	45	8,6	57	10,9
	<i>Hem devlet hem özel</i>	24	4,6	156	29,9
	<i>Hayır</i>	43	8,3	12	2,3
<b>Ekonomik Durum</b>	<i>Çok kötü</i>	26	5,0	12	2,3
	<i>Kötü</i>	45	8,6	20	3,8
	<i>Orta</i>	280	53,7	203	38,9
	<i>İyi</i>	150	28,8	234	44,8
	<i>Çok iyi</i>	20	3,8	53	10,2

Araştırma örneklemini 521 kişi ile Emirdağ'da yaşayanlar ve 522 kişi ile Emirdağ'dan Belçika'ya göç etmiş bireyler oluşturmaktadır. Emirdağ grubunun 225'i (%43,9) kadın, 296'sı (%56,8) erkektir. Belçika grubunun ise 229'u (%43,9) kadın, 293'ü (%56,1) i erkektir. Emirdağ'da yaşayan bireylerin yaş ortalaması  $38,89 \pm 15,64$ , Belçika'ya göç etmiş bireylerin yaş ortalaması ise  $37,45 \pm 13,56$  olarak ortaya çıkmıştır. Emirdağ grubunun 323'ü (%62) evli, 198'i (%38) bekârdır. Belçika grubunun da 347'si (%66,5) evli, 175'i (%33,5) bekardır. Emirdağ grubunun 165'i (%31,7) lise mezunu, 153'ü (%29,4) üniversite mezunu, 24'ü (%4,6) ise yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitime sahiptir. Belçika grubunun 236'sı (%45,2) lise mezunu, 57'si (%10,9) üniversite mezunu, yalnızca 10'u (%1,9) yüksek lisans/doktora mezunudur. Çalışma durumları ile ilgili analiz sonucuna göre; Emirdağ grubunun 276'sı (%53,0) bir işte çalışıyor, 155'i (%29,8) öğrenciyken, Belçika grubunun sadece 50'si (%9,6) öğrencidir. Ekonomik durum değişkenine bakıldığında Emirdağ grubundaki katılımcıların 20'si (%3,8) çok iyi, 26'sı (%5) çok kötü ekonomik duruma sahipken, Belçika grubunun 53'ü (%10,2) çok iyi, 12'si (%2,3) çok kötü ekonomik duruma sahiptir. Emirdağ grubundaki katılımcıların 409'u (%78,5) Belçika grubundaki katılımcıların 297'si (%56,9) devlet sağlık güvencesine sahipken hem devlet hem özel sağlık güvencesine sahip birey sayısı 156 kişiyle (%29,9) Belçika grubuna aittir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri

<i>Değişkenler</i>		<i>Emirdağ Grubu</i>		<i>Belçika Grubu</i>	
		<i>(N:521)</i>		<i>(N:522)</i>	
		<i>Sayı/n</i>	<i>Yüzde/%</i>	<i>Sayı/n</i>	<i>Yüzde/%</i>
Hasta hakları konusunda bilginiz var mı?	Evet	204	39,2	264	50,6
	Hayır	157	30,1	76	14,6
	Kısmen	160	30,7	182	34,9
Bilgiyi Hangi kaynaklardan edindiniz?	Arkadaşlar/Komşular	40	7,7	94	18
	İnternet	106	20,3	50	9,6
	Medya	63	12,1	56	10,7
	Sağlık personeli/Kuruluşu	81	15,5	38	7,3
*221 kişi yanıtız	Diğer	10	1,9	12	2,3
Hasta Hakları Yönetmeliğini duydunuz mu?	Evet	255	48,9	143	27,4
	Hayır	266	51,1	343	65,7
Hasta Hakları Yönetmeliğini Okudunuz mu?	Evet	98	18,8	42	8
	Hayır	423	81,2	439	84,1
Türkiye’de Hasta Haklarını Savunabiliyor musunuz?	Evet	148	28,4	150	28,7
	Hayır	131	25,2	225	43,1
	Kısmen	242	46,4	147	28,2
Savunduğunuz hakları alabiliyor musunuz?	Evet	148	28,4	148	28,4
	Hayır	120	23,0	213	40,8
	Kısmen	253	48,6	161	30,8
Ülkemizde hasta hakları birimi var mıdır?	Evet	235	45,1	136	26,1
	Hayır	85	16,3	386	73,9
	Fikrim yok	201	38,6	-	-
Belçika’da Birim	Evet	-	-	395	75
	Hayır	-	-	52	10
	Fikrim yok	-	-	75	14,4
Hakkınız ihlal edildi mi?	Evet	177	34,0	137	26,2
	Hayır	344	66,0	385	73,8
Ne Yaptınız?	Sözel Olarak Uyardım	63	12,1	77	14,8
	H.H. Birimine Şikâyet	41	7,9	18	3,4
	Hiçbir Şey Yapmadım	50	9,6	16	3,1
*344 kişi yanıtız	Bimer Şikâyet	23	4,4	30	5,7
Tercih ettiğiniz sağlık kuruluşu hangisidir?	Özel Hastane/	89	17,1	96	18,4
	Aile Hekimliği	86	16,5	212	40,6
	Devlet Hastanesi	297	57,0	170	32,6
	Üniversite	49	9,4	44	8,4

Araştırmada Emirdağ’da yaşayan kişilerin örneklem grubunda hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmayanlar ve kısmen bilgi sahibi olanlar yaklaşık %30’luk bir oranla eşit dağılım göstermiştir. 106’sı (%20,3) bilgi edindiği kaynağın internet olduğunu belirtmiştir. Belçika grubunun 264’ü (%50,6) hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Bilgi sağladıkları kaynak olarak 94’ü (%18) arkadaş ve komşular olarak yakın çevrelerini işaret etmişlerdir. Hasta Hakları Yönetmeliği’ni duyanların sayısı

Emirdağ grubunda 255'tir. (%48,9) Belçika grubunda ise duymayanların sayısı 343 (65,7) kişidir. Emirdağ grubunun da yönetmeliği okumayanların sayısı 423 (%81,2) kişi, Belçika grubunda ise 439 (%84,1) kişidir.

Türkiye'de hastaların haklarını kısmen savunabildiğini belirten kişi sayısı Emirdağ grubunda 242'dir (%46,4); savunamadığını düşünen kişi sayısı Belçika grubunda 225'tir (%43,1). Emirdağ grubunun 253'ü (48,6) hastaların haklarını kısmen alabildiğini; Belçika grubunun 213'ü (%40,8) ise alamadığı belirtmiştir. Türkiye'de hasta hakları birimi var mı sorusunun yanıtları değerlendirildiğinde; Emirdağ grubunun 235'i (%45,1) evet, Belçika grubunun ise 386'sı (%73,9) hayır yanıtını vermiştir. Belçika'da hasta hakları birimi var mı sorusu sadece Belçika grubuna sorulmuş ve katılımcıların 395'inin (%75) evet yanıtı verdiği görülmüştür.

Hakkınız ihlal edildi mi sorusuna Emirdağ grubunun 344'ü (%66), Belçika grubunun 385'i (%73,8) hayır yanıtını vermiştir. Hakkınız ihlal edildiğinde ne yaptınız sorusuna verilen yanıtlar değerlendirildiğinde; Emirdağ grubunun 63'ü (%12,1), Belçika grubunun 77'si (%14,8) sözel olarak uyardıklarını belirtmiştir. Resmi ve hukuki yollarla haklarını arayan kişilerin sayısı her iki grup için de %6'nın altındadır. Tercih edilen sağlık kuruluşu yönünden bakıldığında; Emirdağ grubunun 86'sı (%16,5) aile hekimliğini, 297'si (%57) devlet hastanelerini tercih ederken; Belçika grubunun 212'si (%40,6) aile hekimliğini, 170'i (%32,6) devlet hastanelerini tercih ettiği görülmektedir.

Tablo 4.3. Emirdağ Grubu ve Belçika Grubu Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

<i>Değişkenler</i>		<i>Emirdağ Grubu</i>		<i>Belçika Grubu</i>	
		<i>Sayı (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>	<i>Sayı (n)</i>	<i>Yüzde (%)</i>
Herhangi bir hastalığınız var mı?	Evet	115	22,1	112	21,5
	Hayır	406	77,9	410	78,5
Ne tür bir hastalık?	Kronik	68	13,1	62	11,9
	Engellilik	13	2,5	10	1,9
	Kanser	6	1,2	7	1,3
	Psikolojik	14	2,7	12	2,3
*Tr grubunda 406 kişi, Bel. grubunda 408 kişi yanıt vermemiştir.	Diğer	14	2,7	23	4,4
Yakınınızın herhangi bir hastalığı var mı?	Evet	164	31,5	166	31,8
	Hayır	357	68,5	356	68,2
Yakınınız kim?	Eş	50	9,6	48	9,2
	Anne-Baba	87	16,7	88	16,9
	Çocuk	11	2,1	9	1,7
	Kardeş	13	2,5	-	-
*Tr grubunda 357 kişi Be grubunda 356 kişi yanıt vermemiştir.	Diğer	3	0,6	21	4,0
Ne tür bir hastalık?	Kronik	112	21,5	104	19,9
	Engellilik	16	3,1	17	3,3
	Kanser	16	3,1	19	3,6
	Psikolojik	9	1,7	13	2,5
*Tr. grubunda 357 Bel.'de 353 kişi yanıt vermemiştir.	Diğer	11	2,1	16	3,1
Devlet Hastanesi ile Özel Hast. arasında fark var mı?	Evet	400	76,8	176	33,7
	Hayır	121	23,2	346	66,3

Emirdağ grubundaki katılımcıların 115'i (%22,1), Belçika grubundaki katılımcıların 112'si (%21,5) sürekli tedavi hizmeti almak zorunda oldukları bir hastalıkları olduğunu, Emirdağ grubunun 68'i (%13,1), Belçika grubunun 62'si (%11,9) bunun kronik bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Yakını sebebiyle sağlık hizmeti alanlar Emirdağ grubunda 164 (%31,5) kişidir ve 50'si (%9,6) eşinin sağlık hizmeti aldığını ifade etmiştir. Belçika grubunda ise yakını sebebiyle sağlık hizmeti alanlar 166 (%31,8) kişidir ve 48'i (%9,2) eşinin sağlık hizmeti aldığını belirtmiştir. Yakınının hastalığının kronik hastalık olduğunu belirten kişi sayısı Emirdağ'da 112 (%21,5), Belçika'da 104 (%19,9) kişi olarak belirlenmiştir. Her iki grubun da kendilerinde ve yakınlarında bulunan hastalık ve hastalığın türü hakkında verdikleri bilgilerin rakamsal ve oransal benzerliği dikkat çekmektedir. Emirdağ grubunda 400 (%76,8), Belçika

grubunda 176 (%33,7) kişi devlet hastaneleri ve özel hastaneler arasında hastalara gösterilen özen arasında fark olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.4. Belçika Grubuna Ait Diğer Demografik Bulguların Dağılımı

<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Değişkenler</i>		<i>n</i>	<i>%</i>	
<b>Doğduğunuz ülke hangisidir?</b>	Belçika	306	59	Tercüme hizmeti alıyor musunuz?	Evet	408	78,2	
	Türkiye	207	39,7		Hayır	114	21,8	
	Diğer	7	1,3	Belçika'daki H.H ile ilgili bilginiz var mı?	Evet	264	50,6	
<b>Anne babanızın doğduğu ülke hangisidir?</b>	Belçika	50	9,6		Hayır	79	14,6	
	Türkiye	469	89,8		Kısmen	182	34,9	
	Diğer	3	0,6	Arkadaşlar/ Komşular	141	27		
<b>Vatandaşlığınız nedir?</b>	Belçika	70	13,4		Bilgiyi hangi kaynaktan edindiniz?	İnternet	59	11,3
	Türkiye	109	20,9			Medya	58	11,1
	Çifte Vatandaşlık	343	65,7	Sağlık Personeli/ Kuruluşu		95	18,2	
<b>Dil Seviyeniz hangisidir?</b>	Çok Kötü	11	2,1	Kaç Yıldır Belçika'da Yaşıyorsunuz	Diğer	37	7,1	
	Kötü	38	7,3		1-10	70	13,4	
	Orta	159	30,5		11-20	146	28	
	İyi	121	23,2		21-30	140	26,8	
	Çok İyi	193	37		31-40	98	18,8	
<b>Yaşadığınız Bölge hangisidir?</b>	Flaman	222	42,5	41-50	65	12,4		
	Wallon	47	9	51-60	3	0,6		
	Brüksel	253	48,5					

Araştırmaya katılan Belçika grubunun 306'sı (%59) Belçika'da doğmuştur. Anne babalarının doğum yeri sorusuna 469 (%89,8) kişi Türkiye yanıtını vermiştir. Çifte vatandaşlığa sahip göçmen sayısı 343 (%65,7)'tür. Dil seviyesini çok iyi olarak ifade edenler 193 (%37) iken; çok kötü olarak ifade edenler 11 (%2,1) kişidir. Yönetimsel olarak üç federal bölgeye ayrılan Belçika'da 253 (%48,5) kişi başkent bölgesi olan Brüksel'de yaşamaktadır. İkinci sırada ise 222 (%42,5) göçmenin Flaman bölgesinde yaşadığı görülmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda tercüme hizmeti aldığını belirtenlerin sayısı 408 (%78,2) kişidir. Belçika'da 11-20 yıl arası ikamet edenler 146 (%28), 21-30 yıl arası ikamet edenler ise 140 (%26,8) kişidir. Şehirde yaşayan göçmen sayı 229 (%43,9) kişi olarak belirlenmiştir. Örneklem grubunun, 264'ü (%50,6) hasta hakları konusunda bilgisi olduğu ve bilgi kaynağı olarak 141'i (%27) arkadaşlar komşular yanıtını vermiştir.

## 4.2. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Güvenirlilik ve Madde Analizi

Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği ile ilgili madde ortalama puanları, faktörlerin toplam ve ortalama puanları ile standart hataları değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılar madde ortalama puanları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.



Tablo 4.5. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Madde Puan Ortalamaları ve Standart Hataları

<i>Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği</i>	<i>Emirdağ Grubu Ort./ss</i>	<i>Belçika Grubu Ort./ss</i>
1. Her zaman, her şartta kişilik itibarı korunarak ve saygı görenek tedavi hizmeti alırım	4,20±1,110	4,57±0,792
2.Ahlaki ve kültürel değerlerime, dinsel ve felsefi inançlarıma saygılı hizmet alırım	4,31±1,046	4,51±0,849
3.Sağlık personelinde anlayabileceğim şekilde bilgi alırım	4,29±1,000	4,69±0,639
4.Sağlık durumum ile ilgili bilgiyi alırım	4,41±0,936	4,75±0,611
5.Hastanede kaldığım süre içinde hastalığım hakkında bilgi alırım	4,45±0,880	4,78±0,535
6.Yapılacak tedavi hakkında hemşire ve doktorlardan yeterli bilgi ve açıklama alırım	4,32±0,987	4,66±0,721
7. Sağlık durumum hakkında anlayabileceğim şekilde bilgi isterim	4,42±0,923	4,63±0,743
8.Tedavi süresince mahremiyetimin korunması yönünde gereken özenli yaklaşımı alırım	4,49±0,877	4,72±0,595
9.Tedaviyi istiyorsam onay veririm, istemiyorsam reddederim	4,53±0,861	4,64±0,840
10.Tıbbi müdahaleye istiyorsam onay veririm, istemiyorsam reddederim	4,51±0,877	4,58±0,924
11.Organımın ve/veya dokumun alınmasında rızam alınmalıdır	4,65±0,812	4,65±0,921
12.Aile planlaması hizmetleri ve gebeliği sonlandırma haklarını gerekli olduğunda kullanırım	4,01±1,392	3,96±1,490
13.Kendi üzerimde yapılacak tıbbi araştırmalarda rızam alınmalıdır	4,68±0,842	4,77±0,706
14.Kendi üzerimde yapılacak ilaç araştırmalarında rızam alınmalıdır	4,69±0,854	4,76±0,765
15.Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım almak için istekte bulunurum	4,60±0,760	4,57±0,857
16.Sağlık personeli tarafından tıbbi gereklilikler dışında müdahale yaşama uylmasını isterim	4,65±0,708	4,67±0,787
17.Sağlık personelinde, hayata son verilmesi (ötanazi) yaşama uygun hizmet almayı beklerim	4,40±1,216	3,93±1,603
18.Sağlık personelinin bana tıbbi olarak özen göstermelerini isterim	4,69±0,716	4,79±0,610
19.Hastalığım hakkında verilecek kararları doktorumla beraber alırım	4,31±1,027	4,55±0,859
20. Bakım ve tedavim için istediğim doktoru ve hemşireyi seçerim ve istediğimde değiştiririm.	3,84±1,257	3,99±1,355
21. Tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti alırım	3,85±1,315	4,54±0,832
22. Acil durumlarda öncelik sırasının bende olması gerektiğini ifade ederim	3,87±1,367	3,74±1,632
23. Benimle ilgili kayıtları incelerim	4,08±1,195	4,02±1,346
24.Kayıtlarımın düzeltilmesini isteme hakkımı kullanırım	4,09±1,228	4,38±1,109
25.Sağlık ödemesi yaparken hesap hakkındaki sorularıma yeterli cevap alıncaya kadar sorarım	4,19±1,187	4,03±1,379
26.Hastanede olduğum sürece sağlık personelinde güvenliğimin sağlanmasını isterim.	4,41±1,030	4,48±1,098
27. Hastanede ziyaretçi kabul ederim	4,49±0,852	4,63±0,796
28.İstediğim takdirde hastanede refakatçi bulundururum	4,35±0,987	3,77±1,565
29.Hasta haklarına saygı gösterilmediğini düşündüğümde şikâyet ederim	4,19±1,149	4,43±1,065



Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Madde Puan Ortalamaları incelendiğinde Emirdağ grubunda “Kendi üzerimde yapılacak ilaç araştırmalarında rızam alınmalıdır” ve “Sağlık personelinin bana tıbbi olarak özen göstermelerini isterim” ifadelerine vermiş oldukları yanıt sırasıyla  $4,69\pm 0,854$  ve  $4,69\pm 0,716$  en yüksek değeri alırken; “Bakım ve tedavim için istediğim doktoru ve hemşireyi seçerim ve istediğimde değiştiririm” ve “Tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti alırım” ifadeleri yanıt sırasıyla  $3,84\pm 1,257$  ve  $3,85\pm 1,315$  puan ortalamasıyla en düşük değeri almıştır. Belçika Grubunda  $4,79\pm 0,610$  puan ortalaması ile “Sağlık personelinin bana tıbbi olarak özen göstermelerini isterim” ifadesi en yüksek değeri almıştır. En düşük puan alan ifadelere baktığımızda; “Acil durumlarda öncelik sırasının bende olması gerektiğini ifade ederim” ( $3,74\pm 1,632$ ) ve ardından  $3,77\pm 1,565$  “İstediğim takdirde hastanede refakatçi bulundururum” ifadesi en düşük puan ortalamasını almıştır.

Tablo 4.6. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği için Belçika ve Emirdağ Grubunda Faktör ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

<i>Faktörler</i>	<i>Grup</i>	
	<i>Emirdağ (n=521)</i>	<i>Belçika (n=522)</i>
<i>Faktör 1: Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı</i>	<i>34,91±5,534</i>	<i>37,36±3,588</i>
<i>Faktör 2: Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı</i>	<i>28,26±5,737</i>	<i>29,29±5,296</i>
<i>Faktör 3: Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı</i>	<i>17,45±3,067</i>	<i>17,33±3,001</i>
<i>Faktör 4: Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı</i>	<i>9,05±1,601</i>	<i>9,22±1,630</i>
<i>Faktör 5: Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı</i>	<i>18,35±2,436</i>	<i>17,98±2,616</i>
<i>Faktör 6: Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı</i>	<i>9,37±1,367</i>	<i>9,53±1,170</i>
<i>Faktör 7: Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı</i>	<i>8,67±1,756</i>	<i>8,65±1,834</i>
<b><i>Tüm Madde grupları</i></b>	<b><i>126,09±15,21</i></b>	<b><i>129,78±13,356</i></b>

Ölçekten alınabilecek en düşük değer 29, en yüksek değer 145'tir. Ölçeğin toplam puanı hasta haklarını kullanma tutumunu vermektedir. Kişilerin ölçekten aldığı toplam puan yükseldikçe, hasta haklarını kullanma tutumunun arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek toplam puan ortalaması Emirdağ grubunda  $126,09\pm 15,21$ ; Belçika grubunda ise  $129,78\pm 13,356$  olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.7. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Cronbach's Alpha Güvenirlilik Analizi

<i>Faktörler</i>	<i>Grup</i>		<i>Orijinal Ölçek</i>
	<i>Emirdağ (n=521)</i>	<i>Belçika (n=522)</i>	
1.Faktör: Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	,86	,80	-
2.Faktör: Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	,79	,72	-
3.Faktör: Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	,75	,53	-
4.Faktör: Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	,82	,82	-
5.Faktör: Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	,64	,49	-
6.Faktör: Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	,45	,41	-
7.Faktör: Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	,31	,24	-
Tüm Madde grupları	,89	86	,88

Cronbach alfa katsayısının yüksekliği, ölçekte yer alan maddelerin birbiri ile tutarlılığını ve aynı özelliğin öğelerini değerlendiren maddelerden oluştuğunu göstermektedir. Hesaplanan güvenilirlik katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması, ölçme aracının araştırmalarda kullanılabilmesi için güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğunu gösterir. Örneklem grubumuzda her iki grupta da Cronbach alfa katsayısı güvenilir düzeyde bulunmuş, alt boyutlarda güvenilirliğin 0.70 in altında bulunan faktörlerin sadece 2 madde ile tanımlandığı düşünüldüğünde düşük olarak değerlendirilmemiştir.

### **4.3. Demografik Özelliklere göre Hasta Hakları Kullanımının Karşılaştırılması**

Katılımcıların gruplarda nasıl bir dağılım gösterdiğini belirlemek için Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve tüm karşılaştırmalarda non-parametrik testler kullanılmıştır.

Katılımcıların konuyla ilgili verdikleri yanıtlar ve belirli özelliklerine göre oluşturulmuş gruplar arasında faktörler açısından farklılık olup olmadığının araştırılmasında iki bağımsız değişkenin karşılaştırılması söz konusu olduğundan Mann Whitney U testinden; ikiden fazla değişkenin karşılaştırılması söz konusu olduğunda Kruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır.

Tablo 4.8. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Cinsiyetin Karşılaştırılması

<i>Faktörler</i>		<i>Emirdağ</i>			<i>Mann Whitney Testi</i>	<i>U</i>	<i>Belçika</i>			<i>Mann Whitney Testi</i>	<i>U</i>
		<i>%25</i>	<i>Medyan</i>	<i>%75</i>			<i>%25</i>	<i>Medyan</i>	<i>%75</i>		
<b>F1</b>	Erkek	4,00	4,62	5,00	<i>z:-2,20 U:29601,50 p:0,028*</i>	4,50	4,87	5,00	<i>z:-1,209 U:31585,00 p:0,227</i>		
	Kadın	3,87	4,50	5,00							
<b>F2</b>	Erkek	3,71	4,28	4,71	<i>z:-1,75 U:30334,00 p:0,080</i>	3,85	4,42	5,00	<i>z:-2,240 U:29762,50 p:0,025*</i>		
	Kadın	3,28	4,00	4,71							
<b>F3</b>	Erkek	4,25	4,75	5,00	<i>z:-2,966 U:28432,50 p:0,030*</i>	4,00	4,50	5,00	<i>z:-0,905 U:32060,50 p:0,366</i>		
	Kadın	3,75	4,50	5,00							
<b>F4</b>	Erkek	4,00	5,00	5,00	<i>z:-1,396 U:31278,50 p:0,163</i>	4,50	5,00	5,00	<i>z:-1,057 U:32133,50 p:0,261</i>		
	Kadın	4,00	5,00	5,00							
<b>F5</b>	Erkek	4,50	5,00	5,00	<i>z:-1,713 U:30622,50 p:0,087</i>	4,00	4,75	5,00	<i>z:-0,755 U:31492,00 p:0,450</i>		
	Kadın	4,25	5,00	5,00							
<b>F6</b>	Erkek	5,00	5,00	5,00	<i>z:-1,776 U:31051,50 p:,076</i>	5,00	5,00	5,00	<i>z:-1,490 U:31800,00 p:0,136</i>		
	Kadın	4,50	5,00	5,00							
<b>F7</b>	Erkek	4,00	5,00	5,00	<i>z:-2,061 U:30054,50 p:,039*</i>	4,00	5,00	5,00	<i>z:-3,534 U:23843,50 p:0,001*</i>		
	Kadın	3,50	4,50	5,00							
<b>Top.</b>	Erkek	4,17	4,55	4,81	<i>z:-3,17 U:27908,00 p:0,02*</i>	4,24	4,65	4,89	<i>z:-2,009 U:25064,00 p:0,044*</i>		
	Kadın	3,96	4,37	4,72							

\*Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği'nin 7 faktörden almış oldukları puan ortalamalarının katılımcıların cinsiyetlerine göre değerlendirildiğinde; Belçika grubunda Faktör-2 "Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı" ile Emirdağ grubunda Faktör-1 "Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı" Faktör-3 "Ziyaretçi refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı" açısından kadınlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Faktör-7'de "Organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı" faktörüne ilişkin yapılan değerlendirmede hem Emirdağ'da yaşayan hem de Belçika'ya göç etmiş kişilerde cinsiyet açısından kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın kadınlar lehine olduğu görülmektedir. Kadınların hasta hakları konusundaki tutum ve davranışlarının erkeklerden daha yüksek olduğu söylenebilir. Toplam ölçek puanına bakıldığında ise her iki araştırma grubunda da kadınlar

lehine anlamlı sonuç bulunmuştur. Diğer faktörler açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.9. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Medeni Durumun Karşılaştırılması

Faktörler	Emirdağ			Mann Whitney-U Testi	Belçika			Mann Whitney-U Testi	
	%25	Medyan	%75		%25	Medyan	%75		
F1	Evli	3,87	4,50	5,00	z:-2,544 U:2778,50 p:0,011*	4,50	4,87	5,00	z:-0,262 U: 29957,50 p: 0,793
	Bekar	4,12	4,75	5,00		4,43	4,87	5,00	
F2	Evli	3,42	4,00	4,71	z:-1,550 U:29402,50 p: 0,121	3,85	4,28	5,00	z:-0,321 U:29847,00 p:0,748
	Bekar	3,57	4,28	4,85		3,85	4,42	5,00	
F3	Evli	4,00	4,50	5,00	z:-1,619 U:29373,00 p:0,105	4,00	4,50	5,00	z:-1,834 U:27493,00 p:0,067
	Bekar	4,00	4,75	5,00		4,00	4,75	5,00	
F4	Evli	4,00	5,00	5,00	z:-0,209 U:31680,00 p:0,834	4,50	5,00	5,00	z:-0,407 U:29844,00 p:0,684
	Bekar	4,00	5,00	5,00		4,50	5,00	5,00	
F5	Evli	4,25	5,00	5,00	z:-1,308 U:29974,00 p:0,191	4,00	4,75	5,00	z:-0,668 U:28659,00 p:0,504
	Bekar	4,50	5,00	5,00		4,00	4,75	5,00	
F6	Evli	5,00	5,00	5,00	z:-0,760 U:31034,00 p:0,447	5,00	5,00	5,00	z:-0,998 U:29248,00 p:0,318
	Bekar	5,00	5,00	5,00		5,00	5,00	5,00	
F7	Evli	4,00	5,00	5,00	z:-3,287 U:218,170 0,058	3,50	5,00	5,00	z:-0,496 U:24172,00 p:0,620
	Bekar	3,50	4,50	5,00		4,00	5,00	5,00	
Top.	Evli	4,00	4,41	4,72	z:-1,973 U:28688,00 p:0,048*	4,17	4,51	4,82	z:-1,176 U:22729,50 p:0,240
	Bekar	4,13	4,51	4,82		4,20	4,65	4,93	

\*Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği'nin 7 faktörden almış oldukları puan ortalamalarının katılımcıların medeni durumlarına göre değerlendirildiğinde; Faktör-1 "Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı" ve ölçek toplam puanında Emirdağ grubunda bekar olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer faktörler açısından medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.10. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Çalışma Durumlarının Karşılaştırılması

<i>Faktör</i>	<i>Çalışma Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ Grubu</i>	<i>N</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika Grubu</i>
<b>F1</b>	Çalışmıyor	90	4,09	4,75	5,00	$\chi^2:7,169$	113	4,50	4,87	5,00	$\chi^2:2,379$
	Çalışıyor	276	4,00	4,62	5,00	<i>df: 2</i>	359	4,40	4,87	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	3,87	4,37	4,87	<b><i>p: ,028*</i></b>	50	4,68	5,00	5,00	<i>p: ,304</i>
<b>F2</b>	Çalışmıyor	90	3,28	4,14	4,71	$\chi^2:1,128$	113	3,85	4,42	4,85	$\chi^2: ,311$
	Çalışıyor	276	3,57	4,14	4,85	<i>df: 2</i>	359	3,85	4,35	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	3,42	4,00	4,71	<i>p: ,569</i>	50	3,85	4,42	5,00	<i>p: ,856</i>
<b>F3</b>	Çalışmıyor	90	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:2,454$	113	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:1,524$
	Çalışıyor	276	4,00	4,75	5,00	<i>df: 2</i>	359	4,00	4,50	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	4,00	4,50	5,00	<i>p: ,293</i>	50	4,25	4,75	5,00	<i>p: ,467</i>
<b>F4</b>	Çalışmıyor	90	4,00	5,00	5,00	$\chi^2: ,399$	113	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:4,051$
	Çalışıyor	276	4,00	5,00	5,00	<i>df: 2</i>	359	4,50	5,00	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	4,00	5,00	5,00	<i>p: ,819</i>	50	5,00	5,00	5,00	<i>p: ,132</i>
<b>F5</b>	Çalışmıyor	90	4,25	5,00	5,00	$\chi^2: ,422$	113	4,25	4,75	5,00	$\chi^2:1,601$
	Çalışıyor	276	4,25	5,00	5,00	<i>df: 2</i>	359	4,00	4,75	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	4,25	4,75	5,00	<i>p: ,810</i>	50	4,12	5,00	5,00	<i>p: ,449</i>
<b>F6</b>	Çalışmıyor	90	4,50	5,00	5,00	$\chi^2: ,161$	113	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:6,900$
	Çalışıyor	276	5,00	5,00	5,00	<i>df: 2</i>	359	5,00	5,00	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	5,00	5,00	5,00	<i>p: ,923</i>	50	5,00	5,00	5,00	<b><i>p: ,032*</i></b>
<b>F7</b>	Çalışmıyor	90	3,50	4,50	5,00	$\chi^2: ,825$	113	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:4,55$
	Çalışıyor	276	4,00	5,00	5,00	<i>df: 2</i>	359	3,50	5,00	5,00	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	4,00	5,00	5,00	<i>p: ,662</i>	50	4,00	5,00	5,00	<i>p: ,103</i>
<b>Top</b>	Çalışmıyor	90	3,93	4,53	4,79	$\chi^2:2,284$	113	4,20	4,58	4,82	$\chi^2:2,841$
	Çalışıyor	276	4,06	4,48	4,78	<i>df: 2</i>	359	4,17	4,51	4,86	<i>df: 2</i>
	Öğrenci	155	4,00	4,31	4,72	<i>p: ,319</i>	50	4,37	4,68	4,89	<i>p: ,242</i>

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.10.'da faktörler ile katılımcıların çalışma durumları değerlendirildiğinde; “Faktör-1, Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” açısından Emirdağ grubunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Fark çalışmayan bireyler lehinedir. Belçika grubunda ise Faktör-6 “Tıbbi ilaç ve araştırmalarda rıza hakkı” açısından öğrenciler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.11. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Öğrenim Durumunun Karşılaştırılması

<i>Faktörler</i>	<i>Öğrenim Durumu</i>	<i>N</i>	<i>%25</i>	<i>Med</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ Grubu</i>	<i>N</i>	<i>%25</i>	<i>Med</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika Grubu</i>
<b>F1</b>	İlkokul	102	4,12	4,68	5,00	$\chi^2: 6,922$ $df:5$ $p:227$	118	4,50	4,87	5,00	$\chi^2:7,685$ $df:4$ $p:104$
	Ortaokul	77	4,06	4,62	5,00		101	4,37	4,75	5,00	
	Lise	165	3,87	4,62	5,00		236	4,50	5,00	5,00	
	Üniv.	153	3,87	4,37	4,87		57	4,28	4,75	5,00	
	YL/Dr.	24	3,87	4,31	4,84		10	4,87	5,00	5,00	
<b>F2</b>	İlkokul	102	3,28	4,14	4,85	$\chi^2: 6,554$ $df:5$ $p:256$	118	3,85	4,42	5,00	$\chi^2:6,807$ $df:4$ $p:146$
	Ortaokul	77	3,85	4,42	4,78		101	3,78	4,42	5,00	
	Lise	165	3,57	4,00	4,85		236	3,85	4,42	5,00	
	Üniv.	153	3,57	4,00	4,71		57	3,75	4,14	4,67	
	YL/Dr.	24	3,42	4,14	5,00		10	4,35	5,00	5,00	
<b>F3</b>	İlkokul	102	4,00	4,50	5,00	$\chi^2: 4,197$ $df:5$ $p:521$	118	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:9,039$ $df:4$ $p:060$
	Ortaokul	77	4,00	4,50	5,00		101	4,00	4,25	5,00	
	Lise	165	4,00	4,75	5,00		236	4,00	4,75	5,00	
	Üniv.	153	4,00	4,50	5,00		57	3,75	4,25	5,00	
	YL/Dr.	24	3,81	4,62	5,00		10	4,75	5,00	5,00	
<b>F4</b>	İlkokul	102	4,00	5,00	5,00	$\chi^2: 5,123$ $df:5$ $p:401$	118	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:8,676$ $df:4$ $p:070$
	Ortaokul	77	4,00	5,00	5,00		101	4,25	5,00	5,00	
	Lise	165	4,00	5,00	5,00		236	5,00	5,00	5,00	
	Üniv.	153	4,00	5,00	5,00		57	4,00	5,00	5,00	
	YL/Dr.	24	5,00	5,00	5,00		10	4,25	5,00	5,00	
<b>F5</b>	İlkokul	102	4,25	4,87	5,00	$\chi^2: 727$ $df:5$ $p:981$	118	4,00	4,75	5,00	$\chi^2:6,455$ $df:4$ $p:168$
	Ortaokul	77	4,25	5,00	5,00		101	4,00	4,75	5,00	
	Lise	165	4,25	5,00	5,00		236	4,00	4,62	5,00	
	Üniv.	153	4,25	5,00	5,00		57	4,56	5,00	5,00	
	YL/Dr.	24	4,75	5,00	5,00		10	5,00	5,00	5,00	
<b>F6</b>	İlkokul	102	4,87	5,00	5,00	$\chi^2: 6,305$ $df:5$ $p:278$	118	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:2,002$ $df:4$ $p:735$
	Ortaokul	77	4,50	5,00	5,00		101	5,00	5,00	5,00	
	Lise	165	4,50	5,00	5,00		236	5,00	5,00	5,00	
	Üniv.	153	5,00	5,00	5,00		57	5,00	5,00	5,00	
	YL/Dr.	24	4,50	5,00	5,00		10	4,00	5,00	5,00	
<b>F7</b>	İlkokul	102	3,50	4,50	5,00	$\chi^2:16,397$ $df:5$ $p:006^*$	118	3,75	5,00	5,00	$\chi^2:1,286$ $df:4$ $p:864$
	Ortaokul	77	3,75	4,50	5,00		101	3,50	5,00	5,00	
	Lise	165	3,75	5,00	5,00		236	4,00	4,75	5,00	
	Üniv.	153	4,00	5,00	5,00		57	4,37	5,00	5,00	
	YL/Dr.	24	4,50	5,00	5,00		10	4,20	4,58	4,82	
<b>Top</b>	İlkokul	102	3,95	4,51	4,75	$\chi^2: 2,736$ $df:5$ $p:741$	118	4,15	4,51	4,84	$\chi^2:8,865$ $df:4$ $p:065$
	Ortaokul	77	4,13	4,51	4,82		101	4,20	4,58	4,89	
	Lise	165	4,01	4,41	4,79		236	4,10	4,44	4,78	
	Üniv.	153	4,03	4,34	4,72		57	4,65	4,94	5,00	
	YL/Dr.	24	4,06	4,39	4,77		10	4,50	4,87	5,00	

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.11.'de faktörler ile katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde Faktör-7, “Organ, doku naklinde rıza alınması aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” açısından yüksek lisans/doktora mezunu olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Diğer faktörler açısından eğitim durumları arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Tablo 4.12. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Yaşanılan Yerin Karşılaştırılması

<i>Faktörler</i>	<i>Emirdağ/yer</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Medya n</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>
<b>F1</b>	Merkez	383	3,87	4,62	5,00	<i>z:-2,346</i>
	Köy/Belde	138	4,12	4,75	5,00	<i>U:22913,5 p:0,019*</i>
<b>F2</b>	Merkez	383	3,57	4,14	4,71	<i>z:-0,356</i>
	Köy/Belde	138	3,42	4,28	4,85	<i>U:25889 p:0,722</i>
<b>F3</b>	Merkez	383	4,00	4,50	5,00	<i>z:-0,354</i>
	Köy/Belde	138	4,00	4,75	5,00	<i>U:25889 p:0,723</i>
<b>F4</b>	Merkez	383	4,00	5,00	5,00	<i>z:-1,191</i>
	Köy/Belde	138	4,50	5,00	5,00	<i>U:24890 p:0,233</i>
<b>F5</b>	Merkez	383	5,00	5,00	5,00	<i>z:-1,109</i>
	Köy/Belde	138	5,00	5,00	5,00	<i>U:24882,5 p:0,267</i>
<b>F6</b>	Merkez	383	4,00	5,00	5,00	<i>z:-0,220</i>
	Köy/Belde	138	3,00	4,50	5,00	<i>U:26178,5 p:0,826</i>
<b>F7</b>	Merkez	383	4,00	5,00	5,00	<i>z:-3,287</i>
	Köy/Belde	138	3,00	4,50	5,00	<i>U:21817 p:0,01*</i>
<b>Toplam</b>	Merkez	383	4,03	4,41	4,75	<i>z:-1,051</i>
	Köy/Belde	138	4,03	4,53	4,79	<i>U:24834,5 p:0,293</i>

\*Mann-Whitney U Testi,  $p<0,05$  \*\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.12.'de faktörler ile yaşadıkları yere göre değerlendirme yapıldığında Faktör-1, “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” açısından Emirdağ grubunda köy ve belde yaşayanlar ile Faktör-7, “Organ, doku naklinde rıza alınması aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” açısından Emirdağ grubunda merkezde yaşayanlar lehine anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.13. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Yaşanılan Bölge'nin Karşılaştırılması

Faktörler	Belçika Bölge	n	%25	Medyan	%75	Belçika Grubu*
F1	Flaman	222	4,37	4,87	5,00	$\chi^2:10,475$
	Wallon	47	4,37	4,87	5,00	df:2
	Brüksel	253	4,50	4,87	5,00	<b>p:0,005*</b>
F2	Flaman	222	3,85	4,28	5,00	$\chi^2:4,803$
	Wallon	47	3,14	4,28	5,00	df: 2
	Brüksel	253	3,85	4,42	5,00	<b>p:0,091</b>
F3	Flaman	222	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:5,288$
	Wallon	47	4,00	4,75	5,00	df:2
	Brüksel	253	4,00	4,62	5,00	p:0,071
F4	Flaman	222	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:5,485$
	Wallon	47	5,00	5,00	5,00	df: 2
	Brüksel	253	4,50	5,00	5,00	p:0,064
F5	Flaman	222	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:1,849$
	Wallon	47	4,00	4,75	5,00	df: 2
	Brüksel	253	4,25	5,00	5,00	p: 0,397
F6	Flaman	222	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:9,148$
	Wallon	47	5,00	5,00	5,00	df: 2
	Brüksel	253	5,00	5,00	5,00	<b>p:0,010*</b>
F7	Flaman	222	3,50	5,00	5,00	$\chi^2:9,146$
	Wallon	47	3,00	5,00	5,00	df: 2
	Brüksel	253	4,00	5,00	5,00	<b>p:0,010*</b>
Top.	Flaman	222	4,17	4,48	4,79	$\chi^2:8,071$
	Wallon	47	4,17	4,51	4,84	df:2*
	Brüksel	253	4,24	4,58	4,89	<b>p:0,018</b>

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.13.'de faktörler ile yaşadıkları bölgeye göre değerlendirme yapıldığında Faktör-1 "Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı", "Faktör-2"Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme", Faktör-7 "Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı" ve toplam ölçek puanında Başkent Brüksel bölgesinde yaşayanlar lehine anlamlı farklılık bulunmuştur. Faktör-6 "Tıbbi ilaç ve araştırmalarda rıza hakkı" açısından Belçika grubunda Wallon bölgesinde yaşayanlar lehine anlamlı farklılık belirlenmiştir.



Tablo 4.14. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Sağlık Güvencesi Karşılaştırılması

<i>Fak.</i>	<i>Sağlık Güven.</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>
<b>F1</b>	Devlet	297	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:11,876$ $df:3$ $p: 0,008^*$	409	4,00	4,62	5,00	$\chi^2:5,848$ $df:3$ $p:0,521$
	Özel	57	4,37	4,75	5,00		45	4,37	4,87	5,00	
	D/Özel	156	4,50	4,87	5,00		24	3,40	4,43	4,87	
	Hayır	12	3,62	4,25	4,62		43	4,00	4,50	5,00	
<b>F2</b>	Devlet	297	3,85	4,42	5,00	$\chi^2:4,238$ $df:3$ $p:0,237$	409	3,50	4,14	4,71	$\chi^2:2,255$ $df:3$ $p:0,968$
	Özel	57	3,57	4,42	5,00		45	3,71	4,14	4,85	
	D/Özel	156	3,71	4,42	5,00		24	3,64	4,00	4,71	
	Hayır	12	3,28	3,85	4,64		43	3,28	4,00	5,00	
<b>F3</b>	Devlet	297	4,00	4,75	5,00	$\chi^2:12,756$ $df:3$ $p:0,005^*$	409	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:1,554$ $df:3$ $p:0,067$
	Özel	57	3,50	4,25	5,00		45	3,87	4,50	5,00	
	D/Özel	156	4,00	4,50	5,00		24	4,00	4,75	5,00	
	Hayır	12	3,50	4,00	4,81		43	4,00	4,75	5,00	
<b>F4</b>	Devlet	297	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:5,166$ $df:3$ $p:0,160$	409	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:2,273$ $df:3$ $p:0,965$
	Özel	57	4,00	5,00	5,00		45	4,00	5,00	5,00	
	D/Özel	156	4,50	5,00	5,00		24	4,12	5,00	5,00	
	Hayır	12	3,87	5,00	5,00		43	4,00	5,00	5,00	
<b>F5</b>	Devlet	297	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:13,447$ $df:3$ $p:0,004^*$	409	4,25	5,00	5,00	$\chi^2:1,310$ $df:3$ $p:0,727$
	Özel	56	4,00	4,50	5,00		45	4,37	5,00	5,00	
	D/Özel	155	4,00	4,75	5,00		24	4,31	5,00	5,00	
	Hayır	12	3,62	4,00	4,75		43	4,25	5,00	5,00	
<b>F6</b>	Devlet	297	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:8,624$ $df:3$ $p:0,035^*$	409	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:6,879$ $df:3$ $p:0,076$
	Özel	57	4,50	5,00	5,00		45	4,50	5,00	5,00	
	D/Özel	156	5,00	5,00	5,00		24	4,00	5,00	5,00	
	Hayır	12	4,00	5,00	5,00		43	5,00	5,00	5,00	
<b>F7</b>	Devlet	277	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:7,920$ $df:3$ $p:0,048^*$	409	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:1,388$ $df:3$ $p:0,708$
	Özel	56	4,00	4,75	5,00		45	4,00	5,00	5,00	
	D/Özel	139	3,00	3,25	4,62		24	4,00	4,75	5,00	
	Hayır	10	4,24	4,58	4,93		43	3,50	4,50	5,00	
<b>Top</b>	Devlet	273	4,06	4,41	4,82	$\chi^2:12,282$ $df:3$ $p:0,006^*$	409	4,03	4,44	4,75	$\chi^2:2,225$ $df:3$ $p:0,521$
	Özel	55	4,22	4,51	4,86		45	4,22	4,58	4,79	
	D/Özel	138	3,90	4,01	4,33		24	4,00	4,41	4,74	
	Hayır	10	4,50	5,00	5,00		43	3,96	4,34	4,79	

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis, p<0,05

Tablo 4.14. incelendiğinde; Belçika Grubunda Faktör-1“Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı”, Faktör-5 “Personelin tıbbi gereçlere uygun hizmet alma ve yasaklara uyma hakkı” ve toplam ölçek puanları açısından sağlık güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın devlet sağlık güvencesine sahip olan katılımcılar lehine olduğu belirlenmiştir. Devlet güvencesine sahip bireylerin ilgili faktör puan ortalamaları daha yüksektir. Faktör-6 “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı”, Faktör-7 “Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma

hakki” açısından ise hem devlet hem özel sigorta sahibi olanlar lehine anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir. Emirdağ grubunda faktörler açısından sağlık güvenceleri arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir.

Tablo 4.15. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Belçika’da Yaşayanların Vatandaşlıklarının Karşılaştırılması

<b>Faktörler</b>	<b>Vatandaşlık</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Medyan</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika*</b>
<b>F1</b>	Türkiye	109	4,37	4,87	5,00	$\chi^2:0,119$
	Belçika	70	4,62	4,87	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	343	4,50	4,87	5,00	$p: 0,942$
<b>F2</b>	Türkiye	109	3,85	4,42	4,85	$\chi^2:0,783$
	Belçika	70	3,78	4,42	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	343	3,85	4,42	5,00	$p: 0,676$
<b>F3</b>	Türkiye	109	4,00	4,75	5,00	$\chi^2: 5,794$
	Belçika	70	3,62	4,25	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	343	4,00	4,50	5,00	$p: 0,055$
<b>F4</b>	Türkiye	19	5,00	5,00	5,00	$\chi^2: 2,941$
	Belçika	70	5,00	5,00	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	343	4,50	5,00	5,00	$p: 0,230$
<b>F5</b>	Türkiye	107	4,00	4,75	5,00	$\chi^2: 0,368$
	Belçika	69	4,00	4,75	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	339	4,00	4,75	5,00	$p: 0,832$
<b>F6</b>	Türkiye	109	5,00	5,00	5,00	$\chi^2: 0,412$
	Belçika	70	4,75	5,00	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	343	5,00	5,00	5,00	$p: 0,814$
<b>F7</b>	Türkiye	102	3,00	4,75	5,00	$\chi^2: 3,843$
	Belçika	62	4,25	5,00	5,00	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	318	4,00	5,00	5,00	$p:0,146$
<b>Toplam</b>	Türkiye	100	4,17	4,58	4,82	$\chi^2: 0,089$
	Belçika	61	4,22	4,51	4,93	$df:2$
	Çifte Vatandaşlık	315	4,20	4,55	4,86	$p:0,956$

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.15. incelendiğinde Belçika grubunda faktörler açısından vatandaşlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir.

Tablo 4.16. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Dil Seviyesi ve Tercüme Hizmeti Alma Değişkeninin Karşılaştırılması

<i>Fak.</i>	<i>Dil Sev.</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika**</i>	<i>Tercüme</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Ç.kötü	11	4,50	5,00	5,00	$\chi^2: 2,563$ $df:4$ $p:0,685$	<b>Evet</b>	372	4,50	4,87	5,00	U:2124,5 z:1,490 p:0,136
	Kötü	38	4,31	4,75	5,00		<b>Hayır</b>	104	4,37	4,75	5,00	
	Orta	159	4,50	4,87	5,00							
	İyi	121	4,37	4,87	5,00							
	Ç.iyi	193	4,50	4,87	5,00							
<b>F2</b>	Ç.kötü	11	3,85	4,28	4,57	$\chi^2: 6,703$ $df:4$ $p:0,285$	<b>Evet</b>	372	3,85	4,42	5,00	U:18659,5 z:3,267 p: <b>0,001*</b>
	Kötü	38	3,28	4,00	4,71		<b>Hayır</b>	104	3,57	4,00	4,57	
	Orta	159	3,85	4,50	5,00							
	İyi	121	3,71	4,21	5,00							
	Ç.iyi	193	3,85	4,42	5,00							
<b>F3</b>	Ç.kötü	11	3,50	4,00	5,00	$\chi^2: 2,144$ $df:4$ $p:0,809$	<b>Evet</b>	372	4,00	4,75	5,00	U:1963,5 z:2,644 p: <b>0,008*</b>
	Kötü	38	4,00	4,50	5,00		<b>Hayır</b>	104	3,75	4,25	5,00	
	Orta	159	4,00	4,50	5,00							
	İyi	121	4,00	4,50	5,00							
	Ç.iyi	193	4,00	4,75	5,00							
<b>F4</b>	Ç.kötü	11	3,00	4,50	5,00	$\chi^2: 3,627$ $df:4$ $p:0,132$	<b>Evet</b>	372	4,50	5,00	5,00	U:2171,4 z:1,383 p:0,167
	Kötü	38	4,50	5,00	5,00		<b>Hayır</b>	104	4,00	5,00	5,00	
	Orta	159	4,87	5,00	5,00							
	İyi	121	4,00	5,00	5,00							
	Ç.iyi	193	4,50	5,00	5,00							
<b>F5</b>	Ç.kötü	11	4,50	4,75	5,00	$\chi^2: 5,525$ $df:4$ $p:0,678$	<b>Evet</b>	372	4,00	4,75	5,00	U:2094,5 z:1,231 p:0,218
	Kötü	38	4,00	4,75	5,00		<b>Hayır</b>	104	4,00	4,75	5,00	
	Orta	158	4,00	4,75	5,00							
	İyi	120	4,18	5,00	5,00							
	Ç. iyi	189	4,00	4,75	5,00							
<b>F6</b>	Ç.kötü	11	5,00	5,00	5,00	$\chi^2: 2,316$ $df:4$ $p:0,695$	<b>Evet</b>	372	5,00	5,00	5,00	U:2264,2 z:0,628 p:0,530
	Kötü	38	4,75	5,00	5,00		<b>Hayır</b>	104	5,00	5,00	5,00	
	Orta	159	5,00	5,00	5,00							
	İyi	121	5,00	5,00	5,00							
	Ç.iyi	193	5,00	5,00	5,00							
<b>F7</b>	Ç.kötü	11	4,00	5,00	5,00	$\chi^2: 8,763$ $df:4$ $p:0,143$	<b>Evet</b>	372	4,00	5,00	5,00	U:1972,3 z:-,178 p:0,859
	Kötü	38	3,00	4,00	5,00		<b>Hayır</b>	104	3,62	5,00	5,00	
	Orta	147	3,50	5,00	5,00							
	İyi	111	3,00	5,00	5,00							
	Ç.iyi	17	4,00	5,00	5,00							
<b>Top.</b>	Ç.kötü	11	4,17	4,34	4,79	$\chi^2: 7,447$ $df:4$ $p:0,292$	<b>Evet</b>	372	4,24	4,58	4,89	U:1565,7 z:-2,981 p: <b>0,003*</b>
	Kötü	37	4,00	4,34	4,72		<b>Hayır</b>	104	4,04	4,39	4,72	
	Orta	146	4,17	4,62	4,89							
	İyi	110	4,17	4,55	4,82							
	Ç.iyi	172	4,24	4,51	4,88							

\*Mann-Whitney U Testi,  $p<0,05$  \*\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.16. incelendiğinde, faktörler açısından dil seviyesi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Tercüme hizmeti alıp almama durumlarında ise Faktör-2 “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme”, Faktör 3 “Ziyaretçi refakatçi güvenlik ve reddetme hakkı” ve toplam ölçek puanında tercüme hizmeti alanlar lehine anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.17. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Tercih Edilen Sağlık Kuruluşunun Karşılaştırması

<i>Fak.</i>	<i>Sağlık Kuruluşu</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ</i>
<b>F1</b>	Özel H.	96	3,75	4,62	5,00	$\chi^2: 0,542$ $df:3$ $p:0,909$	89	4,40	5,00	5,00	$X^2 :7,159$ $df:3$ $p:0,067$
	Aile Hek.	212	4,12	4,62	5,00		86	4,50	4,87	5,00	
	Devlet H.	170	4,00	4,50	5,00		297	4,50	4,87	5,00	
	Üniversite	44	4,31	4,75	5,00		49	4,62	4,87	5,00	
<b>F2</b>	Özel H.	96	3,42	4,14	4,85	$\chi^2: 4,779$ $df:3$ $p:0,189$	89	3,71	4,35	5,00	$X^2 :3,018$ $df:3$ $p:0,389$
	Aile Hek.	212	3,67	4,00	4,71		86	3,85	4,42	5,00	
	Devlet H.	170	3,42	4,00	4,71		297	3,85	4,28	4,85	
	Üniversite	44	3,78	4,42	4,85		49	3,85	4,57	5,00	
<b>F3</b>	Özel H.	96	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:$ $2,142$ $Df:3$ $p:0,543$	89	4,00	4,75	5,00	$X^2 :3,654$ $df:3$ $p:0,301$
	Aile Hek.	212	4,18	4,75	5,00		86	4,00	4,50	5,00	
	Devlet H.	170	4,00	4,50	5,00		297	4,00	4,50	5,00	
	Üniversite	44	4,25	4,50	5,00		49	4,00	4,75	5,00	
<b>F4</b>	Özel H.	96	4,00	5,00	5,00	$\chi^2: 3,188$ $df:3$ $z:0,364$	89	4,00	5,00	5,00	$X^2 1,049:$ $df:3$ $p:0,789$
	Aile Hek.	212	4,00	5,00	5,00		86	4,50	5,00	5,00	
	Devlet H.	170	4,00	5,00	5,00		297	4,50	5,00	5,00	
	Üniversite	44	4,50	5,00	5,00		49	5,00	5,00	5,00	
<b>F5</b>	Özel H.	95	4,50	5,00	5,00	$\chi^2: 3,020$ $df:3$ $p:0,389$	89	4,00	4,75	5,00	$X^2 :1,126$ $df:3$ $p:0,771$
	Aile Hek.	210	4,25	5,00	5,00		86	4,00	4,75	5,00	
	Devlet H.	167	4,25	5,00	5,00		297	4,00	4,75	5,00	
	Üniversite	43	4,50	5,00	5,00		49	4,25	5,00	5,00	
<b>F6</b>	Özel H.	96	5,00	5,00	5,00	$\chi^2: 8,235$ $df:3$ $p:0,041*$	89	4,50	5,00	5,00	$X^2 :5,909$ $df:3$ $p:0,116$
	Aile Hek.	212	5,00	5,00	5,00		86	5,00	5,00	5,00	
	Devlet H.	170	4,50	5,00	5,00		297	5,00	5,00	5,00	
	Üniversite	44	5,00	5,00	5,00		49	5,00	5,00	5,00	
<b>F7</b>	Özel H.	89	4,25	5,00	5,00	$\chi^2: 3,232$ $df:3$ $p:0,357$	89	3,62	5,00	5,00	$X^2 :2,801$ $df:3$ $p:0,423$
	Aile Hek.	194	4,00	4,50	5,00		86	4,00	5,00	5,00	
	Devlet H.	155	3,50	5,00	5,00		297	3,50	5,00	5,00	
	Üniversite	44	3,50	4,50	5,00		49	4,50	5,00	5,00	
<b>Top.</b>	Özel H.	88	4,03	4,41	4,77	$\chi^2: 4,923$ $df:3$ $p:0,178$	89	4,13	4,44	4,89	$X^2:4,966$ $df:3$ $p:,174$
	Aile Hek.	192	4,12	4,48	4,79		86	4,20	4,51	4,82	
	Devlet H.	153	3,98	4,41	4,75		297	4,17	4,55	4,82	
	Üniversite	43	4,18	4,58	4,79		49	4,41	4,72	5,00	

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.17. incelendiğinde, Belçika grubunda Faktör-6 “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” bağlamında üniversite hastanesini tercih edenler lehine anlamlı sonuç bulunmuştur.

Tablo 4.18. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Ülkemizdeki Sağlık Kuruluşlarında Hasta Hakları Birimi Var mıdır?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

<b>F</b>	<b>H.H. Bir.</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Emirdağ</b>	<b>H.H Bir.</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika</b>
<b>F1</b>	Evet	235	4,12	4,62	5,00	U:27966	Evet	417	4,50	4,75	5,00	U:235,50
	Hayır	286	3,75	4,50	5,00	z:-3,338 p:0,001*	Hayır	105	4,50	4,93	5,00	z:-1,879 p:0,060
<b>F2</b>	Evet	235	3,71	4,42	4,85	U:2693,5	Evet	417	3,75	4,28	5,00	U:255,00
	Hayır	85	3,28	3,85	4,71	z:-3,918 p:0,000*	Hayır	105	3,85	4,42	5,00	z:-0,537 p:0,591
<b>F3</b>	Evet	235	4,00	4,50	5,00	U:3133,5	Evet	417	4,00	4,75	5,00	U:251,00
	Hayır	85	4,00	4,50	5,00	z:-1,377 p:0,169	Hayır	105	4,00	4,50	5,00	z:-0,505 p:0,614
<b>F4</b>	Evet	235	4,50	5,00	5,00	U:3038,5	Evet	417	4,62	5,00	5,00	U:251,50
	Hayır	286	4,00	5,00	5,00	z:-2,214 p:0,027*	Hayır	105	4,50	5,00	5,00	z:-0,964 p:0,335
<b>F5</b>	Evet	235	4,50	5,00	5,00	U:3075,5	Evet	411	4,25	4,75	5,00	U:241,50
	Hayır	286	4,25	5,00	5,00	z:-1,813 p:0,070	Hayır	104	4,00	4,75	5,00	z:-1,093 p:0,274
<b>F6</b>	Evet	235	5,00	5,00	5,00	U:2997,5	Evet	417	5,00	5,00	5,00	U:247,00
	Hayır	286	4,50	5,00	5,00	z:-2,844 p:0,004*	Hayır	105	5,00	5,00	5,00	z:-1,443 p:0,149
<b>F7</b>	Evet	235	4,00	5,00	5,00	U:2809,5	Evet	385	4,50	5,00	5,00	U:207,00
	Hayır	85	3,50	4,50	5,00	z:-3,531 p:0,000*	Hayır	97	3,50	5,00	5,00	z:-1,666 p:0,096
<b>To p</b>	Evet	235	4,20	4,55	4,82	U:25233	Evet	380	4,27	4,55	4,82	U:221,00
	Hayır	85	3,93	4,31	4,72	z:-4,899 p:0,000*	Hayır	96	4,17	4,51	4,88	z:-0,64 p:0,949

\*Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Tablo 4.18. incelendiğinde faktörler açısından “Faktör-11, Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” ve “Faktör-2 “Personeli seçme değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, Faktör-4 “Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı”, Faktör-6 “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı”, Faktör-7 “Organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” ile toplam ölçek puanında Emirdağ grubunda istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur. İlgili faktörlerde tutum geliştirenler ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında bulunan hasta hakları biriminden haberdar olanlar yönündedir. Belçika grubunda ise istatistiksel açıdan anlamlı sonuç bulunamamıştır.

Tablo 4.19. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Belçika’daki Sağlık Kuruluşlarında Hasta Hakları Birimi Var mıdır?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<i>Faktörler</i>	<i>Belçika H.H.H Birimi</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Medyan</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Evet	395	4,59	5,00	5,00	U:17267
	Hayır	127	4,00	4,62	5,00	z:-5,563 p:0,001*
<b>F2</b>	Evet	395	3,85	4,42	5,00	U:20040,5
	Hayır	127	3,42	4,14	4,71	z:-3,450 p:0,004*
<b>F3</b>	Evet	395	4,00	4,75	5,00	U:20961
	Hayır	127	3,75	4,25	5,00	z:-2,898 p:0,004*
<b>F4</b>	Evet	395	4,50	5,00	5,00	U:22877,5
	Hayır	127	4,00	5,00	5,00	z:-1,905 p:0,057
<b>F5</b>	Evet	395	4,00	4,87	5,00	U:21529
	Hayır	127	4,00	4,75	5,00	z:-1,990 p:0,047*
<b>F6</b>	Evet	395	5,00	5,00	5,00	U:24272
	Hayır	127	5,00	5,00	5,00	z:-0,799 p:0,425
<b>F7</b>	Evet	395	4,00	5,00	5,00	U:18755
	Hayır	127	3,00	4,50	5,00	z:-2,180 p:0,259
<b>Top</b>	Evet	395	4,27	4,60	4,89	U:14732
	Hayır	127	4,00	4,31	4,73	z:-4,62 p:0,000*

\*Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Tablo 4.19. incelendiğinde faktörler açısından “Faktör-1, Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, Faktör-2 “Personeli seçme değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, Faktör-3 “ziyaretçi, refakatçi güvenlik ve reddetme hakkı”, Faktör-5 “Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uyma hakkı” ve toplam ölçek puanında “Belçika’da hasta hakları birimi olup olmadığı” sorusuna evet yanıtını verenler lehine anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.20. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Hasta Hakları Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırması

Fak	HH Bilgi	n	%25	Med.	%75	Emirdağ	HH Bilgi	%25	Med.	%75	Belçika
F1	Evet	204	4,00	4,62	5,00	$\chi^2:0,793$ df:2 p:0,673	264	4,62	5,00	5,00	$\chi^2:27,785$ df:2 p:0,001*
	Hayır	157	3,75	4,62	5,00		76	4,21	4,75	5,00	
	Kısmen	160	4,00	4,62	5,00		182	4,25	4,75	5,00	
F2	Evet	204	3,57	4,14	4,71	$\chi^2:5,429$ df:2 p:0,066	264	3,85	4,42	5,00	$\chi^2:4,575$ df:2 p:0,001*
	Hayır	157	3,28	4,00	4,71		76	3,67	4,42	4,89	
	Kısmen	160	3,60	4,28	4,85		182	3,57	4,14	4,85	
F3	Evet	204	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:4,863$ df:2 p:0,088	264	4,00	4,75	5,00	$\chi^2:18,57$ df:2 p:0,001*
	Hayır	157	3,87	4,50	5,00		76	3,75	4,37	5,00	
	Kısmen	160	4,00	4,75	5,00		182	3,75	4,25	5,00	
F4	Evet	204	4,12	5,00	5,00	$\chi^2:1,009$ df:2 p:0,604	260	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:22,552$ df:2 p:0,001*
	Hayır	157	4,00	5,00	5,00		75	4,50	5,00	5,00	
	Kısmen	160	4,00	5,00	5,00		180	4,00	5,00	5,00	
F5	Evet	204	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:0,672$ df:2 p:0,715	264	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:8,523$ df:2 p:0,14
	Hayır	157	4,25	5,00	5,00		76	4,00	4,75	5,00	
	Kısmen	160	4,25	5,00	5,00		182	4,00	4,75	5,00	
F6	Evet	204	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:3,284$ df:2 p:0,194	264	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:5,658$ df:2 p:0,59
	Hayır	157	4,50	5,00	5,00		76	5,00	5,00	5,00	
	Kısmen	160	5,00	5,00	5,00		182	4,50	5,00	5,00	
F7	Evet	204	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:20,49$ df:2 p:0,001*	250	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:12,637$ df:2 p:0,020*
	Hayır	157	3,00	4,50	5,00		63	4,00	5,00	5,00	
	Kısmen	160	4,00	5,00	5,00		169	3,00	4,50	5,00	
Top	Evet	204	4,10	4,48	4,75	$\chi^2:6,210$ df:2 p:0,45	247	4,34	4,65	4,93	$\chi^2:23,796$ df:2 p:0,001*
	Hayır	157	3,87	4,41	4,75		62	4,09	4,50	4,80	
	Kısmen	160	4,13	4,46	4,85		167	4,03	4,41	4,72	

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis, p<0,05

Tablo 4.20. incelendiğinde faktörler açısından hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma durumu ile ilgili; Faktör-1“Bilgili ve saygılı hizmet alma”, Faktör-2 “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı”, Faktör4“Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı” açısından Belçika grubunda Belçika’daki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade edenler lehine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Faktör-7 “Organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” açısından Emirdağ grubunda hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduğunu ifade edenler, Belçika grubunda ise Türkiye’deki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduğunu ancak Belçika’daki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmadığını ifade edenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Toplam ölçek puanına bakıldığında Belçika grubunda Belçika’daki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.21. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Belçika Grubunun Türkiye’deki Hasta Hakları Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumunun Karşılaştırılması

<b>Faktörler</b>	<b>T.H.H.Bilgi</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika</b>
<b>F1</b>	Evet	113	4,28	4,75	5,00	$\chi^2 :3,041$
	Hayır	219	4,50	4,93	5,00	df:2
	Kısmen	190	4,62	4,87	5,00	p:0,219
<b>F2</b>	Evet	113	3,75	4,28	4,85	$\chi^2 :0,148$
	Hayır	219	3,85	4,42	5,00	df:2
	Kısmen	190	3,75	4,28	5,00	p:0,929
<b>F3</b>	Evet	113	4,00	4,87	5,00	$\chi^2 :5,895$
	Hayır	219	3,81	4,50	5,00	df:2
	Kısmen	190	4,00	4,50	5,00	p:0,52
<b>F4</b>	Evet	112	5,00	5,00	5,00	$\chi^2 :5,477$
	Hayır	215	4,50	5,00	5,00	df:2
	Kısmen	188	4,50	5,00	5,00	p:0,65
<b>F5</b>	Evet	113	4,25	4,75	5,00	$\chi^2 : ,300$
	Hayır	219	4,00	4,75	5,00	df:2
	Kısmen	190	4,00	4,75	5,00	p:0,861
<b>F6</b>	Evet	113	5,00	5,00	5,00	$\chi^2 : 1,210$
	Hayır	219	5,00	5,00	5,00	df:2
	Kısmen	190	5,00	5,00	5,00	p:0,546
<b>F7</b>	Evet	109	3,00	5,00	5,00	$\chi^2 : 6,700$
	Hayır	195	4,00	5,00	5,00	df:2
	Kısmen	178	4,00	5,00	5,00	p:0,035
<b>Top</b>	Evet	108	4,14	4,55	4,82	$\chi^2 : ,635$
	Hayır	192	4,18	4,51	4,89	df:2
	Kısmen	176	4,21	4,51	4,88	p:0,728

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis, p<0,05

Tablo 4.21. incelendiğinde yalnızca Faktör-7 “Organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” açısından Türkiye’deki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmayanlar yönünde istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur.



Tablo 4.22. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Hasta Hakları Yönetmeliğini Duydunuz mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<i>Fakt.</i>	<i>H.H.Yönet. Duy. mu?</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Medyan</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Evet	255	4,00	4,50	5,00	U:33806,5	179	4,50	4,87	5,00	U:2987,0
	Hayır	266	3,87	4,62	5,00	z: -0,064 p:0,949	343	4,50	4,87	5,00	z: -.541 p:0,588
<b>F2</b>	Evet	255	3,57	4,28	4,85	U:32072,5	179	3,85	4,42	5,00	U:2843,5
	Hayır	266	3,42	4,00	4,71	z: -1,077 p:0,282	343	3,85	4,28	5,00	z: -1,395 p:0,163
<b>F3</b>	Evet	255	4,00	4,50	5,00	U:33496	179	4,00	4,50	5,00	U:2956,0
	Hayır	266	4,00	4,50	5,00	z: -0,253 p:0,800	343	4,00	4,50	5,00	z: -.720 p:0,472
<b>F4</b>	Evet	255	4,00	5,00	5,00	U:32575	179	4,50	5,00	5,00	U:3028,0
	Hayır	266	4,00	5,00	5,00	z: -0,917 p:0,359	343	4,50	5,00	5,00	z: -.321 p:0,749
<b>F5</b>	Evet	255	4,25	5,00	5,00	U:33837	179	4,25	5,00	5,00	U:2608,5
	Hayır	266	4,25	5,00	5,00	z: -0,049 p:0,961	343	4,00	4,75	5,00	z: -2,576 p:0,010*
<b>F6</b>	Evet	255	5,00	5,00	5,00	U:33462	179	5,00	5,00	5,00	U:2951,5
	Hayır	266	5,00	5,00	5,00	z: -0,355 p:0,723	343	5,00	5,00	5,00	z: -1,053 p:0,292
<b>F7</b>	Evet	255	4,00	5,00	5,00	U:65939,5	179	4,00	5,00	5,00	U:2615,0
	Hayır	266	3,50	4,50	5,00	z: -2,194 p:0,028*	343	3,50	5,00	5,00	z: -.376 p:0,707
<b>Top</b>	Evet	255	4,13	4,41	4,75	U:33059,5	179	4,27	4,62	4,86	U:2435,9
	Hayır	266	4,00	4,48	4,75	z: -0,498 p:0,618	343	4,17	4,51	4,86	z: -1,197 p:0,231

\* Mann-Whitney U Testi, p<0,05

Tablo 4.22. incelendiğinde hasta hakları yönetmeliğinden haberdar olup olmama durumu ile ilgili Emirdağ grubunda Faktör-7“Organ doku naklinde rıza alınması aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” açısından hasta hakları yönetmeliğinden haberdar olanlar lehine, Belçika grubunda Faktör-5 “Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uyma hakkı” açısından yine yönetmelikten haberdar olanlar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.23. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Hasta Hakları Yönetmeliğini Okudunuz mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<b>Faktörler</b>	<b>H.H. Yönet. Oku. mu?</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Emirdağ*</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika*</b>
<b>F1</b>	<i>Evet</i>	98	4,12	4,62	5,00	<i>U:19083</i>	83	4,50	5,00	5,00	<i>U:1796.5</i>
	<i>Hayır</i>	423	4,00	4,62	5,00	<i>z:-1,239</i> <i>p:;215</i>	439	4,50	4,87	5,00	<i>z:-,209</i> <i>p:;835</i>
<b>F2</b>	<i>Evet</i>	98	3,71	4,42	4,85	<i>U:18499</i>	83	4,00	4,57	5,00	<i>U:1581.5</i>
	<i>Hayır</i>	423	3,42	4,00	4,71	<i>z:-1,666</i> <i>p:;096</i>	439	3,85	4,28	5,00	<i>z:-1,933</i> <i>p:;053</i>
<b>F3</b>	<i>Evet</i>	98	4,00	4,50	5,00	<i>U:20380</i>	83	4,00	4,75	5,00	<i>U:1749.5</i>
	<i>Hayır</i>	423	4,00	4,50	5,00	<i>z:-0,268</i> <i>p:;789</i>	439	4,00	4,50	5,00	<i>z:-,595</i> <i>p:;552</i>
<b>F4</b>	<i>Evet</i>	98	4,50	5,00	5,00	<i>U:19241</i>	83	5,00	5,00	5,00	<i>U:1718.0</i>
	<i>Hayır</i>	423	4,00	5,00	5,00	<i>z:-0,789</i> <i>p:;193</i>	439	4,50	5,00	5,00	<i>z:-1,044</i> <i>p:;296</i>
<b>F5</b>	<i>Evet</i>	98	4,50	5,00	5,00	<i>U:20095</i>	83	4,25	5,00	5,00	<i>U:1653.0</i>
	<i>Hayır</i>	423	4,25	5,00	5,00	<i>z:-0,193</i> <i>p:;609</i>	439	4,00	4,75	5,00	<i>z:-1,042</i> <i>p:;297</i>
<b>F6</b>	<i>Evet</i>	98	5,00	5,00	5,00	<i>U:20116</i>	83	4,50	5,00	5,00	<i>U:1634,2</i>
	<i>Hayır</i>	423	5,00	5,00	5,00	<i>z:-0,611</i> <i>p:;541</i>	439	5,00	5,00	5,00	<i>z:-2,170</i> <i>p:;030</i>
<b>F7</b>	<i>Evet</i>	98	4,00	5,00	5,00	<i>U:17050,5</i>	83	4,00	5,00	5,00	<i>U:1464.5</i>
	<i>Hayır</i>	423	3,50	4,50	5,00	<i>z:-2,96</i> <i>p:;003*</i>	439	3,50	5,00	5,00	<i>z:-1,386</i> <i>p:;0,166</i>
<b>Top</b>	<i>Evet</i>	98	4,17	4,51	4,79	<i>U:18887,5</i>	83	4,24	4,68	4,96	<i>U:1372,2</i>
	<i>Hayır</i>	423	4,00	4,41	4,75	<i>z:-1,371</i> <i>p:;170</i>	439	4,17	4,51	4,82	<i>z:-1,759</i> <i>p:;0,079</i>

\* Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Tablo 4.23. incelendiğinde hasta hakları yönetmeliğini okuyup okumama durumları ile ilgili Emirdağ grubunda yönetmeliği okuyanlar lehine Faktör-7 “Organ doku naklinde rıza alınması aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” yönünde, Belçika grubunda Faktör-6“Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir.

Tablo 4.24. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Faktörler Açısından “Belçika’da Hastalar Haklarını Savunabiliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<b>Faktörler</b>	<b>Savunma</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika*</b>
<b>F1</b>	<i>Evet</i>	374	4,62	5,00	5,00	$\chi^2: 42,927$
	<i>Hayır</i>	43	4,00	4,37	4,62	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	4,25	4,75	5,00	<b>p:0,000*</b>
<b>F2</b>	<i>Evet</i>	374	3,85	4,42	5,00	$\chi^2: 12,905$
	<i>Hayır</i>	43	3,00	4,14	4,57	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	3,57	4,14	4,57	<b>p:0,002*</b>
<b>F3</b>	<i>Evet</i>	374	4,00	4,75	5,00	$\chi^2: 18,064$
	<i>Hayır</i>	43	3,50	4,00	5,00	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	3,75	4,00	4,75	<b>p: 0,000*</b>
<b>F4</b>	<i>Evet</i>	374	4,50	5,00	5,00	$\chi^2: 7,317$
	<i>Hayır</i>	43	4,50	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	4,00	5,00	5,00	<b>p:0,026*</b>
<b>F5</b>	<i>Evet</i>	374	4,00	5,00	5,00	$\chi^2: 7,417$
	<i>Hayır</i>	43	4,00	4,75	5,00	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	4,00	4,50	5,00	<b>p:0,025*</b>
<b>F6</b>	<i>Evet</i>	374	5,00	5,00	5,00	$\chi^2: 1,583$
	<i>Hayır</i>	43	4,50	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	4,50	5,00	5,00	<b>p:0,453</b>
<b>F7</b>	<i>Evet</i>	374	4,00	5,00	5,00	$\chi^2: 5,433$
	<i>Hayır</i>	43	3,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	3,00	4,50	5,00	<b>p:0,066</b>
<b>Top.</b>	<i>Evet</i>	374	4,30	4,62	4,89	$\chi^2: 30,545$
	<i>Hayır</i>	43	4,00	4,20	4,44	<i>df:2</i>
	<i>Kısmen</i>	59	3,96	4,31	4,75	<b>p: 0,000*</b>

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis, p<0,05

Tablo 4.24. incelendiğinde Belçika’da hasta haklarının savunulabilir olup olmadığı ile ilgili Belçika grubunda Faktör-1 “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı, Faktör-2 “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı” Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı, Faktör-4 “Tedaviye onay verme”, Faktör-5 “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı, ve reddetme hakkı” ile toplam ölçek puanları açısından Belçika’da hastalar haklarının savunulabilir olduğu yanıtını verenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.25. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve Türkiye’de Hastalar Haklarını Savunabiliyor mu? Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<i>Fakt.</i>	<i>Savunma</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Evet	148	4,00	4,62	5,00	$\chi^2:6,593$	150	4,25	4,62	5,00	$\chi^2:18,945$
	Hayır	131	3,50	4,37	5,00	<i>df:2</i>	225	4,62	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	4,62	5,00	<b><i>p:0,037*</i></b>	147	4,50	5,00	5,00	<b><i>p:0,000*</i></b>
<b>F2</b>	Evet	148	3,60	4,07	4,71	$\chi^2:5,403$	150	3,71	4,14	4,57	$\chi^2:10,770$
	Hayır	131	3,28	3,85	4,71	<i>df:2</i>	225	3,85	4,42	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	3,57	4,28	4,85	<i>p:0,067</i>	147	3,85	4,42	5,00	<b><i>p:0,005*</i></b>
<b>F3</b>	Evet	148	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:0,049$	150	4,00	4,25	5,00	$\chi^2:7,271$
	Hayır	131	3,75	4,75	5,00	<i>df:2</i>	225	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	4,50	5,00	<i>p:0,976</i>	147	4,00	4,50	5,00	<b><i>p:0,026*</i></b>
<b>F4</b>	Evet	148	4,12	5,00	5,00	$\chi^2:266$	150	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:3,014$
	Hayır	131	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>	225	5,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	5,00	5,00	<i>p:0,876</i>	147	4,50	5,00	5,00	<i>p:0,222</i>
<b>F5</b>	Evet	148	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:1,136$	150	4,00	4,75	5,00	$\chi^2:7,700$
	Hayır	131	4,25	5,00	5,00	<i>df:2</i>	225	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,25	5,00	5,00	<i>p:0,567</i>	147	4,00	4,75	5,00	<i>p:0,705</i>
<b>F6</b>	Evet	148	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:6,944$	150	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:10,360$
	Hayır	131	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>	225	5,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	5,00	5,00	5,00	<b><i>p:0,031*</i></b>	147	5,00	5,00	5,00	<b><i>p:0,006*</i></b>
<b>F7</b>	Evet	148	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:3,603$	150	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:1,846$
	Hayır	131	3,50	4,50	5,00	<i>df:2</i>	225	3,75	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	5,00	5,00	<i>p:0,165</i>	147	4,00	5,00	5,00	<i>p:0,397</i>
<b>Top.</b>	Evet	148	4,13	4,51	4,75	$\chi^2:7,665$	150	4,10	4,44	4,75	$\chi^2:14,084$
	Hayır	131	3,82	4,31	4,72	<i>df:2</i>	225	4,24	4,65	4,93	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,10	4,48	4,79	<b><i>p:0,022*</i></b>	147	4,18	4,51	4,88	<b><i>p:0,001*</i></b>

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p<0,05$

Tablo 4.25. incelendiğinde hastaların haklarını savunabilme durumları ile ilgili Faktör-1 “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” ile Faktör-6 “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” ve toplam ölçek puanları açısından her iki araştırma grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılık Emirdağ grubu için savunulabilir olduğunu düşünenler, Belçika grubu için savunulabilir olduğunu düşünmeyenler lehine gerçekleşmiştir. Faktör-2 “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı” açısından ise sadece Belçika grubunda savunulabilir olduğunu düşünmeyenler lehine anlamlı farklılık belirlenmiştir.

Tablo 4.26. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Türkiye’de Hastalar Haklarını Alabiliyor mu?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<i>Fakt.</i>	<i>Alabilme</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Evet	148	4,00	4,62	5,00	$\chi^2:19,365$	148	4,25	4,75	5,00	$\chi^2:8,482$
	Hayır	131	3,37	4,12	4,87	<i>df:2</i>	213	4,50	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,12	4,62	5,00	<b><i>p:0,000*</i></b>	161	4,50	4,87	5,00	<b><i>p:0,014*</i></b>
<b>F2</b>	Evet	148	3,57	4,14	4,71	$\chi^2:3,193$	148	3,71	4,14	4,71	$\chi^2:8,194$
	Hayır	131	3,28	3,85	4,85	<i>df:2</i>	213	3,85	4,57	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	3,57	4,28	4,71	<i>p:0,203</i>	161	3,85	4,28	5,00	<b><i>p:0,017*</i></b>
<b>F3</b>	Evet	148	4,00	4,50	5,00	$\chi^2:1,024$	148	4,00	4,25	5,00	$\chi^2:8,000$
	Hayır	131	3,75	4,75	5,00	<i>df:2</i>	213	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	4,50	5,00	<i>p:0,599</i>	161	4,00	4,25	5,00	<b><i>p:0,018*</i></b>
<b>F4</b>	Evet	148	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:4,444$	148	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:5,806$
	Hayır	131	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>	213	5,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	5,00	5,00	<i>p:0,108</i>	161	4,00	5,00	5,00	<i>p:0,055</i>
<b>F5</b>	Evet	148	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:;778$	148	4,06	4,75	5,00	$\chi^2:1,399$
	Hayır	131	4,25	5,00	5,00	<i>df:2</i>	213	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,25	5,00	5,00	<i>p:0,678</i>	161	4,00	4,75	5,00	<i>p:0,497</i>
<b>F6</b>	Evet	148	5,00	5,00	5,00	$\chi^2:2,894$	148	4,50	5,00	5,00	$\chi^2:6,459$
	Hayır	131	4,12	5,00	5,00	<i>df:2</i>	213	5,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	5,00	5,00	5,00	<i>p:0,235</i>	161	5,00	5,00	5,00	<b><i>p:0,040*</i></b>
<b>F7</b>	Evet	148	4,00	5,00	5,00	$\chi^2:6,791$	148	3,62	4,50	5,00	$\chi^2:4,708$
	Hayır	131	3,50	5,00	5,00	<i>df:2</i>	213	4,00	5,00	5,00	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,00	5,00	5,00	<b><i>p:0,034*</i></b>	161	3,50	5,00	5,00	<i>p:0,095</i>
<b>Top.</b>	Evet	148	4,13	4,43	4,79	$\chi^2:10,016$	148	4,10	4,44	4,79	$\chi^2:11,954$
	Hayır	131	3,75	4,22	4,72	<i>df:2</i>	213	4,24	4,68	4,93	<i>df:2</i>
	Kısmen	242	4,10	4,51	4,75	<b><i>p:0,007*</i></b>	161	4,17	4,48	4,82	<b><i>p:0,003*</i></b>

\*Kruskal-Wallis One Way Analysis,  $p < 0,05$

Tablo 4.26. incelendiğinde Türkiye’de hastaların haklarını alabilme durumları ile ilgili Faktör-1“Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” ve toplam ölçek puanı açısından Emirdağ grubu için haklarını alabildiğini düşünenler, Belçika grubu için haklarını alamadığını düşünenler lehine; Faktör-2“Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı”, Faktör-6 “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” açısından ise sadece Belçika grubunda haklarını alamadığını düşünenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Faktör-7 “Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” açısından ise Emirdağ grubunda haklarını alabildiğini düşünenler lehine anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.27. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Hakkınız Hiç İhlal Edildi mi?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<i>Fakt.</i>	<i>Hakkınız hiç ihlal edildi mi?</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Evet	177	3,75	4,50	4,87	U:25267	137	4,37	4,87	5,00	U:24511
	Hayır	344	4,00	4,62	5,00	z: -3,220 p: ,001*	385	4,50	4,87	5,00	z: -1,292 p:0,196
<b>F2</b>	Evet	177	3,28	4,00	4,78	U:27528	137	3,71	4,14	4,78	U:23150
	Hayır	344	3,60	4,14	4,71	z: -1,799 p:0,072	385	3,85	4,42	5,00	z: -2,150 p: 0,032*
<b>F3</b>	Evet	177	3,75	4,50	5,00	U:28773	137	3,75	4,50	5,00	U:2415,5
	Hayır	344	4,00	4,50	5,00	z: -1,065 p:0,287	385	4,00	4,75	5,00	z: -1,522 p:0,128
<b>F4</b>	Evet	177	4,00	5,00	5,00	U:30129	137	4,50	5,00	5,00	U:2544,5
	Hayır	344	4,00	5,00	5,00	z: -0,227 p:0,820	385	4,50	5,00	5,00	z: -0,781 p:0,435
<b>F5</b>	Evet	177	4,25	4,75	5,00	U:28555	137	4,00	4,75	5,00	U:2528,5
	Hayır	344	4,25	5,00	5,00	z: -1,264 p:0,206	385	4,00	4,75	5,00	z: -0,086 p:0,932
<b>F6</b>	Evet	177	4,50	5,00	5,00	U:27850	137	5,00	5,00	5,00	U:26142
	Hayır	344	5,00	5,00	5,00	z: -2,143 p: 0,032*	385	5,00	5,00	5,00	z: -0,221 0,825
<b>F7</b>	Evet	177	3,50	5,00	5,00	U:30283	137	3,00	5,00	5,00	U:21647
	Hayır	344	4,00	5,00	5,00	z: -0,107 p:0,915	385	4,00	5,00	5,00	z: -1,172 p:241
<b>Top.</b>	Evet	177	3,93	4,34	4,75	U:25640	137	4,13	4,41	4,79	U:1926,5
	Hayır	344	4,13	4,51	4,79	z: -2,953 p: 0,003*	385	4,20	4,58	4,89	z: -2,346 p:0,019*

\* Mann-Whitney U Testi , p<0,05

Tablo 4.27. incelendiğinde hastaların hak ihlali ile karşılaşma durumları ile ilgili Faktör-1“Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, Faktör-2“Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı” faktöründe Emirdağ ve Belçika grubunda hak ihlali ile karşılaşmayanlar, Faktör-6 “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” Emirdağ grubunda hakkı ihlal edilmeyenler lehine, toplam ölçek puanında Emirdağ grubunda hak ihlali ile karşılaşanlar yönünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 4.28. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Herhangi Bir Yakınınızın Tedavi Almak Durumunda Olduğu Bir Hastalığı Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

<b>Fakt.</b>	<b>Yakınınız hastalık</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Emirdağ*</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika*</b>
<b>F1</b>	Evet	164	3,90	4,50	4,87	U:26521,5	166	4,37	4,87	5,00	U:28227,5
	Hayır	357	4,00	4,62	5,00	z: -1,746 p: 0,081	356	4,50	4,87	5,00	z: -0,866 p:0,386
<b>F2</b>	Evet	164	3,57	4,14	4,71	U:29185	166	3,57	4,28	4,71	U:25617,5
	Hayır	357	3,50	4,14	4,85	z: -0,056 p: 0,955	356	3,85	4,42	5,00	z: -2,478 p:0,013
<b>F3</b>	Evet	164	4,00	4,75	5,00	U:26689,5	166	3,75	4,25	5,00	U:26225,5
	Hayır	357	4,00	4,50	5,00	z: -1,680 p: 0,093	356	4,00	4,75	5,00	z: -2,153 p:0,031
<b>F4</b>	Evet	164	4,00	5,00	5,00	U:28682	166	4,00	5,00	5,00	U:27051
	Hayır	357	4,00	5,00	5,00	z: -0,436 p: 0,663	356	4,50	5,00	5,00	z: -1,987 p: 0,047
<b>F5</b>	Evet	164	4,25	5,00	5,00	U:28293	166	4,00	4,75	5,00	U:25368
	Hayır	357	4,25	5,00	5,00	z: -0,669 p: 0,503	356	4,00	5,00	5,00	z: -2,298 p: 0,022
<b>F6</b>	Evet	164	5,00	5,00	5,00	U:28322,5	166	5,00	5,00	5,00	U:28745,5
	Hayır	357	5,00	5,00	5,00	z: -0,802 p: 0,423	356	5,00	5,00	5,00	z: -0,729 p: 0,466
<b>F7</b>	Evet	164	4,00	5,00	5,00	U:29159,5	166	3,50	4,50	5,00	U:23293,5
	Hayır	357	4,00	5,00	5,00	z: -0,078 p: 0,938	356	4,00	5,00	5,00	z: -1,449 p: 0,147
<b>Top.</b>	Evet	164	4,03	4,39	4,75	U:27842,5	166	4,10	4,48	4,75	U:27760,5
	Hayır	357	4,03	4,48	4,79	z: -0,897 p: 0,369	356	4,37	4,87	5,00	z: -2,711 p:0,007

\* Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Tablo 4.28. incelendiğinde bir yakınının kronik bir hastalığı olma durumu ile ilgili sadece Belçika grubunda Faktör-2 "Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı", Faktör-3 "Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı", Faktör-4 "Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı", Faktör-5 "Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı" ve toplam ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın bir yakınının kronik bir hastalığı olmayanlar lehine olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.29. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Herhangi Bir Hastalığınız Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırması

<b>Fakt</b>	<b>Hastalık Var mı?</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Emirdağ*</b>	<b>n</b>	<b>%25</b>	<b>Med.</b>	<b>%75</b>	<b>Belçika*</b>
<b>F1</b>	Evet	115	3,87	4,62	5,00	U:22642,5	112	4,50	4,87	5,00	U:22812
	Hayır	406	4,00	4,62	5,00	z: -0,499 p:0,618	410	4,50	4,87	5,00	z: -0,110 p:0,912
<b>F2</b>	Evet	115	3,42	4,14	4,85	U:22938,5	112	3,82	4,28	4,71	U:21520
	Hayır	406	3,57	4,14	4,71	z: -0,286 p:0,775	410	3,85	4,42	5,00	z: -1,030 p:0,303
<b>F3</b>	Evet	115	4,25	5,00	5,00	U:19168,5	112	3,75	4,37	5,00	U:20595
	Hayır	406	4,00	4,50	5,00	z: -3,039 p:0,002*	410	4,00	4,75	5,00	z: -1,738 p:0,082
<b>F4</b>	Evet	115	4,00	5,00	5,00	U:23176	112	5,00	5,00	5,00	U:22488
	Hayır	406	4,00	5,00	5,00	z: -0,139 p:0,889	410	4,50	5,00	5,00	z: -0,426 p:0,670
<b>F5</b>	Evet	115	4,25	5,00	5,00	U:23056,5	112	4,00	4,75	5,00	U:2075,5
	Hayır	406	4,25	5,00	5,00	z: -0,220 p:0,826	410	4,00	4,75	5,00	z: -1,050 p:0,294
<b>F6</b>	Evet	115	5,00	5,00	5,00	U:22593,5	112	5,00	5,00	5,00	U:22570
	Hayır	406	5,00	5,00	5,00	z: -0,709 p:0,478	410	5,00	5,00	5,00	z: -0,402 p: ,688
<b>F7</b>	Evet	115	3,50	4,50	5,00	U:21695	112	3,37	5,00	5,00	U:1900,5
	Hayır	406	4,00	5,00	5,00	z: -1,252 p:0,211	410	4,00	5,00	5,00	z: -0,685 p:0,493
<b>Top.</b>	Evet	115	4,00	4,44	4,75	U:23342	112	4,16	4,48	4,79	U:1712,0
	Hayır	406	4,03	4,41	4,79	z: -0,002 p:0,998	410	4,20	4,55	4,89	z: -1,586 p:0,113

\* Mann-Whitney U Testi, p<0,05

Tablo 4.29. incelendiğinde Herhangi bir hastalığı olma durumu ile ilgili Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı” açısından Emirdağ grubunda hastalığı olan bireyler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.



Tablo 4.30. Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği Boyutları ve “Devlet ve Özel Hastaneler Arasında Hastalara Gösterilen Özen Açısından Fark Var mı?” Sorusuna Verilen Yanıtların Karşılaştırılması

<i>Fakt</i>	<i>Devlet Özel Farkı</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med</i>	<i>%75</i>	<i>Emirdağ*</i>	<i>n</i>	<i>%25</i>	<i>Med.</i>	<i>%75</i>	<i>Belçika*</i>
<b>F1</b>	Evet	400	4,00	4,62	5,00	U:23428,5	176	4,50	4,87	5,00	U:3005,3
	Hayır	121	3,87	4,50	5,00	z: -0,538 p: 0,590	346	4,50	4,87	5,00	z: -0,255 p: 0,799
<b>F2</b>	Evet	400	3,57	4,14	4,85	U:21319,5	176	3,71	4,28	5,00	U:2929,5
	Hayır	121	3,42	4,00	4,64	z: -1,993 p: 0,046*	346	3,85	4,42	5,00	z: -0,718 p: 0,473
<b>F3</b>	Evet	400	4,00	4,75	5,00	U:21094,5	176	4,00	4,75	5,00	U:2888,5
	Hayır	121	3,87	4,50	5,00	z: -2,220 p: 0,026*	346	4,00	4,50	5,00	z: -1 334 p: 0,317
<b>F4</b>	Evet	400	4,00	5,00	5,00	U:22222,0	176	5,00	5,00	5,00	U:2727,3
	Hayır	121	4,00	5,00	5,00	z: -1,602 p: 0,109	346	4,50	5,00	5,00	z: -2,489 p: 0,013
<b>F5</b>	Evet	400	4,25	5,00	5,00	U:22747,5	176	4,00	4,75	5,00	U:2893,5
	Hayır	121	4,25	4,75	5,00	z: -1,090 p: 0,276	346	4,00	4,75	5,00	z: -0,389 p: 0,698
<b>F6</b>	Evet	400	5,00	5,00	5,00	U:22097,5	176	5,00	5,00	5,00	U:2877,5
	Hayır	121	4,50	5,00	5,00	z: -1,948 p: 0,051	346	5,00	5,00	5,00	z: -1,498 p: 0,134
<b>F7</b>	Evet	400	4,00	5,00	5,00	U:21326	176	4,00	5,00	5,00	U:2406,5
	Hayır	121	3,50	4,50	5,00	z: -2,141 p: 0,032	346	3,50	5,00	5,00	z: -1,356 p: 0,175
<b>Top.</b>	Evet	400	4,10	4,48	4,79	U:20589,5	176	4,24	4,56	4,82	U:2496,0
	Hayır	121	3,93	4,31	4,65	z: -2,490 p: 0,013	346	4,17	4,51	4,89	z: -,111 p: ,911

\* Mann-Whitney U Testi,  $p < 0,05$

Tablo 4.30. incelendiğinde devlet hastanesi ve özel hastane arasındaki farklılık ile ilgili Emirdağ Grubunda Faktör-2 “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, Faktör-3 “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikayet hakkı”, Faktör-7 “Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” faktöründe ve toplam ölçek puanında; Belçika Grubunda ise Faktör-4 “Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı” açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Farklılığın hem Emirdağ hem Belçika grubunda devlet hastanesi ve özel hastane arası fark olmadığını belirten bireyler lehine olduğu belirlenmiştir.

Son olarak katılımcıların ekonomik durumları ve ölçek boyutları karşılaştırma sonuçları, tüm boyutlarda ekonomik duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir.

## 5. TARTIŞMA

Kültürel, sosyal, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin, dönüşümlerin hızla yaşandığı günümüz dünyasında, “hak, insan hakları, hasta hakları” da kavramsal olarak gelişmektedir. Gerek ulusal gerek uluslararası mevzuatta, sivil toplum kuruluşlarında, mesleki örgütlerin iç dinamiklerinde ve basında bu kavramsal gelişimin yerini açıkça görebilmekteyiz. Kimseyi ötekileştirmeden, bu haklara sahip herkesin bilgilendirilmesi, aidiyetlerindeki hakların korunup, gözetilmesi için bilimsel, kurumsal ve bireysel düzlemde önemli adımlar atılmıştır. Düşüncelerin fikirlere, fikirlerin eylemlere, eylemlerin de düzenli uygulanarak davranış biçimine dönüşmesi ile istendik sistemler kurulabilecektir. Böylece insana layık ve insanca hizmetlerin akışı sürdürülebilecektir.

Çalışmada Emirdağ’da yaşayan ve Belçika’ya göç etmiş kişilerin, hasta hakları konusunda tutumlarını ölçmek için yüz yüze görüşme yöntemi ile toplam 1043 katılımcının yer aldığı bir anket çalışması yapılmıştır. Emirdağ Devlet Hastanesi ve Özel Emirdağ Medikal Center Polikliniği’ne başvuran 18 yaş üstü ayaktan ve yatan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyi ve farkındalığın ölçülmesi amacıyla Türkiye’de ve dünyada birçok çalışma yapılmıştır. Tartışma bölümünde bu konu ile ilgili literatürde ulaşılabilen araştırmalar kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan tutum ölçeğinde benzer özellikleri temsil eden maddelerden oluşan kümeler Faktör olarak ifade edilmiştir (Erbil, 2009).

Araştırmaya katılan her iki grubun sosyo-demografik özelliklerinden, cinsiyetleri ve yaş grupları incelendiğinde; Emirdağ grubunun 225’i (%43,2) kadın, 296’sı (%56,8) erkektir. Belçika grubunun 229’u (%43,9) kadın, 293’ü (%56,1) erkektir. Gelekçi (2011)’nin Belçika’da yaşayan Türkler üzerinde yaptığı alan çalışması kapsamında anket uygulanan 490 kişinin %46,9’u (230) kadınlardan, %53,1’i (260) ise erkeklerden oluşmaktadır. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Devroey vd. (2013)’nin Belçika’da yaptığı çalışmada kadın katılımcı oranı %58 olarak belirlenmiştir. Emirdağ’da yaşayan kişilerin yaş ortalaması  $38,89 \pm 15,64$ , Belçika’ya göç etmiş kişilerin

yaş ortalaması ise  $37,45 \pm 13,56$ 'dir. Her iki araştırma grubunun da yaş ortalaması ve cinsiyet oranlarının, ayrıca birbirine oldukça yakın değerlerde olduğu görülmektedir.

Çotur (2013)'un çalışmasında bu oran %56,1'i erkek, %48,4'ü kadın; Ekmen (2018)'in çalışmasında %57,9'u erkek, %42,1'i kadın şeklindedir. Bu oran, Hindistan'da Agrawal (2017) ve arkadaşları'nın 350 hasta üzerinde yaptığı çalışmada %58,8'i erkek, %41,1'i kadın şeklindedir. Cinsiyet değişkeninde, Çotur ve Agrawal'in bulguları ile bulgularımız arasında uyumluluk olduğu belirlenmiştir. Kırılmaz (2017) ve arkadaşları'nın 250 hasta üzerinde Sakarya ilinde yaptığı araştırmada %75,3'ü kadın, %24,7'si erkek; İran'da Yaghoobian vd (2014)'nin 336 hasta üzerindeki araştırmasında ise %55,4'ü kadın, %44,6'sı erkek; Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in 136 hasta üzerinde tutum ölçmek için yaptığı çalışmada %40,4'ü kadın, %59,6'sı erkektir.

Çalışmada Emirdağ grubunun 158'inin (%30,3) Belçika grubunun da 152'sinin (29,1) 18-28 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Sosyal ve Kuşçu'nun 132 üniversite öğrenci ile yaptığı araştırmanın örnekleminin tamamı bu yaş aralığını kapsamaktadır (Soysal & Kuşçu, 2018). Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in çalışmasında hastaların %35,3'ünün 18-33 yaş grubunda; Ertaş ve Kıracı (2018)'in çalışmasında katılımcıların %57,5'inin 18-30 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Sosyal (2018)'in Hatay ilinde 100 hasta üzerinde yaptığı araştırmada 18-30 yaş grubuna ait oranın %72; Kırılmaz vd. (2017)'nin çalışmasında sadece 21 kişinin (%8,4) 18-25 aralığında; Taylan ve Baydoğan (2015)'in Kocaeli ilinde yaptığı araştırmada 316 katılımcının %37,2'sinin 18-29 yaş diliminde olduğu görülmüştür. Zeina vd. (2013)'nin Mısır'da yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasını  $40,8 \pm 16,6$ ; Devroey vd. (2013)'nin Belçika'da 309 katılımcı ile yaptığı araştırmada yaş ortalamasını 46 olarak tespit etmişlerdir.

Çalışmada katılımcıların medeni durumları değerlendirildiğinde Emirdağ grubunun 323'ü (%62) evli, 198'i (%38) bekadır. Belçika grubunun da 347'si (%66,5) evli, 175'i (%33,5) bekadır. İki araştırma grubunun medeni hal değişkeninde oransal olarak yakın olduğu belirlenmiştir. Bu oran Ekmen (2018)'in çalışmasında %50,8'i evli ve %49,2'si bekâr; Çotur (2013)'un

çalışmasında %69,5'i evli, %30,5'i bekâr; Ertaş ve Kıraç (2018)'in 120 hasta ile yaptığı çalışmasında %42,5'i evli %57,5'i bekarıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu yönüyle Çotur (2013)'un çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan Emirdağ grubunun 165'i (%31,7) lise mezunu, 153'ü (%29,4) üniversite mezunu, 24'ü (%4,6) yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitime sahiptir. Kırılmaz vd. (2017)'nin çalışmasında %36,7'si lise mezunu, %41'i yüksekokul/üniversite mezunu; Ertaş ve Kıraç (2018)'in çalışmasında %13,3'ü lise %56,7'si yüksekokul/üniversite; Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in çalışmasında %30,1'i lise %19,1'i üniversite; Ekmen (2018)'in çalışmasında %36,4'ü lise %41,3'ü üniversite; Soysal (2018)'in çalışmasında %16'sı lise %71'i üniversite ve üzeri; Çotur (2013)'un çalışmasında %34,4'ü lise; Zeina vd. (2015)'nin çalışmasında katılımcıların %47,6'sının hiç okuma yazma bilmediğini tespit etmişlerdir.

Belçika grubunun 236'sı (%45,2) lise mezunu, 57'si (%10,9) üniversite mezunu, yalnızca 10'u (%1,9) yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitime sahiptir. Akın ve Erzen (2009)'in çalışmasında Belçika'ya göç edenlerin %36'si ilk, %25'i orta, %29'u lise ve %10'u meslek yüksek okullarından mezundur. Gsir vd. (2015)'nin, Belçika'da yaşayan göçmenler üzerinde yaptığı araştırma sonucu yayınladıkları raporda Türkiye'den gelen göçmenlerin, eğitime çok zayıf bir şekilde entegre olduklarını, yükseköğrenim görenlerin %5,6 oranında olduğunu belirtmişlerdir. Devroey vd. (2013)'nin yapmış olduğu çalışmada, katılımcılar tarafından elde edilen en yüksek eğitim seviyesinin genellikle üniversite eğitim olduğunu (%42), bunu yükseköğrenim (%33), ortaöğretim (%24) ve ilköğretimin (%1) izlediğini, çalışmanın muhtemelen hasta haklarıyla daha fazla ilgilenen yüksek eğitimli insanların temsil ettiğini belirtmişlerdir. Alanya ve Swyngedouw (2014)'nin Brüksel ve Anvers bölgesinde 18-35 yaş arası 608 ikinci nesil katılımcı ile yapmış olduğu çalışmada ve %30,5'inin üniversite mezunu, %20,7'sinin halen öğrenci, %69,6'sının ilkokul veya daha düşük planda eğitime sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) uluslararası öğrenci başarılarını değerlendirmek amacıyla yaptığı sınavda Flaman toplumundaki öğrencilerin matematik alanında birinci, okumada üçüncü, bilimde beşinci olarak başarı

elde ettikleri görülmüştür. Bu başarıya rağmen Türk öğrenciler başarısız olmaları sebebiyle daha sık sınıf tekrarı yapmakta, meslek okullarına veya özel eğitim okullarına yönlendirilmektedir. Belçika'da eğitim gören Türk öğrencilerinin %60'ı en az bir defa sınıf tekrarı yapmaktadır (Manço, 2004). Eğitim sürecini tamamlayamayan ve üniversiteye devam etmeyen Türk kökenli öğrenci sayısı oldukça yüksektir (Sarıkaya, 2014).

Yaş, medeni durum, cinsiyet değişkenlerinin her iki grupta gösterdiği oransal dengenin katılımcıların eğitim durumu analizlerinde değiştiği tespit edilmiştir. Emirdağ grubunun kendi içinde lise ve üniversite mezunu bireylerde oransal yakınlık görülürken; Belçika grubunda lise ve üniversite mezunları arasında bir asimetri olduğu görülmektedir. Göçmen grupta lise mezunu sayısının (n:236) yüksek olmasının başlıca iki sebebi olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde 12 yıllık zorunlu eğitimden sonra üniversite sınavını kazanamayan gençlerin Belçika'ya evlenmek suretiyle gitmeleri, lise mezunu düzeyindeki popülasyonu artırmaktadır. Yükseköğrenim seviyesinde eğitim oranı düşüklüğüne sebep olarak, göçmen vatandaşlarımızın lise düzeyinde eğitim veren mesleki ve teknik okullara yönlendirmesinin bir diğer etken olduğu düşünülmektedir.

Kaysılı (2015)'nin Emirdağ'da yaptığı çalışmada 878 lise öğrencisinin 341'i (%39,2) gelecekte yurtdışına gitmeyi planladıklarını, bunların da %51,7'si Belçika'da yaşamak istediklerini belirtmişlerdir. Diğer yandan üniversite mezunu olup, ülkemizde istihdam sorunu yaşayan gençlerde de ekonomik kurtuluş gerekçesiyle Belçika'ya göç olgusu bilinen bir gerçektir. Aynı çalışmada; lise düzeyindeki öğrencilerin akademik hayatın sıkıcılığı yerine bedensel iş gücü ile hayatlarını kazanmayı tercih ettikleri, yüksek puanlarla iyi üniversiteler kazanabilecek potansiyeldeki öğrencilerin de aile baskısı veya göçün cazibesine kapılarak okul hayatlarına devam edemedikleri belirtilmiştir. İlçede yaşayan genç nüfusun da özenti veya yukarıda belirtilen sebeplerle göç atmosferinden eğitim bağlamında olumsuz etkilenmesi kaygı vericidir.

Araştırma gruplarının çalışma durumuna bakıldığında; Emirdağ grubu için alınan örneklemin 90'ının (%17,3) çalışmadığı görülmektedir. %53'lük bir

oranla 276'sı çalışan ve 155'i (%29,8) öğrencidir. Soysal (2018)'in çalışmasında katılımcıların 22 (%22)'si işçi, 20 (%20)'si serbest meslek sahibi, 39 (%39)'u öğrenci şeklindedir. Taylan ve Baydoğan (2015)'in çalışmasında %71,9'u SSK'lı işçi; %56,4'ü BAĞ-KUR'lu; %6,4'ü serbest meslek sahibi şeklindedir. Belçika grubunun 113'ü (%21,6) çalışmazken, 359'u (%68,8) çalışan ve 50'si (%9,6) öğrencidir. Zeina vd. (2013)'nin çalışmasında katılımcıların %52,4'ünün resmi bir işi olmadığı belirlenmiştir. Gsir vd. (2015)'nin Belçika çalışma nüfusu içinde yaptıkları işgücü anketine göre, göçmen nüfusun %86,3'ü işçi olarak çalışmaktadır. 18-28 yaş grubundaki 152 (%29,2) katılımcının 50'sinin (%9,6) öğrenci olması, göçmen nüfusta iş hayatına erken katılım olduğunu akla getirmektedir. Belçika'daki Türk gençlerinin yaklaşık %70'i teknik okullara ve meslek okullarına yönlendirilmektedir. Aileler sabit iş bulamayan üniversitelilerin düşük gelir durumlarını örnek vererek, eğitimin gereksiz olduğu kararına varmaktadırlar (Manço, 2002).

Ekonomik durum değişkeni incelendiğinde ise Emirdağ grubunda ekonomik durumu çok kötü ve kötü olanlar toplamda 71 (%13,6) kişi, orta düzeyde olanlar 280 (%53,7) kişi, iyi düzeyde olanlar 150 (%28,8) kişi, çok iyi olanlar ise 20 (%3,8) kişidir. Taylan ve Baydoğan (2015)'in çalışmasında düşük, orta, yüksek gelir şeklinde sınıflandırma yapmış ve %44,6'sı düşük gelir, %40,7'si orta gelir, %14,7'si yüksek gelir şeklinde oransal tespitte bulunmuştur. Soysal ve Kuşçu (2018) kötü, orta ve iyi olarak sınıflandırmaya gitmiştir. Araştırmaları sonucunda katılımcıların %8,3 kötü düzeyde gelir sahibi, %80,3 orta düzeyde gelir ve %11,4 oranında iyi düzeyde gelir sahibi olduklarını tespit etmiştir. Kırılmaz vd. (2017)'nin rakamsal olarak belirlediği aylık gelir miktarları üzerinden yaptığı çalışmada; katılımcıların %49,3'ü 1000-2500 TL arası gelire, %36,3'ü 2501-4000 TL arası gelire, %14,4'ü ise 4001 TL ve üstü aylık gelire sahip olduklarını tespit etmişlerdir.

Belçika grubunda ekonomik durumu çok kötü ve kötü olanlar 32 (%6,1) kişi, orta düzeyde 203 (%38,9) kişi, iyi düzeyde 234 (%44,8) kişi ve çok iyi düzeyde olan 53 (%10,2) kişidir. Belçika ve Emirdağ grubunun ekonomik durumları birbiri arasında incelendiğinde iki grubun ekonomik gelire bağlı refah düzeyi bağlamında kutuplaştığını görmekteyiz. Emirdağ'da gelir

durumu çok kötü ve kötü olanların sayısı, Belçika grubunun iki katından fazladır. Emirdağ'da yaşayan bireylerin %53,7'si orta gelir düzeyine sahiptir. Belçika'ya göç etmiş kişilerin %55'inin geliri ise iyi ve çok iyi durumdadır. Geçmişte birikimlerini Türkiye'ye göndererek değerlendirmeye çalışan Türklerin, artık Avrupa'da yatırım yapıp, orada güçlendikleri anlaşılmaktadır (Kaya, 2015).

Gsir vd. (2015) göçmen kesimin iş gücü piyasası entegrasyon endeksini hesaplamışlardır. Türk göçmenler için bu endeks 0,26'dır. Bu rakamsal değer, işgücü piyasasına Türklerin bir diğer göçmen popülasyon olan Faslılara (0,14) göre daha iyi entegrasyon sağladığını göstermektedir. Araştırmada katılımcılara sahip oldukları sağlık güvencesi sorulmuştur. Buna göre; Emirdağ grubunun 409'unun (%78,5) devlet sigortasına, Belçika grubunun 297'sinin (%56,9) sadece devlet sigortasına, 156'sının (%29,9) hem devlet hem özel sigortaya sahip oldukları tespit edilmiştir. Soysal (2018)'in çalışmasında katılımcıların %80'nin devlet sigortasına, %3'nün özel sigortaya sahip olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir. Taylan ve Baydoğan (2018)'in çalışmasında katılımcıların %2,2'lik kısmının sağlık güvencesinin olmadığı belirtmiştir. Bu durumun, Belçika grubundaki özel sigorta oranının yüksekliğinin, gelir durumunun daha iyi olmasının yanı sıra, ülkede bazı sağlık hizmetlerinin özel sigorta kapsamında karşılanıyor olması sebebiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Belçika vatandaşlarının %78'si tamamlayıcı bir sağlık sigortasına sahiptir (bu orana göçmenler dışındaki Belçikalılar da dahildir). Tamamlayıcı sağlık sigortası; acil olmayan hasta yatışı, bazı dış tedavileri, zorunlu olmayan aşular, gözlük, gözlük camları, ambulansla taşıma ve yurt dışı sağlık sigortalarını kapsamaktadır (Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, 2019). Belçika, tüm yerleşimcileri için uygun kaliteli sağlık bakımını garanti eden çok erişilebilir bir sağlık sigortası sistemine sahiptir. Ayrıca düzenli sağlık sigortası için başvuramayan vatandaşları ve mülteciler için çok etkili bir sosyal güvenlik sistemi bulunmaktadır (Devroey vd., 2013).

Çalışmamızın veri toplama setinin ikinci bölümünü katılımcıların hasta hakları ile ilgili bilgi düzeyleri, varsa bilgi referansları, yasal mevzuat gibi araştırma konusu ile ilgili toplam farkındalıkları belirlenmiştir.

Emirdağ'da yaşayan katılımcıların 204'ü (%39,2) hasta hakları konusunda bilgi sahibi, 157'si (%30,1) bilgi sahibi değil, 160'ı (%30,7) ise kısmen bilgi sahibidir. Ertaş ve Kıracı (2018)'in çalışmasında katılımcılardan %23,3 evet, %19,2 hayır, %57,5 kısmen yanıtını vermişlerdir. Çotur (2013)'un çalışmasında hastaların %25,8'i evet, %16,4'ü hayır, %57,7'si kısmen yanıtını verirken; Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in yaptığı çalışmada aynı soruya %37,5'i evet, %30,9'u hayır, %43'ü kısmen; Ekmen (2018)'in çalışmasında ise %62,8'i evet, %4,1'i hayır, %33,1'i kısmen yanıtını vermişlerdir. Hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma konusunda Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in çalışmasında evet diyenler ile Emirdağ grubunda evet yanıtını verenler arasında oransal olarak benzerlik görülmüştür. Belçika'da yaşayan kişilerin 264'ü (%50,6) ülkemizdeki hasta hakları konusunda bilgi sahibi iken yalnızca 74'ü (%14,6) bilgi sahibi değildir. Kısmen bilgi sahibi olanlar ise 182 (%34,9) kişidir. Devroey vd. (2013)'nin belirli hasta hakları ile ilgili bilgi, algı, sorun ve önem içerikli araştırmasında anketi yanıtlayanların %80'inden fazlası altı başlıkta toplanan hasta haklarına likert tipi ölçekte 4.8 veya daha üstü olarak en yüksek puanı vermişler, neredeyse düşük puan hiç vermemiştir. Likert tipi ölçek ile hasta haklarının kullanımı konusunda tutum ölçülen çalışmamızda en fazla 5 puan verilebilecektir. Her madde için madde puan ortalaması Belçika grubunda 4.48'dir. Bulgularımız Devroey vd. (2013)'nin çalışması ile uyumluluk göstermektedir. Abedi vd. (2017)'nin İran'da yaptığı meta analiz sonuçları şu şekildedir: Farkındalık değerlendirmesi yapılan tüm çalışmalarda, hasta haklarına ilişkin farkındalıkları zayıf, ortalama ve iyi olarak tanımlanmıştır. Altı çalışmada, hasta hakları %58,05 olan hastalara ilişkin farkındalık oranları zayıf, %17,9'u ortalama, %24,01'i iyi olarak değerlendirilmiştir. İyi düzeyde çalışmaların farkındalık oranları yüzde 5,8 ile 76,8 arasında değişmiştir. Bateni vd. (2011)'nin İsfahan'da yaptıkları araştırmada yatan hastaların %50'sinden fazlası haklarının farkında olmadıklarını ve eğitim durumu ile doğrudan ilişkili olduğunu belirtmişleridir



(Farajollah vd., 2014). Souza vd. (2016)'ın Hindistan'daki çalışmalarında hastaların hasta hakları konusundaki genel bilgilerinin ortalama değerini  $4.093 \pm 1.425$  ile ortalama düzeyde olduğu için "iyi" olduğunu belirtmişlerdir. Mastaneh ve Mouseli (2013)'nin, çalışmasında hastaların %30,5'inde toplam farkındalığının zayıf, %59,4'ünde orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaghobian vd. (2014)'nın, çalışmasında hastaların haklarının yeterince farkında olmadıklarını %58,9'unun zayıf, %12'sinin orta ve %29,1'inin iyi bilgiye sahip olduklarını ifade etmişlerdir. Emirdağ'da yaşayanların evet, hayır ve kısmen yanıtları arasında oransal yakınlık dikkat çekerken, Belçika grubunun yarısından fazlası ülkemizdeki hasta hakları konusunda bilgi sahibidirler.

Hasta hakları ile ilgili bilgi kaynaklarının Emirdağ grubunda 106'sının (%20,3) internet olduğu, Belçika grubunda 94'ünün (%18) kişi arkadaşlar/komşular olduğu tespit edilmiştir. Ekmen (2018)'in çalışmasında %35,12'i basın yayın, %50'si çevreden (Ekmen, 2018), Çotur'un (2013) çalışmasında genellikle basın yayın kuruluşları ve çevreden (Çotur, 2013), Ertaş ve Kırac (2018)'in çalışmalarında %23,3'ü basın yayından, %15,8'i çevreden %24,2'si okuldan (Ertaş & Kırac, 2018), Zaybak vd (2012)'in çalışmasında %56,5'inin sağlık çalışanından (Zaybak vd., 2012), Zeina vd. (2013)'nin çalışmasında %89,4'nün medyadan öğrendiği tespit edilmiştir (Zeina vd., 2013). "Belçika'daki hasta hakları konusunda bilgi sahibi misiniz?" sorusu sadece Belçika grubuna sorulmuş; 264 (%50,6) kişi evet yanıtını vermiş, 141'inin (%27) bilgi aldıkları kaynağın arkadaşlar/komşular olduğu belirlenmiştir.

Belçika grubunun hasta hakları konusundaki farkındalıklarının yaşadıkları her iki ülke için eşit düzeyde ve farkındalıklarının Emirdağ'da yaşayan kişilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hasta hakları ile ilgili ülkemizde 1998 yılında yayımlanan ve 2003 yılındaki yönerge ile yürürlüğe giren ve en son 2014 ve 2019'da bazı maddeleri güncellenen yönetmeliği Emirdağ grubunun 255'i (48,9) duymuş, 98'i (%18,8) okumuş olduğunu belirtirken; Belçika grubunun 143'ü (%27,4) duymuş, sadece 42'si (%8) okumuş olduğunu belirtmiştir. Ertaş ve Kırac (2018)'in çalışmasında katılımcıların

26'sının (%21,7) yönetmelikten haberdar olduğunu, 12'sinin (%10) okuduğunu beyan ettiği görülmüştür. Öztaş ve İyigün (2016)'ün çalışmasında hastaların %22'si hasta hakları ile ilgili bir belge okuduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular ile Belçika grubunun bulguları uyuşmaktadır.

Ülkemizde hastaların haklarını savunabildiğini düşünenler Emirdağ grubunda 148 (%28,4) kişi, kısmen savunabildiğini ifade edenler 242 (%46,4) kişidir. Aynı gruptaki katılımcıların 148'i (%28,4) hastaların haklarını alabildiğini, 120'si (%25,1) alamadığını düşünmektedir. Belçika grubunun 225'i (%43,1) hastaların haklarını Türkiye'de savunamadığını, 213'ü (%40,8) haklarını alamadığını belirtmişlerdir. Kagoya vd. (2013)'nın, Uganda'da bir hastanede yürüttükleri araştırmada hastaların %36,5'nin sağlık hizmeti alırken, hakları ile ilgili zorlukla karşılaştıklarını tespit etmişlerdir. Emirdağ grubundaki katılımcıların 235'i (45,1) ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında hasta hakları birimi olduğunu bilmekte olduğu, Belçika grubunun 386'sının (%73,9) Hasta Hakları Birimi olmadığını belirttiği görülmüştür. Belçika'da hastaların şikâyetle bulunacağı birim ombudsmanlık olarak hizmet vermektedir. Ombudsman, bağımsız olarak çalışmaktadır. Sağlık pratisyeni ile hasta arasında iletişimi sağlama ve sorunu çözmeyi amaçlayan bir tür arabuluculuk hizmetini yürütmektedir (Le Texier vd., 2006). Türkiye'de Hasta Hakları Birimi olmadığını düşünenlerin çoğunlukta olması, Belçika'daki uygulama şeklinin farklılığından kaynaklanabileceğini akla getirmektedir.

En çok tercih edilen sağlık kuruluşu olarak Emirdağ grubunda 297 (%57) kişi ile devlet hastanesi olduğu görülürken, Belçika grubunda 212 (%40,6) kişi ile aile hekimliğidir. Üniversite hastanelerinin tercihinde her iki grupta da yakın istatistiksel sonuçlar olduğu gözlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin pratisyen hekimlerce verilmesi ve sevk zincirinin teşvik edilmesi amacıyla 1999 yılında "Global Tıbbi Dosya" (GMD-Global Medical Dossier) uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulama ile hastanın tıbbi kayıtları seçeceği pratisyen hekim tarafından tutulmakta ve yönetilmektedir. GMD sistemine kaydolmuş hastalar uzman hekime pratisyen hekim tarafından sevk edilmektedir. Bu sistemdeki hastalar için pratisyen hekim muayenesinde ödenen katılım payı %30 daha düşüktür. İkinci basamak tedaviye pratisyen

hekim tarafından yönlendirilen hastalar için ödenecek katılım payında indirim yapılmaktadır (Schokkaert & Voorde, 2005). Bu uygulama Belçika grubunda aile hekimliğine başvuranların daha fazla olmasını açıklamaktadır.

Emirdağ grubundaki katılımcıların 177'si (%34) hasta olarak haklarının ihlal edildiğini, 344'ü (%66) ihlal edilmediğini belirtmişlerdir. Belçika grubunun 385'i (%73,8) haklarının ihlal edilmediğini belirttiği görülmüştür. Bu soru her iki ülkede yaşam sürdürdükleri için iki ülke ortak sorulduğundan, "ihlal edilmedi" yanıtının oranının Emirdağ grubuna kıyasla daha fazla olmasının, kişilerle yüz yüze yapılan görüşmelerde katılımcıların beyanı çerçevesinde Belçika'daki sağlık hizmeti sunumundan insana saygı ve insan haklarına saygı bağlamında dile getirdikleri memnuniyetleri olduğu düşünülmektedir. "Hakkınız ihlal edildiğinde ne yaptınız?" sorusuna her iki grubun da %10'un altında hasta hakları birimine şikâyet ettim veya hiçbir şey yapmadım dediği, %5'in altında şikâyet hattını kullandıkları görülmüştür. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezinin (SABİM, 2007) son yayımladığı faaliyet raporunda şikâyet amaçlı başvuruların %2 olduğu görülmektedir.

Sözel uyarıda bulunan kişi oranı Belçika grubunda %14,8, Emirdağ grubunda %12,1 ile en yüksek ve benzer oranları teşkil etmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 42. maddesi uyarınca hasta haklarının ihlali halinde hem hastanın hem de hasta ile ilgili olanların her türlü şikâyet, müracaat ve dava hakları saklıdır. Hastalar ilgili sağlık görevlisi hakkında kamu veya özel fark etmeksizin sağlık kuruluşlarının hasta hakları birimine şikâyette bulunma hakkına sahiptir (HHY md. 42). Kendilerine yasal olarak tanınan bu şikâyet hakkını kullanmak yerine, her iki gruptaki katılımcıların karşılaştıkları problemde çözüm olarak, nispeten sözel uyarıyı tercih ettikleri görülmektedir. C. Morgan (1999) problemi bireyin hedefe ulaşması esnasında engelleme ile karşılaştığı bir çatışma durumu olarak tanımlamıştır (Sabahattin & Tümkaya, 2006). Bu çatışma durumu tüm etnik ve kültürel gruplardaki ilişki formlarını da etkileyen bir olgudur. Kültür, içerisinde milli karakter ve ulusal moral kavramlarını da barındırır. Ulusal karakter, ulusların kendine özgü karakteristik ve entelektüel niteliklerinden oluşur

(Asunakutlu & Safran, 2004). Türk misafirperverliği ve Alman disiplini ulusal karaktere örnek olarak verilebilir.

Kültür, sosyalleşme kanalıyla da aktarılan ve bütünleştirilmiş davranış örüntüleridir (Luthans'tan aktaran Kırıl, 2018). Sosyalleşmenin başladığı yer olan aileden alınan moral kavramlardan saygı, minnet ve hürmet gibi erdemler Türk kültürünün yerleşik kodlarından. Özellikle de canını emanet ettiği için kutsal saydığı meslek mensuplarına karşı hürmet ve minnet duyma gerekçesi ile şikâyet etmek ayıp veya yanlış olarak algılanabilmektedir. Ayrıca hekimin teskin ve teselli etme, sır saklama, güven verme ve mahremiyete saygı gibi paternalist diyebileceğimiz sorumlulukları olması, toplumumuzda hekimlere ayrıcalık atfedilmesinin diğer insani sebeplerden sayılabilir.

Katılımcıların kendilerinde ve yakınlarında sürekli sağlık hizmeti almak zorunda oldukları bir hastalıkları olup olmadığı sorulduğunda, iki grup arasındaki istatistiksel sonuçların tutarlılığı dikkat çekici niteliktedir. Emirdağ grubunda evet yanıtını verenler 115 (%22,1) kişi, Belçika grubunda 112 (%21,5) kişidir. İlk grubun 14'ünün (%2,7), ikinci grubun 12'sinin (%2,3) psikolojik bir rahatsızlığı vardır. Yakınlarında hastalığı olanların 164'ü (%31,5) Emirdağ grubundan, 166'sı (%31,8) Belçika grubundandır. İlk grup için 87 (%16,7), ikinci grup için 88 (%16,9) kişi ile en fazla oran anne-baba seçeneğindedir. Emirdağ grubunda yakınlarında engellilik 16 (%3,1), kanser 16 (%3,1), Belçika grubunda ise engellilik 17 (%3,3), kanser 19 (%3,6) kişi şeklindedir. Bulguların iki farklı ülkede yaşam süren bireylerde bu denli benzerlik göstermesi genetik mirasın yanı sıra sosyal sermayenin hastalık ve sağlıkla ilişkisini düşündürmektedir.

Sosyal sermaye aralarında işbirliği olan bir grubun üyeleri arasındaki ortak değer temelli ilişkiler, üyeleri tarafından benimsenmiş değer ve sosyal normlar anlamına gelmektedir. Sosyal sermaye kültürel mirası, toplumsal davranış ve kuralları üretici bir rol üstlenmektedir (OECD, 2001). Kişilerin sahip oldukları sosyal sermaye onların yaşam biçimlerini etkilemektedir. İnsanlar içinde yaşadığı toplumdaki ya da gruptan etkilenerek yaşamlarına yön verebilmektedirler. Toplumsal aktörlerin içinde yaşadıkları gruptan ya da toplumdan etkilenmeleri onların sağlıklarını pozitif ya da negatif yönde

etkileyebilmektedir (Eryiğit Günler, 2014). Devlet hastaneleri ile özel hastaneler arasında hastaya gösterilen özen bağlamında fark olduğunu düşünenlerin sayısı Emirdağ grubunda 400 (%76,8) kişi ile ciddi oranda görüş ayrılığının olduğu parametredir. Belçika grubu için bu sayı 121 (%23,2)'dir. Belçika'da kamu ve özel hastaneler yerel yönetimlere bağlıdır. Kiliseler ve yardım kuruluşları tarafından finanse edilir. Bu finansman kamu hastanelerinde %75 özel hastanelerde %60 oranındadır. Finansal mekanizma olarak aynı olan özel sektör hastanelerinin büyük çoğunluğu kâr amacı taşımadan hizmet vermektedir (Sargutan, 2006). Ülkemizde 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile hem Dünya Sağlık Örgütü'nün "21'inci Yüzyılda Herkes için Sağlık" politikası hem de Avrupa Birliği'nin "Erişimsel Ortaklık" dokümanı ile uyumlu olması hedeflenmiş ve Dünya Bankası'nın önerileri doğrultusunda sağlık politikaları izlenmiştir. Bu doğrultuda GSS hayata geçirilmiş ve bütün sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmıştır. Kurulan yeni SGK, piyasanın tek sağlık hizmeti satın alıcısı haline gelmiş ve kamu ve özel hizmet sunucular ile sözleşme yapılabilmektedir (Günaydın, 2011). Bu uygulama ile özel hastanelere sosyal güvenlik kurumu ödeme güvencesi ile hizmet alabilme serbestliği gelmiştir. Kamu kurumlarındaki hasta yoğunluğu, hekim başına düşen hasta oranı, muayene sürelerinin kısıtlılığı bilinen bir gerçektir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile özel hastaneler daha ulaşılabilir hale gelmiş dolayısıyla özel sektörde sağlık sigortası güvencesi altında gerekli ilgi ve beklenen hizmetin alınabileceği fikri pekişmiştir.

Araştırmamız çerçevesinde, sadece Belçika grubuna özel sorular sorulmuştur. Bulgular sonucunda katılımcıların 306'sı (%59) Belçika doğumludur. Gelekçi (2011) çalışmasında Türkiye doğumlu olanların oranını %62,4 olarak tespit etmiş, bu grubu teşkil edenlerin; işçi olarak gidenler, aile birlikteliği amacıyla, turist olarak ya da eğitim maksadı ile gidenler olduğunu belirtmiştir. Hedef ülke Belçika yönetimi göç alma ölçütlerinde 2011 ve 2016 yıllarında kısıtlayıcı değişiklikler yapmıştır.

Bu bağlamda Belçika Federal Göç Merkezi 2017 yılı Haziran ayında "Aile Birleşimi Hakkı" başlıklı bir rapor yayımlamıştır. Bu rapora göre getirilen yaş

ve sosyal uyum ödeneği kısıtlamalarıyla 2011 yılında aile birleşimi için verilen vize sayısı 1265 iken, 2016 yılında 461 vize verilerek %63,5 gibi ciddi bir düşüş göstermiştir. Bu tür kısıtlayıcı uygulamalar, evlilik yoluyla göçün ilerleyen yıllarda giderek azalacağı beklentisini oluşturmaktadır. Evlenme yoluyla Belçika'ya göçün giderek azalması, Türkiye doğumlu olanların nüfus içindeki oranını yıllar içinde azaltmaktadır (Gelekçi, 2011). Çalışmamızın bulguları Gelekçi'nin öngörüsünü doğrulamaktadır.

Buna karşın anne babalarının doğduğu ülke Türkiye olan kişi sayısı 469 (%89,8)'dur. Türk vatandaşlığına sahip katılımcı sayısı ise 109'dur. (%20,9) Geriye kalan %80'e yakını çifte vatandaş veya sadece Belçika vatandaşıdır. T.C. Brüksel Büyükelçiliği resmi kayıtlarına (2020) göre bu rakam %22'dir. Bu sonuç araştırmamızın bulguları ile uyumluluk göstermektedir. Kaya ve Kentel (2007) 400 kişilik örneklem aracılığıyla Belçika'da yaşayan Türklerin demografik bilgilerini toplamıştır. Bu çalışmaya göre bu grubun %75'ine Belçika vatandaşlığı verildiği belirlenmiştir. Gelekçi (2011), çalışmasında %73,7'lik bir oran tespit etmiştir. Her iki çalışmanın bizim bulgularımızla paralellik göstermekte olduğu ve yıllar içinde Belçika vatandaşlığı alan göçmen sayısının arttığı belirlenmiştir. Vatandaşlık, bireyin devletle olan tüm ilişkilerini tanımlayan, medeni, siyasi, eğitim, sağlık, kültürel hak ve sorumluluklarını belirleyen kurumdur. AB üye tüm ülkelerde olduğu gibi Belçika'da da yaşayan göçmenler, hedef ülkenin vatandaşı olmasa bile siyasi haklar dışında tüm haklara söz konusu ülke vatandaşları ile aynı haklara sahiptirler (Kaya, 2015). Nitekim Belçika'da 1990'lı yılların ardından ilgili kanunda yapılan değişikliklerle, yabancı uyruklu ülke sakinlerinin vatandaşlığa kabul edilmesi, çifte vatandaşlığa izin verilmesi yönünde olumlu adımlar atılmıştır (Gelekçi, 2015).

Buldukları ülkenin dil seviyesini iyi derecede bilenler 121 (%23,2), çok iyi derecede bilenler 193 (%37) kişidir. Keyngnaert (2014)'in çalışmasında Flamancayı iyiden çok iyiye kadar bilenlerin oranı %40'tır. Bu oranlar Belçika doğumlu olan her göçmenin doğduğu ülkenin diline çok iyi derecede hâkim olmadığını göstermektedir. Emirdağ kökenli gurbetçilerin ağırlıkta bulunduğu bölgelerde, anadil olarak Türkçe'nin korunması, Türklerin oluşturduğu

örgütsel yapılanmalar, aile şirketleri, sosyal buluşma mekanları olan ibadethaneler yoluyla genel manada getto yaşamı denebilecek kendilerine dönük bir hayat kurmuşlardır (Yaylacı, 2012).

Katılımcıların 253'ü (%48,5) başkent Brüksel bölgesinde, 229'u (%43,9) şehirde yaşamaktadır. Mevcut anayasaya göre üç bölgeden oluşan Belçika'da Türkler her üç bölgede, bir kısmı şehir ve kasabalarda dağınık, bir kısmı da küçük topluluklar halinde yaşamaktadır (Gelekçi, 2015). Flamanca konuşulan bölge Flaman bölgesi, Fransızca konuşulan bölge Wallon bölgesidir. Brüksel Bölgesi ise hem Flamanca hem de Fransızca konuşulan resmi olarak iki dilli bir bölgedir (Sarıkaya, 2014). Devroey (2015)'in Belçika'daki çalışmasında katılımcıların %44'ü kentsel, %35'i kırsal, %21'i yarı kırsal bölgede yaşadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımızla uyumludur. Dışişleri Bakanlığı'nın verilerine göre Brüksel Bölgesi nüfusu 1.147,043'tür. Bu rakam ülke toplam nüfusunun (11.156,913) yaklaşık %10'una denk gelmektedir. Yine Ekonomi Bakanlığı'nın 2012 yılı verilerine göre Brüksel Kapital Bölgesi'nin toplam nüfus içindeki oranı %10,5'tir. Belçika'da yaşayan yaklaşık 200.000'in üzerindeki göçmenden, Afyon ve Eskişehir'den göç etmiş olanların çoğu Brüksel ve Gent'te yaşamaktadır (Gelekçi, 2014).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda tercüme hizmeti aldığını belirtenler %78,2'lik oran ile 408 kişidir. Keyngnaert (2014), Flaman bölgesinde kurumların Türkçe tercüman talebi konusunda bir çalışma yapmıştır. On dört hastane, beş çocuk ve aile bürosunun yer aldığı çalışmada, bir yılda talep edilen toplam tercümanlık hizmetinin yıllık bazda Türkçe tercümanı için yapılan talep ortalaması şu şekildedir: Türklerin yoğun olarak bulunduğu Başkent Brüksel bölgesinde yıllık ortalama 1460 talep ile toplam talebin %13,3'ünü, Gent şehrinde 449 talep ile %37,7'sini ve Türk nüfusun daha az bulunduğu Limburg şehrindeki bir hastanede yıllık 3650 tercüman talebi ile toplam talebin %50'sini Türkçe tercüman talebi oluşturmaktadır (Keyngnaert, 2014). Bulgularımız, çalışma sonucu ve veri toplama esnasında yüz yüze yapılan görüşmeler değerlendirildiğinde; Türklerin yoğun olduğu bölgelerde tercümanlık talebinin az olmasının sebebinin, sağlık kuruluşlarında çalışan

Türk hemşire, doktor, sekreterlerin mutlaka bulunduğu ve kurumların tercümanlık hizmetini kendi bünyesinden karşıladığı düşünülmektedir.

Kaç yıldır Belçika'da yaşıyorsunuz sorusuna; 146 kişi (%28) 11-20 yıl, 140 kişi ise (%26,8) 21-30 yıl yanıtını vermiştir. Gelekçi (2011)'nin çalışmasında 21-30 yıldan bu yana Belçika'da yaşayanlar %16,3'lük, 11-20 yıldır ikamet edenler ise %22,3'lük bir popülasyonu oluşturmaktadır. Araştırma sonuçlarımıza göre %59'luk bir popülasyon Belçika doğumludur. Büyük oranda belirtilen yıllarda (11-30 yıl) ikamet eden grubu Belçika doğumlu olanların oluşturduğu görülmektedir.

Ölçekten alınabilecek en düşük değer 29, en yüksek değer 145'tir. Ölçeğin toplam puanı hasta haklarını kullanma tutumunu vermektedir. Kişilerin ölçekten aldığı toplam puan yükseldikçe, hasta haklarını kullanma tutumunun arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Erzincanlı ve Zaybak (2015)'in aynı ölçüm aracıyla yaptığı çalışmasında toplam ölçek puan ortalaması 125,91±16,24, Çelik (2014)'in çalışmasında ölçek toplam puan ortalamaları 118,07 ±14,55, Sosyal (2018)'in çalışmasında ölçek toplam puan ortalamaları 115±18,59 olarak bulunmuştur. Araştırma bulgularımızda ise ölçek toplam puan ortalaması Emirdağ grubunda 126,09±15,21, Belçika grubunda ise 129,78±13,356 olarak gerçekleşmiştir. Bu değerler hastaların haklarını kullanma tutumlarının yüksek düzeyde olduğu ve hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmanın hasta haklarını kullanma tutumunu olumlu yönde etkilediği anlamına gelmektedir. Aynı ölçüm aracıyla yapılan çalışma sonuçları ile de uyumlu olarak değerlendirilmiştir (Erzincanlı & Zaybak 2015; Çelik, 2014; Soysal, 2018).

Ölçek puan ortalamaları ile ilgili olarak, her bir faktörden bulunan madde sayısı eşit olmadığından hastaların, hasta hakları kullanma konusunda tutumlarının hangi boyutta daha iyi olduğu belirlemek için her bir faktörün madde puan ortalamaları incelenmiştir.

Hasta Hakları Tutum Ölçeği madde puan ortalamaları incelendiğinde Emirdağ grubu ve Belçika grubunun "Sağlık personellerinin bana tıbbi olarak özen göstermelerini isterim" ifadesine vermiş oldukları yanıt sırasıyla 4,69±,716 ve 4,76±,610 puan ortalamasıyla en yüksek değeri alırken; Emirdağ



grubunda “Bakım ve tedavim için istediğim doktoru ve hemşireyi seçerim ve istediğimde değiştiririm” ifadesi; Belçika grubunda ise “Acil durumlarda öncelik sırasının bende olması gerektiğini ifade ederim” ifadesi en düşük puan ortalamasını almıştır.

### ***Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği’ndeki Faktörlerin Katılımcıların Demografik Özellikleriyle Tartışılması***

Literatür araştırmasında; HHKTÖ kullanarak faktörlerin demografik verilerle korelasyonunu analiz eden tek bir çalışma tespit edilmiştir (Soysal ve Mahanoğlu, 2018). Bu çalışmada yaş, meslek, eğitim durumu ve doktora geliş sıklığı değişkenlerinin faktörlerle ilişkisinin incelendiği görülmüştür. Bu nedenle, benzer araştırma sonuçlarını sunarken, diğer çalışmalarda frekans analizi ile verilen sonuçlar kullanılacaktır.

#### ***Bilgili ve Saygılı Hizmet Alma Hakkı***

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Hasta Haklarını Kullanma Tutum Ölçeği’nde “Bilgili ve saygılı hizmet alma” hakkı başlığı sekiz ifadeyi kapsamaktadır. Bu faktördeki ifadeler sırasıyla şöyledir:

1. Her zaman, her şartta kişilik itibarı korunarak ve saygı görerek tedavi hizmeti alırım.
2. Ahlaki ve kültürel değerlerime, dinsel ve felsefi inançlarıma saygılı hizmet alırım.
3. Sağlık personelinde anlayabileceğim şekilde bilgi alırım.
4. Sağlık durumum ile ilgili bilgiyi alırım.
5. Hastanede kaldığım süre içinde hastalığım hakkında bilgi alırım.
6. Yapılacak tedavi hakkında hemşire ve doktorlardan yeterli bilgi ve açıklama alırım.
7. Sağlık durumum hakkında anlayabileceğim şekilde bilgi isterim.
8. Tedavi süresince mahremiyetimin korunması yönünde gereken özenli yaklaşımı alırım.

Hastalık sebebiyle hasta ve hekim arasında kurulan ilişkide, etikten beslenen yasal düzenlemelerle taraflara birtakım yükümlülükler yüklenmektedir (Mutlu, 2018). Hekimin tedavide özen ve saygı göstermesi yükümlülüğü, 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 2. maddesine

göre oldukça açık ve kapsamlı şekilde belirtilmiştir: “Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve diş tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.” Sağlık hizmeti alırken, hekimlerin bu temel sorumluluğu kapsamında müspet tutum gösterenlerin Emirdağ’da kadın ve bekâr katılımcılar olduğu tespit edilmiştir.

Kendilerine emanet edilenin “yaşam” olması sebebiyle, sağlık profesyonellerinin görevlerini değerler ekseninde yapmaları daha fazla beklenmektedir. Bu değerler, meslek etik ilkeleri adı altında normlaştırılmıştır. Bu ilkelere, adalet ilkesi temel etik ilkelerin başında gelmektedir. Adalet, B. Spinoza (1632-1677)’nın deyimiyile “Herkes hak ettiğini vermek yönünde değişmez bir tutumdur” (Sponville, 2012). İnsana insanca, insan onurunu gözeterek ve en önemlisi ayırım yapmadan davranmak anlamına bakmamız yeterlidir. Birçok göçmen bulundurması sebebiyle, Belçika heterojen yapıda bir nüfusa sahiptir. Bu noktada potansiyel sorunların başında göçmenlerin karşı karşıya kaldıkları veya kalabilecekleri etnisite temelli problemler oluşabilmektedir. Bu sebeple insana insan olması gerekçesinden hareket ederek, herhangi bir özellik sebebiyle üstünlük atfetmeden davranmak; göçmen vatandaşlarda ayrı bir önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti alırken dil, din, ırk ve inanç ayırımı yapılmadan adalet ve hakkaniyet temelli yaklaşım alma beklentisi olan “bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” yönünde olumlu tutum sergileyenlerin; Brüksel bölgesinde yaşayanlar olduğu görülmüştür. Yine Belçika grubunda devlet sağlık güvencesine sahip olanların hem devlet hem özel sigorta kapsamında olanlara oranla daha duyarlı oldukları belirlenmiştir. Mısır’da yapılan benzer çalışmada hastaların neredeyse tamamı sağlık personelinin tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirmediğini belirtmişlerdir (Eman vd., 2017).

Belçika’da arabuluculuk anlayışıyla hizmet veren ve hastane çalışanının görev alamadığı Hasta Hakları Birimleri bulunmaktadır. Bu yönüyle ülkemizdeki işleyişten farklı bir uygulama olduğunu görmekteyiz.

Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında; hasta ve yakınlarının karşılaştıkları problemler sebebiyle, başvurabilecekleri hasta hakları birimleri 2005 tarihli yönerge ile kurulmuştur. Bu birimden haberdar olan her iki gruptaki katılımcılarda, “bilgili ve saygılı hizmet alma” konusunda hassasiyet arasında ilişki bulunmuştur.

Hasta ve yakınlarının hastaneye başvurduğu bilgisi dahil olmak üzere, gizli tutulması hastanın menfaatine olan her şey, sağlık görevlilerinin sır saklama yükümlülüğü kapsamına girmektedir (Dülger, 2015). Mahremiyetin korunması ve kişisel verilerin gizliliği insan onuruyla doğrudan ilişkili olduğundan, ilgili haklar hem ulusal hem de uluslararası birçok mevzuatla garanti altına alınmıştır.

“Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nin 7. maddesinde yer alan “Poliklinik muayenelerinde gizlilik prensiplerine riayet esastır. Burada, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilir. Hastalar teker teker muayene edilir. Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimsenin bulunmaması gerekir. Ancak hasta isterse ailesinden biri veya bir yakını bulunabilir” hükmü de hastaların muayene esnasında beden mahremiyetinin önemini açıkça belirtmiştir. Aktan vd. (2019)’nın hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada; “mahremiyet hangi alanla ilgili olmalıdır” sorusuna %100’lük bir oranla “bedenle ilgilidir” yanıtı verilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hastalar; mahremiyete gösterilen özendenden memnun olduklarını fakat sağlık personellerinin kişisel verilerin gizliliğini sağlayıp sağlamadığından yeterince emin olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Emirdağ grubunda “ülkemizde hastalar haklarını savunabilir ve alabilir”, Belçika grubunda “Türkiye’de hastalar haklarını savunabilir ancak alamaz”, “Belçika’da hastalar haklarını savunabilir, hasta hakları konusunda bilgi sahibiyim” diyenlerin mahremiyetimin korunması yönünde özenli yaklaşımı alırım” ifadesinin de bulunduğu “bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” bağlamında pozitif tutum geliştirdikleri görülmüştür. Belçika’da tıp uzmanları üzerinde yapılan bir çalışmada; tıp uzmanlarının hastalarla iletişimde sorunlar yaşadıkları bulunmuştur. Bu durumun hastaları doğru ve yeterli bir

şekilde bilgilendirme üzerinde de etkilerinin olması kaçınılmaz görünmektedir. Yabancı hastalar, psikolojik bozukluğu olan hastalar veya sınırlı eğitimi olan hastalar gibi belirli hedef grupları için önemli bir sorundur. Bu sonuç hasta merkezli iletişim becerilerinin öğretilmesinde azınlığa duyarlı bir yaklaşıma duyulan ihtiyacı doğrulamaktadır (Schoonacker vd, 2008). Bilişim teknolojilerinin kullanımıyla kişisel verilerin dijital ortama işlenmesi, mahremiyet hakkını daha kolay ihlal edilebilir hale getirmiştir. Yasa ile belirtilen haller dışında, mahremiyetin ve kişisel verilerin gizliliğinin hukuka aykırı ihlali doğrudan suç teşkil etmektedir (Bkz; TCK m. 135-136). Emirdağ grubunda “hakkım ihlal edilmedi” diyenler yani hak ihlaline uğramayan ve ekonomik durumu iyi olan katılımcıların hastalığı ve sağlık durumuyla ilgili doğru, yeterli, açık, anlaşılır bilgiyi alma, mahremiyetin korunması yönünde, eşitlik ve saygı ekseninde sağlık hizmeti alma eğiliminde oldukları görülmüştür.

Hastanelerde hasta mahremiyetine gösterilen özenin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesi konusunda Akten (2017)'nin yaptığı çalışmada, mahremiyet ve kişisel değerlere saygı algısının yaş, eğitim durumu, meslek, gelir gurubu açısından farkını anlamlı olarak bulmuştur. Hatay ilinde birinci basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan benzer çalışmada “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı” ile yaş, cinsiyet, meslek ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamıştır (Soysal, 2018). Bu yönüyle çalışmamızla yakın sonuçlara ulaşılmıştır.

#### *Personeli Seçme, Değiştirme ve Kayıtları İnceleme Hakkı*

İlgili faktör aşağıdaki yedi ifadeyi içerir:

- 19.Hastalığım ile ilgili verilecek kararları doktorumla beraber alırım.
- 20.Bakım ve tedavim ile ilgili istediğim doktoru ve hemşireyi seçerim ve istediğimde değiştiririm.
- 21.Tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti alırım.
- 22.Acil durumlarda öncelik sırasının bende olması gerektiğini ifade ederim.
- 23.Benimle ilgili kayıtları incelerim.
- 24.Kayıtlarımın düzeltilmesi hakkını kullanırım.

25.Sağlık ödemesi yaparken, hesap hakkındaki sorularıma yeterli yanıt alıncaya kadar sorarım.

Özerklik kısaca; bireylerin kendi hayatlarını bağımsızca yönetmeleri anlamına gelmektedir. Özerk birey ise kendi kendini amaçlı, bilinçli ve baskı altında kalmadan yönetebilen, özerk eylemlerinde kendi ilkelerini göz önünde bulundurabilen birey olarak tanımlanmaktadır (Ersoy & Aydın, 1994). Özerk birey sağlık hizmeti alırken tedavi yönteminden, alacağı ilacın formuna, hizmet sunucularının seçimine kadar tüm kararlara iştirak eder. Belçika grubunda kadın ve “Belçika’daki hasta hakları konusunda bilgi sahibiyim, Belçika’da hastalar haklarını savunur, Belçika’da hasta hakları birimi vardır. Türkiye’de hastalar haklarını savunur fakat alamaz” ifadelerini kullanan katılımcıların “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı” yönünde özerk tutum geliştirdikleri söylenebilir. Yunanistan’da 600 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların neredeyse yarısına yakını, karar verme ile ilgili hekimler lehine bu haklarından feragat etmişlerdir (Merakou, Dalla-Vorgia, Garanis-Papadatos, & Kourea-Kremastinou, 2001).

Sağlık kuruluşlarına başvuran herkesin tıbbi özgeçmişleri kayıt altına alınır. Kişiler sağlık durumu ile ilgili belgeleri görebilir, bir nüshasını isteyebilir, hata varsa itiraz edebilir, düzeltilmesini talep edebilir. (Bkz: HHY m.16-17) Belçika grubunda “kendi dilimde tercüme hizmeti alırım” yanıtını verenlerle “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı” arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Keyngnaert (2014)’in yaptığı çalışmada Limburg ilindeki bir hastanenin aldığı toplam tercümanlık hizmetinin yarısını Türkçe dilinde talep ettiği görülmüştür. Hedef dilde yetersiz olan Türk vatandaşları kendisi ile ilgili kayıtları görse bile anlayamayacağından, hekimi ve sağlık ekibiyle tüm süreçlerde ortak karar yürütebilmesi adına iletişim engeline takılacaktır. Kaynak dilde tercüme hizmeti alıyor olanlarda karar verme, seçme, değiştirme, sağlık verilerini inceleme, varsa hatalara itiraz etme bağlamında olumlu ve hasta hakları çerçevesinde özerk bireyden istendik tutum geliştiği görülmüştür. Litvanya’da sağlık çalışanları ve hastalar üzerinde yapılan benzer bir çalışmada; hekim ve hemşirelerin tamamının, hastaların ise yarısından daha azının personeli istedikleri bir sağlık

kuruluşunu seçebildikleri görüşünü paylaşmışlardır (Ducinskiene, Vladickiene, Kalediene, & Haapala, 2007).

Sağlıkta eşitlik, bütün insanların eşit sağlık durumunda olması değil, bir ülkenin yurttaşlarına sağlık hizmetlerine eşit erişme imkânı sağlamış olmasıdır (Çobanoğlu, 2009). Tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti almak, en basit örnekle; herkese aynı muayene süresinin verilmesi demek değildir. Adalet ve hakkaniyet ilkesine koşut, yani pozitif dahi olsa (sağlık personeline öncelik gibi) ayrımcılığın yapılmadığı, nepotizmin (adam kayırmacılık) her türünün reddedildiği bir hizmet almaktır. Belçika grubunda hakkının hiç ihlal edilmediğini beyan edenlerde “Tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti alırım” ifadesinin de bulunduğu “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı” doğrultusunda müspet tutum geliştirdikleri tespit edilmiştir. Adalet ilkesi ekseninde sağlık bakım hizmeti sunmanın hak ihlalinin yolunu zaten kapatacağı düşünülmektedir.

Ülkemizdeki sağlık sistemi, 2003 yılından bu yana “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı verilen ve temel amacı sağlık hizmetleri örgütlenmesinde, etkili hizmet, verimli maliyet ve hakkaniyetin sağlanması olarak ifade edilen bir dizi değişim sürecine girmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2003). Bu programla birlikte özel hastanelerdeki hizmet bedelinin sosyal güvence kapsamına girmesiyle bu hastanelerin ulaşılabilirliği artmıştır. Emirdağ grubunda “Kamu hastaneleri ile özel hastane arasında hasta hakları bağlamında fark vardır” diyenlerin “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı” konusunda tutum geliştirerek bu haklarının farkında oldukları anlaşılmaktadır. İran’da yapılan bir çalışmada eğitim ve araştırma hastanelerindeki hekim ve hemşirelerin bu hakka daha az önem verdiklerini, özel hastanede görevli meslektaşlarının ise ilgili hakka en fazla önem verdiklerini ortaya koymuşlardır (Parsapoor, Mohammad, Malek Afzali, Ala'eddini, & Larijani, 2012). Katılımcıların iki sağlık kuruluşu arasında fark olduğunu ifade etmeleri; bu haklarını özel hastanelerde daha efektif, kamu kurumlarında daha kısıtlı bir şekilde kullandıkları düşünülmektedir “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın sağlık sistemi üzerine etkilerini, özel bir hastanede araştırıldığı bir çalışmada elde edilen bulgulara göre; bu proje ile birlikte, katılımcıların tamamına yakını,

hastaların istedikleri hekimi seçebilme hizmetini alabildiklerini ifade etmişlerdir (Yılmaz vd., 2016). Özel hastanede yapılan bu çalışma sonuçları ile Emirdağ grubundaki katılımcıların ifadeleri birbiri ile uyum göstermektedir.

*Ziyaretçi, Refakatçi, Güvenlik ve Reddetme Hakkı*

İlgili faktör aşağıdaki dört ifadeyi içerir;

26.Hastanede olduğum sürece sağlık personelinden güvenliğimin sağlanmasını isterim.

27.Hastanede ziyaretçi kabul ederim.

28.Hastanede bulunduğum süre içinde, istediğim takdirde, refakatçi bulundururum.

29.Hasta haklarına saygı gösterilmediğini düşündüğümde şikâyet ederim.

Güvenlik ihtiyacı, insanların dış faktörlerden kaynaklanabilecek tehlikelerden korunma isteğidir. Maslow (1954)'un ihtiyaçlar piramidinde ilk sırada yer alan temel fizyolojik ve biyolojik ihtiyaçların hemen ardından ikinci basamakta güvenlik ihtiyacı yer alır (Bilgin, 2011, s. 199). Hastaların da ayaktan veya yatarak tanı ve tedavi süreçlerinde güvenlik ihtiyaçlarının karşılanması gerekir. Hastanede buldukları süre içinde karşı karşıya gelebilecekleri, ıslak zemin sebebiyle kayma, yataktan düşme dahil her türlü risk bertaraf edilmelidir. Emirdağ grubunda kadın katılımcıların “Ziyaretçi refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı” yönünde tutum geliştirdikleri görülmüştür. Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada, kadın katılımcıların bu hakka yönelik puan ortalamalarının yüksek olduğu görülerek eş sonuca ulaşılmıştır (Zaybak vd., 2012). Bir diğer çalışmada katılımcıların dörtte üçü, can ve mal güvenliklerinin korunması yönünde hastane yönetiminin tedbir alması gerektiğini ifade etmişlerdir (Ertaş & Kıraç, 2018).

Hastaların sahip olduğu kültürel motifler, bazı haklarını kullanma yönünde daha duyarlı olmaları için zemin hazırlayabilmektedir. Hasta ziyareti, eşe veya ana babaya hastanede refakat etmenin Türk kültür ve adetlerinde yeri herkesçe bilinmektedir. Emirdağ grubunda kendinde sürekli bir rahatsızlığı sebebiyle hastaneden hizmet almak zorunda olanların “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı” konusunda olumlu tutum

geliştirdikleri görülmüştür. Hastaneye kronik hastalık sebebiyle daha sık geliyor olmanın, hasta haklarını kullanma yönünde tutum geliştirmede bir etken olduğu düşünülmektedir. Hasta haklarına saygı gösterilmemesi ve ihlali durumunu; Hasta Hakları Yönetmeliği “Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları vardır” (HHY, m. 42) ifadesi ile hükme bağlamıştır.

Belçika’daki hastanelerde hasta hakları biriminden haberdar olan katılımcılar “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı” yönünde tutum geliştirmişlerdir. Hasta hakları biriminden haberdar olmanın; şikâyet ve müracaat hakkının, gerektiği durumda nereye yapılacağını bilme anlamı taşıdığını düşündürmektedir. Hasta hakları konusunda yapılan bir araştırmada, katılımcıların nerdeyse yarısı hasta hakları ihlali durumunda nereye başvuracağını bildiği, üçte birinin “şikâyet, müracaat ve dava hakkı”nı kullandığı görülmüştür (Taylan ve Baydoğan, 2015). İran’da yapılan bir çalışmada hastaların dörtte birinin maliyetlerle ilgili şikâyetinde bulunduğu görülmüştür (Farajollah vd., 2014) Belçika’daki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olanlar ve Belçika’da hastaların haklarını savunabildiğini düşünenlerin “Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı” lehine tutum geliştirdiği görülmüştür. Belçika’da yapılan bir araştırmanın sonuçları da çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Belçika Arabuluculuk Hizmeti’nin 2004 yılında yayımladığı raporda sağlık profesyonellerinin hasta hakları ile ilgili mevzuatın farkında olmadıklarını bildirmiştir. 2007 yılında Belçika Hükümeti arabuluculuk hizmetinden faydalanma haklarını ve hasta hakları yasasını tanıtmayı amaçladığı bir bilgilendirme faaliyeti başlatmıştır. Tanıtım faaliyetinden bir yıl sonra şikâyetlerin %64 gibi yüksek bir oranda arttığı tespit edilmiştir (Devroey vd., 2013).

#### *Tedaviye Onay ve Reddetme Hakkı*

İlgili faktör aşağıdaki iki ifadeyi içerir;

9. Tedaviyi istiyorsam onay veririm, istemiyorsam reddederim.

10. Tıbbi müdahaleye istiyorsam onay veririm, istemiyorsam reddederim.



Hasta ve hekim arasında hukuki çerçevede vekalet ilişkisi, doğal çerçevede ise taraflardan bir tanesi konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğundan bir güven ilişkisi vardır (Oral, 2011). Bu ilişkinin bir diğer boyutu da hasta ile oluşturulan ortaklıktır (Özçakır, 2004). Tıbbi tedavinin en temel gerekliliklerinden biri, hastanın uygulanacak tedavi protokolü hakkında bilgilendirilmesidir. Doktrinde “aydınlatma” olarak geçen bu yükümlülük, taraflar arası güven ilişkisi durumunda ayrıca önem kazanmaktadır. Hekimin hastasına holistik yaklaşımda bulunarak, hastanın psikolojik durumu, kültürel pozisyonu ve eğitim düzeyi gibi birçok değişkeni göz önünde tutarak, gerekli, yeterli ve anlaşılır bir şekilde açıklama yapması gerekmektedir. Emirdağ grubunda hasta hakları biriminden haberdar olanların “Tedaviye onay ve reddetme hakkı”nı kullanma yönünde olumlu tutum geliştirdikleri belirlenmiştir. Bir araştırmada katılımcıların tamamına yakını müdahale yapılmadan önce hastaların bilgilendirilmesi, hastanın izni ve rızasının alınması gerektiğini ifade etmişlerdir (Ertaş & Kırac, 2018). Yapılan çalışmalar hasta memnuniyetinin, hastaya verilen bilgi ve hastaların hastalıklarını anlama düzeyi ile değiştiğini göstermektedir (Özçakır, 2004).

Tıbbi terminolojiden uzak, hastanın anlayabileceği, oldukça sade dille yapılan aydınlatma; uygulanması planlanan tedavi yöntemine dair hastanın serbestçe ve durumun gerektirdiği gibi bir karar vermesine olanak sağlamalıdır. Hastanın bilgilendirilme hakkı, hekimin bilgi verme yükümlülüğü vardır (Oral, 2011). Belçika’daki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olanlar ve Belçika’daki hastaların haklarını savunabildiklerini ifade edenlerin hastalığı ve tedavi yolları hakkında gerçekleri, alternatif yolları, muhtemel fayda ve riskleri öğrenmek istediği yönünde, uygun gördüğü tedaviye rıza göstererek “aydınlatılmış onam” verdikleri anlamına gelen “Tedaviye onay ve reddetme hakkı” konusunda, müspet tutum geliştirdikleri görülmüştür. Bir çalışmada hasta hakları konusunda bilgisi olduğunu belirten hastaların, geliştirdikleri tutumlar değerlendirildiğinde; mahremiyete saygı, saygı görme, bilgi alma yönünde tutum geliştirdikleri gözlenmiş, “Tedaviye onay ve reddetme hakkı” konusunda bir tutuma rastlanmamıştır (Erzincanlı & Zaybak, 2015). Benzer bir araştırmada katılımcıların önemli bir kısmı

reddetmeye dair haklarını bildikleri üçte birinin bu haktan faydalandığı tespit edilmiştir (Taylan ve Baydoğan, 2015). Polonya’da yapılan bir çalışmada katılımcıların tamamına yakınının tedaviyi reddetme hakkında farkındalık geliştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır (Krzych ve Ratajczyk, 2013).

#### *Personelden Tıbbi Gereklere Uygun Hizmet Alma ve Yasaklara Uymasını İsteme Hakkı*

İlgili faktör aşağıdaki beş ifadeyi içerir;

15. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım almak için istekte bulunurum.
16. Sağlık personeli tarafından tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağına uyulmasını isterim.
17. Sağlık personelinin, hayata son verilmesi (ötanazi) yasağına uygun hizmet almayı beklerim.
18. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım almak için istekte bulunurum.

Ötanazi; “Bugün için tedavisi mümkün olmayan ıstırap içindeki hastaların ya da hastalar adına karar verebilme yetkisi olan kişilerin geçerli istemiyle hastanın yaşamının sonlandırılmasıdır” (Gök, 2015). Ötanazi uygulamasının ülkemizdeki hukuksal zeminine baktığımızda Türk Ceza Kanunu’nun 84. ve 26/2 maddelerindeki düzenlemeler ve hasta hakları yönetmeliği karşımıza çıkmaktadır. TCK, ilgili maddeler ile ötanaziyi doğrudan ölüme (intihara) yardım fiilinden cezalandırılması gerektiği sonucuna ulaştırmaktadır (Ünver, 2011). Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 13’te ötanazi yasağı “tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez” şeklinde ifade edilmiştir. Emirdağ grubundan “Personelden tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı”na ilişkin anlamlı bir sonuç bulunmazken, Belçika’da hasta hakları birimi vardır ve Belçika’da hastalar haklarını savunur diyenlerin ilgili parametrede tutum geliştirdikleri izlenmiştir.

Küresel bağlamda ötanaziye standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Türkiye, ötanaziyi suç sayan ülkeler arasında bulunurken; Belçika 2002

yılında yürürlüğe koyduğu yasa ile aktif ötanaziye izin veren ikinci ülke olmuştur. 18 yaşından büyük hasta sağlığında veya “ötanaziden başka çare kalmadığı” durumda bu talepte bulunabilir. Ötanazi talebinin sağlıklı işleyebilmesi ve “doktorun zorla ötanazi yapmaya mecburiyetinin olmaması” amacıyla Federal Ötanazi Araştırma ve Kontrol Komisyonu aktif görev almaktadır (Özkara, 2008). Sürekli derin sedasyon yöntemi giderek daha fazla tercih edilen ötanazi aracıdır (Patients Rights Council, 2020). 1184 katılımcı ile Türkiye'nin de içinde bulunduğu otuz üç Avrupa ülkesinde halkın ötanaziye kabulünde sosyo-demografik ve kültürel özelliklerin etkisini araştıran bir çalışmada; Türkiye Malta'dan sonra ötanaziye desteklemeyen ikinci ülke olurken, Belçika ilk sırada Hollanda'nın yer aldığı listede ötanaziye destekleyen dördüncü ülke olarak yer almıştır (Cohen vd., 2006). Ötanazinin serbest olduğu bir ülkede yaşayan Belçika grubundaki katılımcılardan “hasta hakları yönetmeliğini duydum” diyenlerin kendi inancı ve anavatanındaki yasal uygulama doğrultusunda tutum geliştirdikleri görülmüştür. Daha müsamahakâr bir toplumda büyüyen genç nesillerin ötanaziye karşı önceki nesillerden daha olumlu tutumlar benimsediği görülmüştür. Ülkeler arasında ötanaziye yaklaşım farklılıklarını açıklayabilecek olası tüm faktörler kontrol edilemese de ötanazi algılarının bazen ülkeye özgü, ülkelerin kendi geleneği ve tarihi ile ilgili olduğuna inanma eğiliminde olduğu düşünülmüştür. (Cohen vd., 2006) Bu çalışma araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

#### *Tıbbi ve İlaç Araştırmalarında Rıza Hakkı*

İlgili faktör aşağıdaki iki ifadeyi içerir;

13. Kendi üzerimde yapılacak tıbbi araştırmalarda rızam alınmalıdır.

14. Kendi üzerimde yapılacak ilaç araştırmalarında rızam alınmalıdır.

T.C Anayasası'nın m. 17/f. II uyarınca “Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tâbi tutulamaz.” Tanı ve tedavide kullanılan tüm yöntemlerin, ilaçların kullanıma sunulmadan önce; gönüllü kişilerin katılımı sonucu güvenilir tıbbi bilgi elde etmeyi amaçlayan bilimsel çalışmalara klinik araştırmalar denmektedir (TİTCK,2019). Araştırmada Emirdağ grubunda “ülkemizde hastalar haklarını savunur, hasta hakları birimi vardır” diyenlerle

hak ihlali ile karşılaşmadıklarını belirtenlerin rıza hakkı bağlamında tutum geliştirdikleri görülmüştür. 2019 yılında yapılan bir çalışmada hasta hakları kullanma tutumu değerlendirildiğinde “rıza hakkı” çok yüksek düzeyde bulunmuştur (Yener, 2019). Bu sonuç araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Klinik araştırmalara katılacak gönüllülerin güvenliliğini sağlamanın yanında, bu çalışmaların standartlarını düzenleyen, kamuoyunun bilimsel ve etik endişelerini gidermek amacıyla ülkemizde ve gelişmiş ülkelerde birçok yasal ve etik kılavuzlar mevcuttur (Ergün, 2017). Dünya Tabipler Birliği tarafından ilki 1964 yılında, son hali 2013 Fortaleza’da yayımlanan Helsinki Bildirgesi insan üzerinde uygulanabilecek tüm araştırmaların etik standartlarını belirlemiştir.

Her türlü tıbbi girişim esasen kişinin hayatı, sağlığı ve beden bütünlüğü gibi mutlak ve vazgeçilmez haklarının ihlali anlamına gelir. Bu müdahalenin hukuka uygun yapılabilmesi için hastanın aydınlatılmış rızası gereklidir. (Kahraman, 2016) Temel etik ilkelere hasta özerkliğinin tıp etkinliğindeki yansımaları olan “aydınlatılmış onam” direkt olarak rıza kavramına atıf yapmaktadır. Helsinki Bildirgesi’nin 25. maddesinde bu yükümlülük açıkça ifade edilmiştir; “Aydınlatılmış onam verme yeterliği olan kişilerin araştırmaya katılımları, gönüllülük temelinde olmalıdır. Aydınlatılmış onam verme yeterliğine sahip kimse, kendi özerk kararı olmadan araştırmaya dahil edilmemelidir” (WMA, 2012). Belçika grubundan hem devlet hem özel sigortaya sahip olanlar, üniversite hastanesini tercih edenler, “Türkiye’de hastalar haklarını savunabilir ancak alamaz” ifadesini kullananların “ilaç ve tıbbi araştırmalarda rıza hakkı” alt boyutunda tutum geliştirdikleri tespit edilmiştir. Mısır’da yapılan benzer çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı “hastanın herhangi bir tıbbi araştırmaya katılmayı kabul etme veya reddetme hakkı vardır” ifadesine hayır yanıtını vermişlerdir (Mohammed, 2018). İran’da yapılan bir çalışmada da en zayıf farkındalığın tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mastaneh vd., 2013). Mısır, Lübnan, Suudi Arabistan ve Sudan’daki hastanelerden katılımcıların yer aldığı benzer bir çalışmada; gönüllülerin yarısından daha azı klinik bir araştırmanın

herhangi bir aşamasında geri çekilme hakları olduğunu belirtmişlerdir (Hifnawy vd., 2017). Belçika’da yapılan çalışmada ise katılımcıların dörtte üçü bu hakkın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir (Devroey vd., 2013). Farklı ülkelerden elde edilen sonuçlar arasındaki tezatlığın ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve kültürel özellikleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizdeki yasal mevzuat olarak; temelini Helsinki Bildirgesi’nden alan ve gönüllünün haklarını, sağlığını ve güvenliğini bilimin ve toplumun çıkarından daha üstün tutan “İyi Klinik Uygulamaları” çerçevesinde 2015 yılında İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik yayımlanmış ve güncel halini almıştır. “Gönüllünün tamamen serbest iradesi ile araştırmaya dâhil edileceğine dair herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmayan rızası alınır ve bu durum (1) bendinde yer alan bilgilendirmeye yönelik hususları kapsayan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile belgelenir.” (m. 5-1(i) ifadesi rızayı şart koşar. “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” yönünde Belçika grubunda hasta hakları yönetmeliğini okuyanların tutum geliştirdikleri görülmüştür. Benzer çalışmada en yüksek madde puan ortalamasının tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı boyutunda olduğu görülmüştür (Erzincanlı & Zaybak, 2015).

*Organ, Doku Naklinde Rıza Alınması, Aile Planlaması Kullanma ve Gebeliği Sonlandırma Hakkı*

İlgili faktör aşağıdaki iki ifadeyi içerir;

11. Organımın ve/veya dokumun alınmasında rızam alınmalıdır.

12. Aile planlaması hizmetleri ve gebeliği sonlandırma haklarını gerekli olduğunda kullanırım.

Organ ve doku nakli, insan yaşamını kurtarmayı hedefleyen tıbbi bir tedavi yöntemidir. Hatta nakil dışında tedavisi olmayan birçok hastalığın ve insan hayatının kurtarılması, organ nakliyle mümkündür (Uslu, 2018). Emirdağ grubunda yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyindeki, hasta hakları yönetmeliğini duymuş olan katılımcıların “organ doku naklinde rıza, aile planlaması ve gebeliği sonlandırma hakkı” kullanma yönünde tutum geliştirdikleri görülmüştür. Tıp fakültesi öğrencilerinin organ bağıışı ve nakli ile ilgili bilgi düşünce ve tutumlarına tıp eğitiminin etkisini araştıran bir

çalışmada organ nakli ve bağışı bilgi puanı arttıkça, tutum puanlarının da arttığı tespit edilmiştir (Yılmaz & Demirağ, 2019). Çalışmamızda eğitim durumu yükseldikçe ilgili faktörde gelişen tutum arasındaki ilişkiyi Yılmaz ve Demirağ (2019)'ın bulguları destekler niteliktedir.

Belçika'da yürürlükte olan “varsayılan rıza yasası” mutlak önceliği kişinin iradesine vermiştir. Her yurttaşın bağışçı olma veya bağış yapmayı reddetme hakkı vardır. Kendi iradi kararlarını belgelendirdikleri veriler sadece nakil ekiplerinin erişebileceği ulusal bir dijital ortama kaydedilir. Herhangi bir zamanda bireyler kararlarından vazgeçebilirler. Hayatını kaybeden kişi bir form doldurarak kayıt yaptırmamışsa varsayılan rıza kapsamında, organ bağışçısı olmaya istekli olduğunu gösterir. Yasa ülkede altı aydan fazla ikamet eden ve Belçika vatandaşı olmayan sakinler için de geçerlidir. Ayrıca Belçika organ nakli yasası, organ nakli için canlı donör kullanımını reddeder. Yaşamında aksini belge ile beyan etmeyen her yurttaşın organ bağışçısı olmaya istekli olduğu varsayımı üzerine varsayılan rıza yasası ile verilen özgürlük, birincil sorumluluğun doktorlara verildiği gerçeğini yansıtmaktadır (Michielsen, 1996). Organ bağışçısı olmaya istekli olma durumu, organların nakil için alınıp alınmayacağı kararını toplumun ve hastaların ihtiyacı doğrultusunda hekimlerin verdiği anlamına gelmektedir. Belçika grubundan Belçika'daki ve Türkiye'deki hasta hakları konusunda bilgi sahibi olanlarla hem devlet hem özel sigorta sahibi olanların “organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması ve gebeliği sonlandırma hakkı” lehine tutum geliştirdikleri gözlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin organ doku naklinde bilgi ve düşüncelerinin belirlendiği bir çalışmada sağlık uygulamaları eğitimi alan katılımcıların yaklaşık dörtte birinin organ bağışında ne yapılması gerektiğini bilmediği sonucuna ulaşılmıştır (Kavak vd, 2019). Ortaokul ve lise öğrencilerinin organ ve doku bağışında bilgi düzeyini ölçmeye yönelik bir çalışmada yeterli düzeyde bilgiye sahip oldukları gözlenmiştir (Öz vd, 2016). Kılıçarslan (2019)'ın çalışmasında katılımcı öğrencilerin büyük çoğunluğu devletin organ bağışını bir yasa ile zorunlu hale getirmesini desteklemediklerini, kendi rızaları ile bağışlamaları gerektiğini düşünmektedirler. Fas'ta yapılan bir araştırmada doku organ gibi her türlü

biyolojik örneklerin biyobankalara bağışlanması konusunda tercih edilen rıza türü sorulduğunda katılımcıların çoğunluğu bir defalık rızayı tercih etmişlerdir (Lhousni vd., 2020).

Emirdağ grubundan hasta hakları konusunda bilgi sahibi olanlar ile hasta hakları birimini bilenlerin ilgili faktör yönünde olumlu tutum geliştirdikleri izlenmiştir. Ülkemizde rahim tahliyesi, 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 numaralı Nüfus Planlaması Hakkında Kanununun 5. Maddesi ile hüküm altına alınmıştır. Buna göre gebeliğin tıbbi zorunluluk hali dışında 10. Gebelik haftasına kadar kadının ve evli ise eşinin gerekli bilgilendirme sonrası onamı alındıktan sonra sonlandırılabilirdiği ifade edilmektedir. (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983).

03 Nisan 1990 tarihli Gebeliğin Sonlandırılmasına İlişkin Kanun ve 13 Ağustos'ta oluşturulan Ulusal Değerlendirme Komitesi ile Gebeliğin sonlandırılması tıbbi haller dışında 12. Gebelik haftası olarak belirlenmiştir. Yasada kadın onam vermeye yetkili tek kişi, hekimin bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verme zorunluğu bulunmakta ve bilgilendirme sonrası 6 gün konuyla ilgili kadına düşünme süresi tanınmaktadır. Bu süre 12. haftaya eklenmektedir (Law on Termination of Pregnancy 1990).

Belçika ve Türkiye'nin konuyla ilgili yasal prosedürleri ve yaklaşımları bir birinden farklılık göstermektedir.

Gavas ve İnal (2019)'ın yaptığı sistematik derleme sonucuna göre; aile planlaması kullanma tutum puanlarının çocuk ve gebelik arttıkça düştüğü, aile planlaması yöntemi kullanmaya kendi karar veren kişilerde ölçek puanının yükseldiği belirlenmiştir (Ejder vd., 2012). Gözükara vd. (2015)'in yaptığı çalışmada aile planlamasına karşı tutumların istendik düzeyde olmadığı bulunmuştur. Etkin olmayan yöntemlerle aile planlaması yapmaya çalışmak, aile planlaması kullanma bağlamında bilgi sahibi olunmadığı anlamına gelmektedir. Kaya vd. (2008)'nin çalışmalarındaki kadınların dörtte birinin; Oltuoğlu ve Başer (2012)'in sık kullanılan aile planlaması yönteminin ilk sırada yer alan etkin olmayan yöntemler olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda Belçika grubundaki kadınların "organ doku naklinde rıza, aile planlaması ve gebeliği sonlandırma hakkı" yönünde olumlu yönde tutum

geliştirdikleri genel olarak sylenabilir. Fakat Organ nakli ve gebeliğin sonlandırılması birbirinden kavramsal ve uygulama açısından olarak oldukça farklı konulardır. Süreç ile ilgili karar aşaması, onam prosedürleri ve konuyla ilgili yasal düzenlemeler farklılık göstermektedir. Bu iki konu ilgili ortak bir tutum sergilemek bazen çok mümkün olmayabilir. Bu nedenle katılımcıların bu konudaki görüşlerini net olarak ortaya koyma konusunda çelişkileri olabileceği de göz ardı edilmemelidir.





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Emirdağ'da yaşayan ve Emirdağ'dan Belçika'ya göç etmiş kişilerin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın bulguları kapsamında elde edilen sonuçlar ve önerilere yer verilmiştir. Bu bağlamda hasta haklarının kullanılması için bilgi düzeyleri ve tutumlara yönelik sosyal belirleyiciler olarak nitelendirilebilecek kültürel bir arka plan aranmıştır. Yedi alt boyuttan oluşan faktörlerle katılımcıların sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bulunan ilişki tartışma bölümünde sunulmuştur. Çalışmanın genel çerçevede sonuçları; Belçika grubunda hasta hakları konusunda bilgi sahibi olanlar, yedi faktörün beşinde en yüksek tutum geliştirenlerdir. Sözü geçen faktörlerin “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, “Personeli seçme değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, “Ziyaretçi refakatçi, güvenlik ve reddetme hakkı”, “Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı”, “Organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması, kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” olduğu görülmüştür. Emirdağ grubunda en fazla beş faktörde tutum geliştirenler; hasta hakları biriminden haberdar olanlardır. İlgili faktörler; “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, “Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı”, “Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı”, “Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı”, “Organ doku naklinde rıza alınması aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı” şeklindedir. Hemen ardından “Bilgili ve saygılı hizmet alma hakkı”, “Ziyaretçi refakatçi güvenlik ve reddetme hakkı”, yönünde toplamda iki faktörde tutum geliştirenler; ülkemizde hastaların haklarını savunabildiğini düşünenler ve kadınlardır. Hastaların kendi haklarının ihlali durumunda hak arayışında bulunmaları için sahip olduğu hakları bilmesi asgari gerektir. Sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen hasta ve yakınlarının müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır. Başvuru hakkını kullanabileceği birimlerden biri olan hasta hakları ünitelerinden haberdar olanların, her iki araştırma grubunda da çok yüksek düzeyde tutum geliştirdikleri saptanmıştır. Hastaların pasif bir alıcı olmaması, yasanın

kendisine sunduğu hakların ihlali durumunda savunma rolünü üstlenmesi istendik bir gelişmedir. Belçika'da ve ülkemizde hastaların haklarını savunabildiğini düşünen göçmen katılımcılar ile Emirdağ grubundaki kadınlar ve ülkemizdeki hastaların haklarını savunabildiğini düşünenler yine yüksek düzeyde ön eğilim geliştirmişlerdir. Belçika grubunda Türkiye'deki hastaların haklarını savunabildiğini fakat alamadığını düşünenler yüksek düzeyde tutum geliştirenlerdir. Hasta hakları ünitelerinde görevli kişilerin hastane personelinden oluşması, kararların tavsiye niteliğinde ve bir yaptırımının olmaması güvensizliğin temel nedeni olabilmektedir (Aydemir & Işıkhan, 2012).

Araştırmaya dahil olan her iki gruptaki katılımcıların toplumsal kategorilerinden; yaş ortalamaları, cinsiyetleri, medeni durumları hem kendi içlerinde hem de iki grup arası karşılaştırmada homojenlik göstermiştir. İki örneklem grubunda da kadın-erkek, evli-bekâr katılımcı oranı birbirine oldukça yakın bir biçimde temsil edilmiştir. Her iki temsil grubunun yaş ortalamasına bakıldığında genç yetişkin diliminde olduğu görülmüştür. Sahip oldukları hastalık ve hastalığın türü, yakınlarında olan hastalıkları, yakınlarının kim olduğu ve bu hastalığın türü değişkenlerinde, her iki gruptaki benzer sonuçlar dikkat çekici niteliktedir. Emirdağ'da yaşayan ve Belçika'ya göç etmiş örneklem grubunun yaklaşık dörtte birinin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. Psikolojik tedavi alanlar, kanser ve engellilik sebebiyle tıbbi hizmet alanların sayısı oldukça azdır. Her iki gruptaki katılımcıların yarısı eşinin rahatsızlığı sebebiyle hastanelerden sürekli bir sağlık hizmeti almaktadır. Bu sonuçlara değinmemizdeki etken, iki farklı grupta elde edilen bulguların neredeyse aynı olmasıdır. Birbirine paralel düzeydeki bu sonuçsal yakınlığın aynı etnik kökene sahip kişilerdeki ortak biyolojik ve genetik mirasın yanı sıra sosyal sermaye sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Bu tablo birden çok belirleyiciye sahip tutum ve davranışlarda da kültürel mirasın benzer sonuçlar ortaya koyup koymayacağı merakını artırmaktadır. Belçika'ya göç etmiş kişilerin oluşturduğu örneklem grubunun tamamına yakınının anne babası Türkiye doğumludur. Doğum yeri Belçika olanlara bakıldığında, katılımcıların yarısından fazlası olduğu

görülmüştür. Belçika'da resmi dil olarak Fransızca ve/veya Flamanca konuşulmaktadır. Katılımcıların 18 yaş üstü olduğu düşünüldüğünde Belçika doğumlu olanların hedef ülkenin dilini çok iyi derecede bilenlerle yakın oranlarda olması beklenmiştir. Fakat ulaşılan sonuç; çok iyi derecede dil bilenlerin sayısı, Belçika doğumlu olanların yarısını ancak geçebildiğini göstermiştir. Belçika doğumlu olanların dil seviyesinin, beklenildiğinin aksine çok iyi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Doğup büyüdüğü ülkenin dilini çok iyi derecede konuşamama olgusuna sebebiyetin; evlerde, aile, arkadaş ve sosyal çevrede anadil konuşulması olabilir. İş ve sosyal hayatın aidiyet ve bizlik duygusu ekseninde Türk merkezli olduğu varsayımını güçlendirmektedir. İnsan-insan, insan-grup ilişkilerinden ortaya çıkan toplumsal ilişkiler esnasında karşılıklı etkileşimde en önemli araç dil ve davranışlardır. (Rapoport, 2011). Dil aynı zamanda bir topluma ait değerlerin ve ortak anlamların taşıdır. Çünkü konuşulan dil bu ortak değer ve anlamların nesilden nesle aktarılmasına olanak verir. İster menşei ülke ister hedef ülke lisanı olsun, toplumsal iletişimde kullanılan dil hangi kültür atmosferinin bulunduğuna dair işaretler vermektedir.

Öğrenme, bilgi ile bilen arasındaki ilişkiden doğar. Öğrenim durumu olarak üniversite ve üstü düzeyde eğitim alanlar ve halen öğrenci olanlar ile ekonomik durum değişkeninde iki grup birbirinden farklılaşmıştır. Emirdağ grubunda öğrenim seviyesi üniversite ve üstü düzeyinde yoğunlaşırken, göçmen grupta lise seviyesinde yüksek dağılım göstermiştir. Benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlara paralel olarak çalışmamızda da Emirdağ'da yaşayanların üniversite ve üstü eğitim alırken, Belçika'daki göçmenlerin genç yaşta iş hayatına atılmayı, para kazanmayı tercih etmekte oldukları görülmüştür. Göç kültürünün oluşmasının temel etkenlerinden birinin ekonomik kaygılar olduğu düşünüldüğünde, elde edilen sonuçlar Emirdağ bölgesinde yaşanan tarihsel ve güncel olgularla paralellik göstermektedir. Ekonomik ve sosyal yapıdaki iyileşmeler bilgiye ulaşan alternatif yollara yönelmeyi kolaylaştırırsa da Belçika'da yaşayan göçmen nüfusun hasta hakları konusunda bilgi kaynağının ilk sırada arkadaş ve komşuların olması, Türk

toplumsal kültürünün önemli örüntülerinden olan komşuluk ve akrabalık ilişkilerinin başka bir ülkede de devam ettirildiği düşüncesine ulaşılmıştır.

Hasta haklarının yasal dayanağı Hasta Hakları Yönetmeliği'ni bilenler ve okuyanların sayısı Emirdağ grubunda daha yüksektir. Yönetmeliğin Emirdağ grubundaki bireyler tarafından bilinmesi ve okunmasının, bu grubun eğitim seviyesinin Belçika grubuna göre daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir. Hasta haklarının uygulanabilirliği hasta, sağlık çalışanı ve hastane işbirliği ile mümkündür. Katılımcıların en çok tercih ettikleri sağlık kuruluşu ülkemizde devlet hastanesi iken, Belçika'da yaşayan kişilerin aile hekimliği olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar ışığında aile hekimliği sevk zinciri uygulamasının Belçika'da daha işlevsel ve etkin uygulandığı bilgisine ulaşılmaktadır.

Yukarıda sözü geçen işbirliği neticesinde hasta ve hekim arasında daha eşitlikçi bir ilişki doğacağı düşünülebilir. Bu eşitlikçi yaklaşımın ülkemizde hasta sayısının çokluğu, personel yetersizliği, çalışan memnuniyeti düşüklüğü gibi dezavantajlara sahip devlet hastanelerinde mümkün olmadığı söylenebilir. İki grup arasındaki asimetric bulgulardan bir diğeri hastalara gösterilen özen bağlamında özel hastane ve devlet hastanesi arasında fark olduğunu düşünenlerdir. Belçika grubundaki katılımcıların büyük çoğunluğu, fark olmadığını düşünürken, Emirdağ grubundakilerin büyük çoğunluğunun tersini, diğeri bir ifadeyle özel hastanelerde devlet hastanesine kıyasla daha özenli yaklaşım aldıklarını savunmuşlardır. Bu tezat algıya sebep olarak; Belçika'daki özel hastanelerin kâr amacı gütmeyen, kilise destekli hastaneler olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde ise hizmet kalitesi yüksekliği beklentisi ile tercih edilen özel sektör tabanlı hastanelerin hastaları gelir sağlayıcı unsur olarak görmeleri ve müşteri odaklı hizmet vermeleri sonucu hasta memnuniyetinin arttığı bilinmektedir.

Her iki grubun en düşük puan ortalamasına sahip ifadeleri incelendiğinde; Emirdağ grubunun tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti almadıkları görüşüne ulaşılmıştır. Ahlaki ve etik boyutu olan eşitsizlik, dünya sağlık örgütünün yayınlarında; önlenemez ve gereksiz aynı zamanda da adil olmayan farklılıklar anlamına gelen bir kavram olarak kullanılmaktadır

(TTB, 2020). Yapısal ve toplumsal eşitsizlikler makro düzeyde çözülmesi gereken bir sorun olduğundan burada değinilen konu yapısal ve toplumsal eşitsizlikler değildir. Gelir, cinsiyet, inanç, toplumsal kimlik gibi sınıfsal veya her türlü siyasal, ekonomik ve ideolojik temelli pozitif ya da negatif ayrımcılığın tasvip edilemez olduğudur. Altı çizilmesi gereken nokta; dinsel, dilsel veya etnik hangi gerekçe ile olursa olsun eşitsizliğin hiçbir türünün kabul edilemez olduğudur. Nitelikli, aynı zamanda kapsayıcı bir sağlık bakım hizmeti için etik prensiplerin referans alınarak hareket edilmesi şarttır.

Belçika grubunda en düşük madde puanını alarak en az tutum geliştiren bağlam, acil durumlarda öncelik hakkının ifade edilmesi olmuştur. Katılımcılara bu haklarını neden kullanmadıkları sorulmuş; sözel beyanlarında “ifade etmeye gerek kalmadığı, acilse zaten öncelik tanınacağı, değilse de hiçbir şekilde hastanın bu talebinin öncelik oluşturmayacağı” şeklinde açıklanmıştır. Katılımcı görüşlerinden Belçika devletinin sağlık hizmetlerinde triyaj uygulamasını işlevsel bir şekilde yürüttüğü sonucuna ulaşılabilir.

Her iki grupta en yüksek tutumun “tıbbi olarak özen gösterilmesini isteme hakkı” arkasından “tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı” yönünde oluştuğu görülmüştür. Bazı toplum bilimcilere göre; aynı aile-akrabalık düzeni, aynı dil, aynı yasa gibi aynı kurumların etkisinde olan toplum bireyleri benzer özellikler göstereceklerdir (Kağıtçıbaşı, 2007). Emirdağ ve Belçika gruplarında organ doku naklinde rıza maddesi puan ortalamasının eşit olması, benzer özellik göstermesi bakımından değerlendirilmesi gereken bir bulgudur. Belçika’daki transplantasyon yasasında tersine rıza modeli olduğu, bunun da bir rıza şekli olduğu hatırlandığında, katılımcıların tutum geliştirmesinde etken olduğu düşünülebilir. Ancak veri toplama esnasında sözel olarak kendilerine organ doku alınmasında Belçika’da yürürlükte olan “varsayılan rıza yasası” sorulmuş; ilgili yasadan haberdar olan katılımcının yok denecek kadar az olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Belçika’da serbest olduğu halde ülkemizdeki yasal uygulama doğrultusunda hazırlanan ölçekteki “ötanazi yasağına uyulmasını isterim” ifadesine katılımın yüksek olduğu görülmüştür. Organ nakli ve ötanazi gibi doktrinde birbirinden farklı

uygulamaların olduğu konularda kişilerin seçim ve kararlarına yon veren yapılar vardır. Bu yapılar, bireyler hatta toplumlarda egemen olan kural, inanç ve değerler olabilmektedir. Buradan goçmen katılımcıların seçim yapma ve karar vermede kendi öz kùltùrlerinde hâkim inanç, kural ve değerlerin rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hasta kimliğimizle sahip olduğumuz haklarımızı kullanıp kullanmadığımız yani her bir hakka atfettiğimiz değer ve anlamı, toplumsal değerler dediğimiz kùltùr de filtrelemektedir. Kùltùr filtresinden geçen anlamların tutumun bağlamını belirlediğini varsaymaktayız. Özetle anlam bağlam ilişkisi tutumları karakterize eder ve sağlığımızın korunup sürdürùlmesi sürecinde sorumlulukların yanı sıra haklarla ilgili farkındalıkları sergilerken, bu ilişki kilit rol oynamaktadır.

## **6.2. Öneriler**

Hasta hakları konusunda daha çok bilgi düzeyi ölçen araştırmaların yapıldığı ve yıllar içerisinde farkındalığın geliştiğini gösteren bilimsel çalışmaların literatüre katkı sağladığı gör÷lmüştür. Tutum ölçen araştırmaların ise son yıllarda arttığı gözlenmiştir. Düalist bir birliktelik gösteren hastaların hakları yanında sorumlulukları olduğu göz önüne alındığında; toplumsal bilinci artırmak ve bütünsel yaklaşıma katkı bulunmak amacıyla “hasta sorumluluklarını” ölçmeye yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir. Hastaların haklarını kullanma yönünde tutum geliştirirken etkin rol oynadığı düşün÷len diğer disiplinlerle işbirliği içinde yürüt÷lecek sağlığın sosyal belirleyicileri ekseninde daha spesifik konuları ele alan nicel araştırmaların yapılması literatüre katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

- Adalet Bakanlığı Hukuk Sözlüğü, <http://sozluk.adalet.gov.tr/hak>, Erişim tarihi: 29.05.2020.
- Aristoteles, N. A. E. (2014). *Nikomakosa etik*, (Çev. Saffet Babür). Ankara: Bilgesu Yayıncılık.
- Aydın, S. (2019). *İnsan hakları öğretisinin tarihsel ve felsefi temelleri, demokrasi ve insan hakları ders kitabı*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Abedi, G., Shojaee, J., Moosazadeh, M., Rostami, F., Nadi, A., Abedini, E., Palenik, C. S., & Askarian, M. (2017). *Awareness and observance of patient rights from the perspective of Iranian patients: a systematic review and meta-analysis*. *Iran J Med Sci*, 42(3), 227-234.
- Adıgüzel, Y. (2014). *Sunuş. İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 3(27), 9-14. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iusosyoloji/issue/540/4992>
- Agrawal, U., D'Souza, B. C., & Seetharam, A. M. (2017). Awareness of patients' rights among inpatients of a tertiary care teaching hospital—a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research JCDR*, 11(9), IC01.
- Akın, M. A., & Erzen, M. Ü. (2009). Türkiye'nin Avrupa imajına kültürlerarası iletişim bağlamında bir değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aktan, G. G., Eşer, İ., & Kocaçal, E. (2019). Hemşirelerin hasta mahremiyetini koruma ve sürdürme durumları ile etkileyen faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 301-305.
- Akten, R. (2017). Hastanelerde hasta mahremiyetine gösterilen özenin hasta bakış açısıyla değerlendirilmesi (Antalya örneği), Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Alanya, A., & Swyngedouw, M. (2014). Şehir bağlamı ve Türk göçmenlerin ayrımcılık algısı: İki Belçika şehrinin eğilim skoru eşleştirmesiyle karşılaştırması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(34), 53-65.
- Asunakutlu, T., & Safran, B. (2004). *Kültürel farklılıklardan kaynaklanan çatışmalara yönelik bir araştırma (Marmaris turizm sektörü örneği)*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 26-49.

## “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

- Anwerp Universty Hospital, Rights and Obligations of The Patients  
<https://www.uza.be/rights-and-obligations-patient>, Erişim Tarihi:  
05.06.2019
- Aydemir, İ. (2010). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi, Doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bakırcıoğlu, R. (2012). Ansiklopedik eğitim ve psikoloji sözlüğü (1 ed.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Bayat, A. H. (2016). Tıp tarihi. İstanbul: Üçer Matbaacılık.
- Belçika Anayasası (2020). Erişim: <http://www.adalet.gov.tr/>, Erişim tarihi: 29.05.2020.
- Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology*, 46(1): 5-34. doi:10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x
- Bölükbaşı, O., Öztürk, Ş. (2012). Hipokrat'ın felsefesi. *Turkish Journal of Neurology*, 18(2): 19-21.
- Cambridge Dictionary, Right. Erişim: <https://dictionary.cambridge.org/> ,Erişim Tarihi: 11.05.2020.
- Cavlak, H., & Bostancıoğlu, D. (2017). Avrupa Birliğine uyum sürecinde türkiye'deki sağlık ve hasta hakları. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 2(2): 27-42.
- Cevizci, A. (1999). *Felsefe sözlüğü* (3 ed.). Ankara: Ekin Yayınları.
- Cohen, J., Marcoux, I., Bilsen, J., Deboosere, P., van der Wal, G., & Deliens, L. (2006). European Public Acceptance of Euthanasia: Socio-demographic and Cultural Factors Associated with the Acceptance of Euthanasia in 33 European Countries. *Social science & medicine*, 63(3), 743-756.
- Çetin, M. (2014). İnsan hakları belgeleri ve mevcut çelişkiler. *Journal of International Management, Educational and Economics Perspectives* 1(1): 41–48. Erişim: <http://www.jimep.org/wp-content/uploads/2017/11/2013-1-3-jimep-t%C3%BCrk-41-48-%C3%A7etin-mehmet-insan.pdf>.
- Çetintaş, B. (2016). Kültür kavramının kapsamı, anlam ve tanımları. *Electronic Turkish Studies*, 11(18): 227-248.



Çırak, İ. Ç. (2010). Temel bir insan hakkı olarak adil yargılanma hakkı, Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çanakkale.

## “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Çobanoğlu, N. (2009). *Kurumsal ve uygulamalı tıp etiği*. Ankara: Eflatun Yayınevi.

Çotuksöken, B. (2012). *İnsan hakları ve felsefe*. İstanbul: Papatya Yayıncılık.

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

Dağdemir, Ö., Kartal, Z., Tinas, R., & Gürbüz, H. (2018). The impact of migration on poverty and income distribution in a rural region in Turkey. *Remittances Review*, 3(2): 151-176.

Demirhan, E., & Elçioğlu, Ö. (2000). Tıp etiği ışığında hasta ve hekim hakları. Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.

Demirsoy, N., & Kirimlioglu, N. (2016). Protection of privacy and confidentiality as a patient right: physicians' and nurses' viewpoints. *Biomedical Research*, 27(4): 1437-1448.

Devroey, D., Deneyer, M., Scheys, E., Van De Vijver, E., & Van den Block, L. (2013). The perception of patients'rights among Belgian population. *Central European Journal Of Public Health*, 21(2): 109-117.

Ducinskiene, D., Vladickiene, J., Kalediene, R., & Haapala, I. (2007). Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania. *World Hosp Health Service*, 43(3): 22-26.

Duman, D. (2019). Türkiye’de göçmenlere yönelik entegrasyon politikalarının eksikliğinin değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 8(2): 44-66.

Dülger, M. V. (2015). Sağlık hukukunda kişisel verilerin korunması ve hasta mahremiyeti. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1(2): 43-80.

Ekmen, E. (2018). Hasta Hakları Algısı: Karaman İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Eman S. M., Amany E. S., Eman R. G. (2018). Awareness and practice of patient rights from a patient perspective: an insight from Upper Egypt,

### “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

*International Journal for Quality in Health Care*, 30(2): 145–151,  
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx182>

Gökpınar, M. (2015). Bir kavram olarak insan hakları ve çeşitli açılardan sınıflandırılması, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, (120), Erişim: <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2015-120-1507>. Erişim tarihi: 01.06.2020.

Günay, M., 2020. Demokrasi ve insan hakları. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitabı.

Erbil, N. (2009). Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1): 825-838.

Erer, S. (2007). Bursa Tabip Odası Onur Kurulu dosyalarında tıp etiği sorunlarının değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Ersoy, N., & Aydın, E. (1994). Tıbbi etikte özerklik ve özerkliğe saygı ilkesi. *T. Klin. Tıbbi Etik Dergisi*, 2: 71-74.

Ertaş, H., & Kırac, A. G. F. Ç. (2018). Hastaneye müracaat eden hastaların hasta hakları konusundaki bilgilerinin ölçülmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(27): 2939-2945.

Eryiğit Günler, O. (2014). Sosyal sermaye, sağlık ve hastalık. *KMU Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 16(26): 107-113.

Erzincanlı, S., & Zaybak, A. (2015). Hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1): 39-51.

Fagan, A. (2009). *Human rights: confronting myths and misunderstandings*: Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Faist, T. (2008). Migrants as transnational development agents: an inquiry into the newest round of the migration–development nexus. *Population, space and place*, 14(1): 21-42.

Fazel, M. (2018). Refugees and the post-migration environment. *BMC medicine*, 16(1), 164.

Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment (2020). Erişim: <https://www.health.belgium.be/en> Erişim tarihi: 01.05.2020.

## “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Funda, M. (2012). İnsan hakları, sağlık hakkı ve hasta hakları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Gavas, E., & İnal, S. (2019). Türkiye’de kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumları ve tutumları: Sistemik derleme. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(2): 37-43.

Gelekçi, C. (2011). Avrupa’da yaşayan Türklere yönelik çifte vatandaşlık uygulamaları: Belçika örneği. *Bilig*, 59, 123-146.

Gelekçi, C. (2014). Avusturya’da yaşayan Türklerin Türkiye ile bağları ve evlilik göçü. *Bilig*, (71): 179-204.

Gelekçi, C. (2015). 1960 sonrası dönemde Türkiye’de nüfus yapısı ve bazı temel özellikleri üzerine tespitler. *Journal of Sociological Studies/Sosyoloji Konferansları* (52): 587-607.

Gezici, Y. (2017). *Göç psikolojisi*. Ankara: Pharmakon.

Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2016). *Türkiye göç raporu*. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yayınları.

Gözükara, F., Kabalcıoğlu, F., & Ersin, F. (2015). Şanlıurfa ilinde kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(1): 9-15.

Grear, A., (2007) Challenging corporate ‘humanity’: Legal disembodiment, embodiment and human rights, *Human Rights Law Review*, 7(3): 511–543, <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngm013>.

Grindstaff, L. and Lo, M.- C.M. (2020). *Culturalizing Sociology*. In *The Wiley Blackwell Companion to Sociology* (eds G. Ritzer and W.W. Murphy). doi:10.1002/9781119429333.ch7

Gsir, S., Mandin, J., & Mescoli, E. (2015). Corridor report on Belgium: The case of Moroccan and Turkish immigrants, INTERACT Key Findings

2015/01. *Robert Schuman Centre for Advanced Studies*, San Domenico di Fiesole (FI): European University Institute.

Gök, A. (2015). Aristoteles' in etik görüşü bağlamında ötanazi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

## “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Güllüoğlu, Y. (2008). Türk Hukuku'nda " hasta hakları" kavramı (hukuki nitelik ve sonuçları), Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Gümüş, Y. (2016). İstek ve şikâyet başvurusu konusunda bilgi edinmişlik ve sağlık personeli ile tartışma açısından hasta yakınlarının hasta hakları farkındalığı analizi: Erciyes Üniversitesi Onkoloji ünitesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray.

Günaydın, D. (2011). Küreselleşmenin refah devleti sağlık politikalarına etkileri: Türkiye örneği, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi, İstanbul.

Günaydın, H. (2018). Paris prensipleri çerçevesinde ulusal insan hakları kurumu modeli olarak ombudsmanlık: Türkiye örneği, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Şehir Üniversitesi Sosyal Bilim Enstitüsü, İstanbul.

Gündüz, A. (2002). Creeping jurisdiction of the european court of human rights: the bankovic case vs the loizidou case. *Perceptions: Journal of International Affairs*, 7(3): 1-31.

Hekimoğlu, M. M. (2003). İnsan haklarının tarihsel perspektif içerisindeki gelişimi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 1(1): 73-92.

Heper, A. (2012). Kùltürler Arası İlişki Bağlamında İnsan Onuru, Hukuka Felsefi ve Sosyolojik Bakışlar-V Sempozyum Kitapçığı, 13-17 Eylül 2010, 24. İstanbul.

Hifnawy, T., Kobrosly, S., Edwards, H., Anwar, M., Zahran, D., & Silverman, H. (2017). Patients' attitudes and perceptions regarding research and their rights: a pilot survey study from the Middle East. *East Mediterr Health J*, 23(7): 461-468. doi:10.26719/2017.23.7.461

International Organization for Migration, Erişim: <https://www.iom.int/>. Erişim tarihi: 29.04.2019.

İlhan, B., Civaner, M. (2015). Dünya Tabipler Birliği 200. Konsey Toplantısından Notlar, Toplum ve Hekim Dergisi, Ocak- Şubat 2015, 30(1): 56-58. Erişim Tarihi: 16.08.2020.

İlal, E. (1968). Magna Carta. *İÜHF Mecmuası*, 34(1-4): 210-242.

Joly, D. (2017). *International migration in the new millennium: Global movement and settlement*. London: Routledge.

Kağıtçıbaşı, Ç., Üskül, A., & Uzun, E. (2007). *Kültürel psikoloji: Kültür bağlamında insan ve aile*. İstanbul: Evrim Yayınevi.

### “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Kagoya, H. R., Kibuule, D., Mitonga-Kabwebwe, H., Ekirapa-Kiracho, E., & Ssempebwa, J. C. (2013). Awareness of, responsiveness to and practice of patients' rights at Uganda's national referral hospital. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 5(1): 1-7. doi:10.4102/phcfm.v5i1.491.

Kahraman, Z. (2016). Medeni hukuk bakımından tıbbi müdahaleye hastanın rızası. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1): 479-510. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/inuhfd/issue/22415/239945>

Karadeniz, E. Y. (2005). Kırkkale'de şehirselleşme, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kavak, H. O., Yazıcı, S. Ö., Kaya, E., & Tekin, A. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin organ/doku nakli ve bağışı konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(2): 66-76.

Kaya, A. (2015). Euro-Türkler, kuşaklararası farklılıklar, islam ve entegrasyon tartışmaları. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1: 44-79.

Kaya, A., & Kentel, F. (2008). *Belçika Türkleri. Türkiye ile Avrupa Birliği arasında köprü mü, engel mi?* (Çev: S. Gökçe). Birinci Basım. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Kaysılı, A. (2015). Emirdağ'da göç olgusu ve eğitim ilişkisi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 47(2), 267-286.

Kılıçarslan, M., & Eriş, H. (2019). Üniversite öğrencilerinin organ ve doku bağışı hakkındaki görüşleri. *Electronic Journal of Social Sciences*, 18(70): 838-851.

Kıral, E. (2018). Kayıp giden bir değer: Saygı. *Çağdaş Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(1): 4-9.

Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y., & Şimşir, İ. (2017). Hasta hakları farkındalığına yönelik bir araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41): 233-258.

Köktepe, M. (2007). Emirdağ ilçesinden Belçika'ya olan göçler, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Law on termination of pregnancy. 03 April 1990

### “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Le Texier, E., Martiniello, M., Vanderwaeren, E., Heyse, P., & Timmerman, C. (2006). *Interuniversity consortium on migration and integration: Qualitative research part. Migrants' political and social participation in Belgium. The case of Visé (Liège Province, Wallonia) and Antwerp (Antwerp, Flanders)*. Brussels: KBF.

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3(1): 47-57.

Levey, G. B. (2011). Multicultural integration in political theory', in Michael Clyne and James Jupp (eds), *Multiculturalism and Integration* (Canberra: ANU E Press 2011), 73–87.

Lhousni, S., Daoudi, F., Belmokhtar, I., Belmokhtar, K. Y., Abda, N., Boulouiz, R., Ouarzane, M. (2020). Patients' Knowledge and Attitude Toward Biobanks in Eastern Morocco. *Biopreservation and Biobanking*.

Maalouf, A. (2009). Ölümcül kimlikler, (Çev. Aysel Bora). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Manço, A. (2002). Göçmen Türklerin Belçika eğitim sisteminde yeri. *CÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 26(1): 1-68.

Manço, A. (2004). Belçika'da Türklerin 40 yılı (1964-2004): sorunlar, gelişmeler, değişimler. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi* 1(1): 119-135.

Marshall, G. (1999). *Sosyoloji sözlüğü*, (Çev. O. Akınhay ve D. Kömürcü). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları,

Mastaneh, Z., & Mouseli, L. (2013). Patients' awareness of their rights: insight from a developing country. *Int J Health Policy Manag*, 1(2): 143-146. doi:10.15171/ijhpm.2013.26.

Merakou, K., Dalla-Vorgia, P., Garanis-Papadatos, T., & Kourea-Kremastinou, J. (2001). Satisfying patients' rights: a hospital patient survey. *Nurs Ethics*, 8(6): 499-509. doi:10.1177/096973300100800604

Michielsen P., (1996). Presumed consent to organ donation: 10 years' experience in Belgium. *J R Soc Med*, 89(12): 663-666.

### “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Mourgeon, J. (1990). *İnsan hakları*, (Çev. A. Ekmekçi ve A. Türker). İstanbul: İletişim Yayınları.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1983). 27 Mayıs 1983 Tarihli 18059 Sayılı Resmi Gazete.

OECD (2001). *The well-being of nations, the role of human and social capital. centre for educational research and innovation*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Online Etymology Dictionary (2020), Erişim: <https://www.etymonline.com/>, Erişim tarihi: 19.02.2020.

Oltuluoğlu, H., & Başer, M. (2012). Malatya İİ Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, 19(3): 167-174.

Oxford Dictionary, 2020. Right. Erişim: [https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/right\\_1?q=right](https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/right_1?q=right), Erişim tarihi: 29.05.2020.

Önal, G., & Civaner, M. (2005). Hasta hakları uygulama yönergesi: türkiye'de hasta haklarının yaşama geçirilmesi için bir adım Türkiye klinikleri. *Journal of Medical Ethics-Law and History*, 13(3), 203-208.

Öz, F., Ayrancı, Ü., Arslantaş, D., & Ünsal, A. (2016). Bir grup Türk orta okulu ve lise öğrencilerinin organ ve doku bağıışı bilgi düzeyi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6): 892-914.

Özlu, T., & Kurulu, T. E. (2005). *Hasta haklari*. İstanbul: Timaş Yayınları.

Öztaş, B., & İyigün, E. (2016). Kalp-damar cerrahisi geçirmiş hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58: 256-260.

Özdemir, C., Konak, S., (2015). *Medikal turizm kavramı ve Türkiye’de Medikal Turizm*. (Ed. S. P. Temizkan). *Sağlık Turizmi içinde* (75-101). Ankara: Detay Yayınları.

Parsapoor, A., Mohammad, K., Malek Afzali, H., Ala'eddini, F., & Larijani, B. (2012). Necessity of observing patient's rights: a survey on the attitudes of patients, nurses and physicians. *J Med Ethics Hist Med*, 5(2): Sayfa

### “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Patients Rights Council (2020). Erişim: <http://www.patientsrightscouncil.org/>, Erişim tarihi: 11.03.2020.

Polavieja, J. G. (2015). Capturing culture: A new method to estimate exogenous cultural effects using migrant populations. *American Sociological Review*, 80(1): 166-191.

Rapoport, A. (Ed.). (2011). *The mutual interaction of people and their built environment*. Paris: Walter de Gruyter.

Sabahattin, Ç., & Tümkiye, S. (2006). Üniversite Öğrencilerinde Kişilerarası Problem Çözme. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2): 119-131.

Sağlam, Ş., (2011). Göç ve Emirdağ. Göçün 50. Yılı Özel Sayısı, *Emirdağ, Emirdağlılar Vakfı Kültür ve Sanat Dergisi*, Özel Sayı: 16-17.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizm Başkanlığı, (2020). Erişim: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10944,02pdf.pdf?0> , Erişim Tarihi: 02.03.2020.

Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, (SATURK) (2019). Ülke Raporları, Kıta Avrupası Belçika, Erişim: <http://www.saturk.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 06.09.2019.

Sargutan, A. E. (2006). *Karşılaştırmalı sağlık sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.



Sarı, N., Altıntaş, A., Başağaoğlu, İ., Özyayın, Z., Doğan, H., Ülman, Y., Hot, İ. (2007). *Tıp tarihi ve tıp etiği ders kitabı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.

Sarıkaya, H. (2014). Belçika Flaman Bölgesi eğitim sisteminde Türk kökenli çocukların yaşadığı temel eğitim sorunlarının incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8: 246-260.

Schokkaert, E. and Van de Voorde, C. (2005), Health care reform in Belgium. *Health Econ.*, 14: S25-S39. doi:10.1002/hec.1027

### “KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”

Schoonacker M., Louckx F. & Vanroelen C. (2008). The Belgian Law on Patient Rights in the practice of medical specialists, *Arch Public Health*, 66: 137-157

Sert, G. (2004). Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde. Babil Yayınları. İstanbul.

Farajollah, S. A., Somayeh, H., Vahdat, S., & Ardalan, H. (2014). Patients' rights charter: A review of studies in Iran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 2(3): 25-40.

Simmons, B. A. (2014). The Future of the Human Rights Movement. *Researchgate*, 28:183-196. doi: 10.1017/S0892679414000227

Sirkeci, İ., & Cohen, J. H. (2015). Hareketlilik, göç, güvensizlik. *İdealKent*, 6(15): 8-21.

Smith, R. K. (2016). *Textbook on international human rights*: Oxford: University Press.

Somer, P. (2008). *Roma Hukuku'nda hekimin sorumluluğu*. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Makale Koleksiyonu (423), Erişim: <http://hdl.handle.net/11424/2039>

Soysal, A. (2018). Hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının belirlenmesi: birinci basamak sağlık kuruluşunda bir araştırma: Hatay ili örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30: 138-158.

Soysal, A., & Kuşcu, F. N. (2018). Hasta hakları: üniversite öğrencileri üzerinde bir uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1): 101-110.

Stanford Encyclopedia of Philosophy (2020), Erişim: <https://plato.stanford.edu/>, Erişim Tarihi: 18.02.2020.

Tatar, V., & Toprak, N. G. (2015). Kendi kaderini tayin kavramının hukuki ve siyasi yönleri üzerine bir inceleme. *Bilge Strateji*, 7(13): 55-69.

Tatlı, T. (2018). Sağlık Çalışanlarının Empatik Eğilim Ve Etik Duyarlılık Düzeylerinin Hasta Hakları Bağlamında İncelenmesi: Ağrı İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

### **“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”**

Taylan, H. H., & Baydoğan, T. (2015). Hasta ve yakınlarının hasta hakları ve " hasta hakları birimi" hakkındaki bilgi düzeylerinin ve faydalanma durumlarının araştırılması. *Electronic Journal of Social Sciences*, 14(55): 248-256.

T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi (2020). Erişim: <http://mevzuat.org.tr>, Erişim Tarihi: 01.06.2020

T.C Dışişleri Bakanlığı (2019). Erişim: <http://www.mfa.gov.tr/default.tr.mfa> , Erişim Tarihi: 21.06.2019

T.C Sağlık Bakanlığı (2013). Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane> , Erişim Tarihi: 09.07.2020

T.C. Ticaret Bakanlığı (2020). Erişim: <https://www.ticaret.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 17.03.2020

Temizkan, S., P., & Çiçek, D., (2015). *Sağlık turizmi kavramı ve özellikleri*. (Ed. S. P. Temizkan), *Sağlık Turizmi* içinde (s. 11-36). Ankara: Detay Yayınları.

Timur, B., (2015). *Turizm kavramına genel bir bakış*. (Ed. S. P. Temizkan), *Sağlık Turizmi* içinde (s. 1-10). Ankara: Detay Yayınları.

Topçu, S., & Beşer, A. (2006). Göç ve sağlık. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3): 37-42.

Turhan, A. (2013a). İnsan hakkı kuşakları arasındaki tamamlayıcılık ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 4(2): 357-378.

Turhan, A. (2013b). Relationship of Complement Arity between the Generations of Human Rights. *J. Fac. L. Inonu U.*, 4, 357-378.

Türk Dil Kurumu, (2020). Hak. Erişim: [www.sozluk.gov.tr](http://www.sozluk.gov.tr) , Erişim Tarihi: 05.02.2020.

Türk Dil Kurumu, (2020). Kültür. Erişim: [www.sozluk.gov.tr](http://www.sozluk.gov.tr) , Erişim Tarihi: 22.04.2020

Türkiye Büyük Millet Meclisi (2020). Erişim: <https://www.tbmm.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 16.01.2020.

Türkiye Cumhuriyeti Brüksel Büyükelçiliği, [www.bruksel.be.mfa.gov.tr](http://www.bruksel.be.mfa.gov.tr), Erişim Tarihi: 28.05.2020.

### **“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”**

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2020). Erişim: <https://www.titck.gov.tr/> Erişim Tarihi: 14.03.2020

Türkmen, S., Bayraktar, T., & Arslan, G. (2017). Sağlık *yüksekokulu öğrencilerinin zor hasta algısı ve iletişim becerilerinin belirlenmesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1): 27-38.

Türk Tabipler Birliği (2020). Erişim: <https://www.ttb.org.tr/>, Erişim Tarihi: 15.06.2020.

University of Minnesota Human Rights Library (2020). Erişim: <http://hrlibrary.umn.edu/> Erişim Tarihi: 23.01.2020.

Urfalı, A. (2011). Belçika'ya göçün kültürel boyutu. *Emirdağ, Emirdağlılar Vakfı Kültür ve Sanat Dergisi*, Göçün 50. Yılı Özel Sayısı: 55-57.

Uslu, R. (2018). Organ naklinin sosyal ve hukuki niteliği, Dönem Projesi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.

Valtonen, K. (2016). *Developing and Implementing Social Policy and Social/Settlement Services Policy Models–Integration Principles and Policies in Different*. London: Routledge.

Villatoro, A. P., Mays, V. M., Ponce, N. A., & Aneshensel, C. S. (2018). Perceived need for mental health care: The intersection of race, ethnicity, gender, and socioeconomic status. *Society and mental health*, 8(1), 1-24.

Yaghobian, M., Kaheni, S., Danesh, M., & Abhari, F. R. (2014). Association between awareness of patient rights and patient's education, seeing bill,

and age: a cross-sectional study. *Global Journal of Health Science*, 6(3): 55-64.

Yalçın, C. (2004). Göç sosyolojisi. Ankara: Anı Yayıncılık.

Yener, A. (2019). Üniversite çalışanlarının hasta hakları ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırklareli.

Yılmaz, Z. (2014). Olumlu edim gerektiren sosyal hakların sınırı: karşılaştırmalı hukuk perspektifinden 1961 ve 1982 anayasaları dönemi Uygulamaları. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, 72(1): 695-728.

### **“KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)”**

Yılmaz, F., Tosun, B., & Çolak, M. Y. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı'nın özel hastaneler ve sağlık sistemi üzerine etkileri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 1(1): 63-79.

Yılmaz, M., & Demirağ, S. (2019). Tıp fakültesi öğrencilerinin organ bağışi ve nakli ile ilgili bilgi, düşünce ve tutumlarına tıp eğitiminin etkisi. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 316-324.

Yüce, İ. N. (2018). Özel hastane çalışanlarının hasta haklarına yönelik bilgi ve tutumlarının ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

World Health Organization (2020). Erişim: <https://www.who.int/> , Erişim Tarihi: 13.05.2020.

World Medical Association (2020). Erişim: <https://www.wma.net/> , Erişim Tarihi: 14.05.2020.

Zeina, H. A. A., El Nouman, A. A., Zayed, M. A., Hifnawy, T., El Shabrawy, E. M., & El Tahlawy, E. (2013). Patients' rights: a hospital survey in South Egypt. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 8(3): 46-52.

Zelyut, S. (2010). *Dört adalı, Hobbes-Locke-Berkeley-Hume*. Ankara: Doğu Batı Yayınları.

## EKLER DİZİNİ

### Ek 1. Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği

*Bu ölçek **Hasta Haklarını Kullanma Tutumunu** ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçek sonuçları bu konudaki tutumları belirlemek amacı ile kullanılacaktır. Bu ölçekte 29 adet ifade bulunmaktadır. Cevaplama süresi yaklaşık 10 dakikadır. Her bir ifadeyi okuduktan size ne derece uyduğunu ya da uymadığını sizin için ayrılan yere işaretleyiniz. Bir ifadeyi okuduktan sonra aklınıza ilk geleni işaretleyiniz. İşaretsiz ifade bırakmayınız.*

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine • şeklinde işaretleyiniz.	Her zaman kullanırım	Genellikle kullanırım	Bazen kullanırım	Genellikle kullanmam	Hiçbir zaman kullanmam
1. Her zaman, her şartta kişilik itibarı (insan onuru) korunarak ve saygı görerek tedavi hizmeti alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Ahlaki ve kültürel değerlerime, dinsel ve felsefi inançlarıma saygılı hizmet alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.Sağlık personelinin anlayabileceğim şekilde bilgi alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Sağlık durumum ile ilgili bilgiyi alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Hastanede kaldığım süre içinde hastalığım hakkında bilgi alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Yapılacak tedavi hakkında hemşire ve doktorlardan yeterli bilgi ve açıklama alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.Sağlık durumum hakkında anlayabileceğim şekilde bilgi isterim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.Tedavim süresince mahremiyetimin korunması yönünde gereken özenli yaklaşımı alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Tedaviyi istiyorsam onay veririm, istemiyorsam reddederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.Tıbbi müdahaleye istiyorsam onay veririm, istemiyorsam reddederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Organımın ve/veya dokumun alınmasında rızam alınmalıdır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Aile planlaması hizmetleri ve gebeliği sonlandırma haklarını gerekli olduğunda kullanırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Kendi üzerimde yapılacak tıbbi araştırmalarda rızam alınmalıdır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadeye ne ölçüde katıldığınızı gösteren sütuna ait olan ve ifadenin hizasında bulunan kutucuğun içine • şeklinde işaretleyiniz.</b>	<b>Her zaman kullanırım</b>	<b>Genellikle kullanırım</b>	<b>Bazen kullanırım</b>	<b>Genellikle kullanmam</b>	<b>Hiçbir zaman kullanmam</b>
14. Kendi üzerimde yapılacak ilaç araştırmalarında rızam alınmalıdır	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım almak için istekte bulunurum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Sağlık personeli tarafından tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağına uyulmasını isterim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Sağlık personelinin, hayata son verilmesi (ötenazi) yasağına uygun hizmet almayı beklerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Sağlık personelinin bana tıbbi olarak özen göstermelerini isterim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Hastalığım hakkında verilecek kararları doktorumla beraber alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.Bakım ve tedavim için istediğim doktoru ve hemşireyi seçerim ve istediğimde değiştiririm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tüm hastalarla eşit sağlık hizmeti alırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Acil durumlarda öncelik sırasının bende olması gerektiğini ifade ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Benimle ilgili kayıtları incelerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.Kayıtlarımın düzeltilmesini isteme hakkımı kullanırım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.Sağlık ödemesi yaparken hesap hakkındaki sorularıma yeterli cevap alınca kadar sorarım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Hastanede olduğum sürece sağlık personelinden güvenliğimin sağlanmasını isterim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Hastanede ziyaretçi kabul ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. İstediğim takdirde hastanede refakatçi bulundururum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.Hasta haklarına saygı gösterilmediğini düşündüğümde şikayet ederim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Ek 2. Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumu Değerlendirmeye Yönelik Anket Formu (Emirdağ grubu)

Sayın Katılımcı;

Siz, bilimsel bir araştırmaya davet edilmektesiniz. Bu araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı adına Yüksek Lisans Tezi olarak tarafımdan yapılmaktadır. Karar vermeden önce araştırmanın hangi amaçla ve ne şekilde yapılacağını bilmeniz önemlidir. Bu çalışmanın amacı Emirdağ'da yaşayan kişilerin "Hasta Hakları Konusunda Geliştirdikleri Tutumları" ölçmek ve sonuçlarını değerlendirmektir.

Bu çalışma gönüllülük ilkesi çerçevesinde yürütülmektedir. Biraz zaman ayırarak aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumanızı rica ediyorum. Anlamadığınız yer olursa, sorularınızı rahatlıkla sorabilir, açıklama talep edebilirsiniz. Çalışmamızın sağlıklı sonuç verebilmesi için, yanıtlarınızın içten ve samimi olması büyük önem taşımaktadır. Hiçbir soruyu atlamadan, yeterli zaman ayırarak yanıtlamaya çalışınız. Bunun için bize 15 dakikanızı ayırmanız gerekmektedir. Anketimizde adınız soyadınız istenmemekte veya kim olduğunuzu tanımlayan herhangi bir soru bulunmamaktadır. Kişisel bilgileriniz ve anket formuna vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel çalışmada kullanılacak olup, başka hiçbir amaç taşımamaktadır. Çalışmamıza olan katkılarınız için teşekkür ederim.

Hemş. Vahide Korkmaz  
Tıp Tarihi ve Etik ABD Yüksek Lisans Öğrencisi

1.Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )
2.Yaşınız:
3. Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekâr( )

4.Öğrenim durumunuz	İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu( ) Lise mezunu( ) Yüksekokul-Üniversite mezunu ( ) Yüksek Lisans/ Doktora ( )	
5.Çalışma durumunuz	Çalışmıyor ( ) Çalışıyor ( ) Öğrenci ( )	
6- Nerede yaşıyorsunuz ?	Emirdağ merkez ( )	2- Belde/ köy ( )
7.Herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında mısınız?	Hayır, değilim ( ) Evet, Devlet ( ) Evet, Özel sigorta ( )Evet, Devlet ve Özel sigorta ( )	
8- Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Çok kötü( ) Kötü( ) Orta( ) İyi ( ) Çok iyi( )	
9-Ülkemizdeki Hasta Hakları ile ilgili bilginiz var mı? Kısım ( )	Hayır ( ) Evet ( )	
10-Cevabınız evet ise, bilgi kaynaklarınız nelerdir? Medya (TV, Gazete vb) ( ) Arkadaşlar- Komşular( ) İnternet ( ) Sağlık Kuruluşu/Personel ( ) Diğer.....		
11- Hasta hakları yönetmeliğini duydunuz mu?	Hayır ( )	Evet ( )
12- Hasta hakları yönetmeliğini okudunuz mu?	Hayır ( )	Evet ( )
13- Ülkemizde hastaların haklarını savunabildiğini düşünüyor musunuz?	Hayır ( )	Evet ( ) Kısım ( )
14-Ülkemizde hastaların haklarını alabildiğini düşünüyor musunuz?	Hayır ( )	Evet ( ) Kısım( )
15-Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarında hasta ve yakınlarının, hasta hakları için yönlendirilebileceği bir birim var mıdır?	Hayır ( )	Evet ( ) Fikrim yok ( )
16-En çok tercih ettiğiniz sağlık kuruluşu hangisidir.? ( ) Özel Hastane / Muayenehane ( ) Aile Hekimliği ( ) Devlet Hastanesi ( ) Üniversite Hastanesi		
17- Başvurduğunuz sağlık kurumunda, hasta olarak haklarınızın ihlal edildiği bir durum ile karşılaştınız mı?	Hayır ( )	Evet ( )
18-Yanıtınız evet ise, yaşadığınız durumla ilgili ne yaptınız? Hasta Hakları birimine şikayet ettim ( ) Hiçbir şey yapmadım ( ) Sözel olarak uyarıda bulundum ( )		



19- Sağlık kuruluşlarından sürekli hizmet almak zorunda olduğunuz bir hastalığınız/ rahatsızlığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
20-Yanıtınız evet ise aşağıdaki seçeneklerden biri işaretleyiniz. ( ) Kronik bir hastalık nedeniyle (Hipertansiyon, Diabet vb.) ( ) Engellilik nedeniyle ( ) Kanser vs gibi ciddi hastalıklar nedeniyle ( ) Psikolojik rahatsızlık nedeniyle ( ) Diğer.....
21-Ailenizde sağlık kuruluşlarından sürekli hizmet almak zorunda olduğunuz bir yakınınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
22-Yanıtınız evet ise kim olduğunu belirtiniz .....
23-Yanıtınız evet ise aşağıdaki seçeneklerden biri işaretleyiniz. ( ) Kronik bir hastalık nedeniyle (Hipertansiyon, Diabet vb.) ( ) Engellilik nedeniyle ( ) Kanser vs gibi ciddi hastalıklar nedeniyle ( ) Psikolojik rahatsızlık nedeniyle ( ) Diğer.....
24-Ülkemizde özel hastane ile devlet hastanesi arasında Hasta Haklarına gösterilen özen arasında fark var mıdır? Evet ( ) Hayır ( )

### Ek 3. Hasta Hakları Konusunda Bilgi ve Tutumu Değerlendirmeye Yönelik Anket Formu (Belçika grubu)

<p>Sayın Katılımcı;</p> <p>Siz, bilimsel bir araştırmaya davet edilmektesiniz. Bu araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı adına Yüksek Lisans Tezi olarak tarafımdan yapılmaktadır. Karar vermeden önce araştırmanın hangi amaçla ve ne şekilde yapılacağını bilmeniz önemlidir. Bu çalışmanın amacı Emirdağ'da yaşayan kişilerin "Hasta Hakları Konusunda Geliştirdikleri Tutumları" ölçmek ve sonuçlarını değerlendirmektir.</p> <p>Bu çalışma gönüllülük ilkesi çerçevesinde yürütülmektedir. Biraz zaman ayırarak aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumanızı rica ediyorum. Anlamadığınız yer olursa, sorularınızı rahatlıkla sorabilir, açıklama talep edebilirsiniz. Çalışmamızın sağlıklı sonuç verebilmesi için, yanıtlarınızın içten ve samimi olması büyük önem taşımaktadır. Hiçbir soruyu atlamadan, yeterli zaman ayırarak yanıtlamaya çalışınız. Bunun için bize 15 dakikanızı ayırmanız gerekmektedir. Anketimizde adınız soyadınız istenmemekte veya kim olduğunuzu tanımlayan herhangi bir soru bulunmamaktadır. Kişisel bilgileriniz ve anket formuna vereceğiniz yanıtlar sadece bilimsel çalışmada kullanılacak olup, başka hiçbir amaç taşımamaktadır. Çalışmamıza olan katkılarınız için teşekkür ederim.</p> <p style="text-align: right;">Hemş. Vahide Korkmaz Tıp Tarihi ve Etik ABD Yüksek Lisans Öğrencisi</p>	
1.Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )	
2.Yaşınız:.....	
3. Medeni durumunuz: Evli ( ) Bekâr( )	
4.Öğrenim durumunuz ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu ( ) Yüksekokul-Üniversite mezunu ( ) Yüksek Lisans/ Doktora	5.Çalışma durumunuz ( ) Çalışmıyor ( ) Çalışıyor ( ) Öğrenci
6-Belçika'da yaşadığınız bölge hangisidir? ( ) Flaman Bölgesi ( ) Wallon Bölgesi ( ) Brüksel Bölgesi	
7.Herhangi bir sağlık güvencesi kapsamında mısınız? ( ) Evet, Devlet ( ) Evet, Özel sigorta ( ) Evet, Hem devlet hem de özel sigorta ( ) Hayır, değilim	

8.Kaç yıldır Belçika'da yaşıyorsunuz? .....
9. Doğduğunuz ülke?.....
10.Anne-Babanızın doğduğu ülke?.....
11. Vatandaşlığınız nedir? ( ) Türkiye ( ) Belçika ( ) Çifte vatandaşlık
12.Bulduğunuz bölgenin dilini ne seviyede biliyorsunuz? ( ) Çok Kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok İyi
13. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz? ( ) Çok Kötü ( ) Kötü ( ) Orta ( ) İyi ( ) Çok İyi
14. Belçika'daki Hasta hakları ile ilgili bilginiz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
15. Cevabınız evet ise, bilgi kaynaklarınız nelerdir? ( ) Arkadaşlar- Komşular ( ) İnternet ( ) Medya (TV,Gazete vb.) ( ) Sağlık Personeli /Kuruluşu ( ) Diğer.....
16. Türkiye'deki Hasta Hakları ile ilgili bilginiz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
17. Cevabınız evet ise, bilgi kaynaklarınız nelerdir? ( ) Arkadaşlar- Komşular ( ) İnternet ( ) Medya (TV,Gazete vb.) ( ) Sağlık Personeli /Kuruluşu ( ) Diğer.....
18. Hasta hakları yönetmeliğini/kanununu duydunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır
19. Hasta hakları yönetmeliğini/ kanununu okudunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır
20. Türkiye'de hastaların haklarını savunabildiğini düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
21. Türkiye'de hastaların haklarını alabildiğini düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
22. Türkiye'de sağlık kuruluşlarında hasta ve yakınlarının, hasta hakları için yönlendirilebileceği bir birim var mıdır? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Fikrim yok
23. Belçika'da hastaların haklarını savunabildiğini düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
24. Belçika'da sağlık kuruluşlarında hasta ve yakınlarının, hasta hakları için yönlendirilebileceği bir birim var mıdır? ( ) Evet ( ) Hayır
25- Başvurduğunuz sağlık kurumunda, hasta olarak haklarınızın ihlal edildiği bir durum ile karşılaştınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır
26-Yanıtınız evet ise, yaşadığınız durumla ilgili ne yaptınız? ( ) Sözel olarak uyardım ( ) Hasta Hakları birimine şikayet ettim ( ) Hiçbir şey yapmadım

27- Sağlık kuruluşlarından sürekli hizmet almak zorunda olduğunuz bir hastalığınız/ rahatsızlığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
28-Yanıtınız evet ise aşağıdaki seçeneklerden biri işaretleyiniz. ( ) Kronik bir hastalık nedeniyle (Hipertansiyon, Diabet vb.) ( ) Engellilik nedeniyle ( ) Kanser vs gibi ciddi hastalılar nedeniyle ( ) Psikolojik rahatsızlık nedeniyle ( ) Diğer.....
29-Ailenizde sağlık kuruluşlarından sürekli hizmet almak zorunda olduğunuz bir yakınınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
30-Yanıtınız evet ise Kim olduğunu belirtiniz?.....
31-Yanıtınız evet ise aşağıdaki seçeneklerden biri işaretleyiniz. ( ) Kronik bir hastalık nedeniyle (Hipertansiyon, Diabet vb.) ( ) Engellilik nedeniyle ( ) Kanser vs gibi ciddi hastalılar nedeniyle ( ) Psikolojik rahatsızlık nedeniyle Diğer.....
32-En çok tercih ettiğiniz sağlık kuruluşu hangisidir? ( ) Özel Hastane / Muayenehane ( ) Aile Hekimliği ( ) Devlet(Kamu) Hastanesi ( ) Üniversite Hastanesi
33-Sağlık kuruluşunda gerektiğinde anadilinizde tercüme hizmeti veriliyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
34-Belçika'da özel hastane ile devlet hastanesi arasında Hasta Haklarına gösterilen özen arasında fark var mıdır? ( ) Evet ( ) Hayır

## Ek 4. Etik Kurul İzni



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : 25403353-050.99-E.73818  
Konu : 2018 - 187 Karar

11/07/2018

Sayın Dr. Öğr. Üy. Nilüfer DEMİR SOY  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“Emirdağ’da Yaşayan ve Emirdağ’dan Belçika’ya Göç Etmış Kişilerin Hasta Hakları Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi”* başlıklı çalışmada hakkında alınan karar ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL  
Etik Kurul Başkanı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu’na göre elektronik olarak imzalanmıştır. Evrak doğrulama adresi:  
<https://cbysnetm.ogu.edu.tr/Home/Dogrulama/c401e028-fb95-4b37-b92a-21d1f2185353>

Adres	: Meselik Kampüsü PK:26480 Odunpazarı	Ayrıntılı Bilgi	: Aysun SERTTAŞ - Bilgisayar İşletmeni
Telefon	: 0222 2392979-4690	Faks	: 222 239 37 72
E-Posta	: aserttas@ogu.edu.tr	Elektronik Ağ	: <a href="http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/">http://girisimselolmayanetikkurul.ogu.edu.tr/</a>
		KEP Adresi	: esk.osmangaziunirek@hs01.kep.tr

## Etik Kurul İzni (devamı)



### ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

#### KARAR FORMU

**Prof.Dr.Ömür ŞAYLIGİL**

(Başkan)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

**Doç.Dr.Ömer KILIÇ**

(Başkan Yardımcısı)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı /  
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

**Doç.Dr.Özlem ÖRSAL**

(Raportör)

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Halk Sağ. Hemşireliği Anabilim Dalı

**Doç.Dr.Uğur BİLGE**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Prof.Dr.Setenay DİNCER ÖNER**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Biyostatistik Anabilim Dalı

**Prof.Dr.Hilmi ÖZDEN**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Anatomi Anabilim Dalı

**Prof.Dr.Varol ŞAHİNTÜRK**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim  
Dalı

**Prof.Dr.Timuçin KAŞIYOĞLU**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı /  
Romatoloji Bilim Dalı

**Doç.Dr.Batu Can YAMAN**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi  
Diş Hekimliği Fakültesi  
Restoratif Diş Tedavisi  
Anabilim Dalı

**Prof.Dr.Bekir YAŞAR**

Genel Cerrahi Uzmanı

**Av. Önder CAN**

Avukat

**Etik Kurul Sekreterliği**

**Aysun SERTTAŞ**

**Makbule SARIÇİÇEK**

Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

**Başvuru Tarihi:**  
29.06.2018

**Çalışmanın Başlığı:**

*“Emirdağ’da Yaşayan ve Emirdağ’dan Belçika’ya Göç Etmiş Kişilerin Hasta Hakları Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi”*

**Çalışmacılar:**

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı – Dr.Öğr.Üy.Nilüfer DEMİRSOY (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Vahide KORKMAZ (Yüksek Lisans Tez Öğrencisi)

**Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi:**

03.07.2018

**Sonuç:**

1. Hasta haklarına uyum zorunludur.
2. Gönüllülerin sağlığı, hakları ve güvenliği dikkate alınması gereken en önemli hususlardır. Bu hususlar bilimin ve toplumun çıkarlarından daha önde gelir.
3. Bilgi gizliliğinin sağlanması gereken en önemli durumlardan biri görüşmeler esnasındaki gizlilik. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar ilgili mevzuat hükümlerine göre özel hayat ve gizlilik kurallarına saygı gösterecek şekilde korunmalıdır.
4. Gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınmalıdır.
5. Araştırmacılar İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2015), Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi (2013)’ni imzalamış bu imza ile sorumluluğu kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.
6. Araştırmacıların yetkin ve bu araştırma için yeterli oldukları anlaşılmaktadır.

**Karar Tarihi:**

03.07.2018

**Karar No: 22**

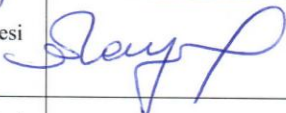
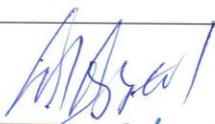
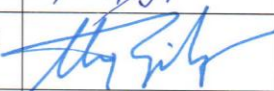





Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Dr.Öğr.Üy.Nilüfer DEMİRSOY (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen *“Emirdağ’da Yaşayan ve Emirdağ’dan Belçika’ya Göç Etmiş Kişilerin Hasta Hakları Konusundaki Tutumlarının Belirlenmesi”* başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.

Araştırmacılara başarılar dileriz.

## Etik Kurul İzni (devamı)



**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

	<b>Unvanı/Adı/Soyadı</b>	<b>Kurumu</b>	<b>İmza</b>
1	Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2	Doç. Dr. Ömer KILIÇ (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
3	Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4	Doç. Dr. Uğur BİLGE	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
5	Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
6	Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
7	Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
8	Prof. Dr. Timuçin KAŞİFOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Romatoloji Bilim Dalı	
9	Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
10	Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
11	Av. Önder CAN	Hukuk	



## Ek 5. İl Sağlık Müdürlüğü Emirdağ Devlet Hastanesi İzni

T.C  
AFYONKARAHİSAR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
EMİRDAĞ DEVLET HASTANESİ

Sayın Vahide Korkmaz

Kurumumuza başvuran ayakta ve yatan hastalar üzerinde yürütmeyi talep ettiğiniz araştırma çalışmasında herhangi bir sakınca görülmemiştir. Çalışmanızda başarılar dileriz.

Afyonkarahisar Emirdağ Devlet Hastanesi

04.07.2018  
Uzm. Dr. Mustafa DOĞAR  
Başhekim

## Ek 6. Emirdağ Medical Center Polikliniği İzni

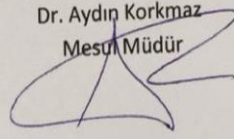
Sayın Vahide Korkmaz

Kurumumuza yapmış olduğunuz başvuruya istinaden, Yüksek Lisans Tezinizle ilgili araştırmayı kurulumuzda yapmanız uygun görülmüştür. Çalışmanızda başarılar dileriz.

Emirdağ Medical Center Polikliniği  
Yeni Mah.  
Ptt cad.  
No:18 A/B  
Emirdağ/Afyonkarahisar

02.07.2018

Dr. Aydın Korkmaz  
Mesul Müdür



## ÖZGEÇMİŞ

### Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Vahide Korkmaz  
Doğum tarihi ve yeri : 02 Mart 1977  
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti  
Medeni durumu : Evli  
İletişim adresleri : 5426448701

Emirdağ Devlet Hastanesi Emirdağ/Afyonkarahisar  
vkorkmaz252@hotmail.com

### Eğitim Durumu

İlkokul : Hamzahacılı Köyü İlkokulu  
Ortaokul : Eskişehir Cumhuriyet Lisesi  
Lise : Emirdağ Sağlık Meslek Lisesi  
Lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi  
Lisans : Atatürk Üniversitesi AÖFSosyoloji Lisans Programı

### Mesleki Deneyim

Afyon Emirdağ Devlet Hastanesi/ Hemşire (1995-2020)

### Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar:

### Yayımlar:

Korkmaz, V (2018). *Osmanlı' dan Günümüze Hekimlik Serüveni Hâkim, Hekim, Tabip, Doktor Terimlerinin Etimolojisi*, Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıp Tarihi ve Etik Dergisi, cilt 3, sayı 3 (2018), s.11-16.

## **Bilimsel Etkinlikler**

Sözlü Konferans veya Seminerler:

II. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi/ Afyonkarahisar (2018)

Kurslar ve Eğitim Programları:

Etkili İletişim Stratejileri ve Beden Dili Eğitimi/ İstanbul İşletme Enstitüsü  
(2016)

Liderlik ve İşletme Yöneticiliği/ İstanbul İşletme Enstitüsü (2016)

Diksiyon Eğitimi/ Psikologlar ve Psikiyatristler Derneği (2017)

Felsefe Psikoloji ve Gönüllülük Eğitimi/ Aktiffelsefe Kültür Derneği (Devam  
Ediyor)

Sosyal Medya Yöneticiliği/ Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi  
(Devam Ediyor)